



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Epidurální anestezie a informovanost pacienta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Zuzana Houdková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „**Epidurální anestezie a informovanost pacienta**“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 8. 2018

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Aleně Polanové, vedoucí mé bakalářské práce, za ochotu, odbornou pomoc a cenné rady, které mi pomohly ke zpracování bakalářské práce. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří mi potřebné informace poskytli.

Epidurální anestezie a informovanost pacienta

Abstrakt

Téma bakalářské práce se nazývá „Epidurální anestezie a informovanost pacienta“. Zabývá se především informováním pacienta o epidurální anestézii a znalostmi sester v daném tématu.

V teoretické části naší bakalářské práce jsme se snažili kompletně shrnout všechny důležité informace o epidurální anestézii. Zabývali jsme základním rozdělením anestezie, charakteristikou epidurální anestezie, komunikací mezi sestrou a pacientem, ošetrovatelskou péčí před, při, a po epidurální anestézii

Pro výzkumnou část jsme si stanovili dva cíle. První cílem bylo zjistit, jak byl pacient informován před operačním výkonem o epidurální anestézii. Druhým cílem bylo zjistit, zda mají sestry znalosti o epidurální anestézii.

Pro dosažení těchto cílů jsme zvolili výzkumné šetření formou kvalitativního výzkumu. K získání dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen pěti sestrami a pěti pacienty. Celkem bylo v rámci výzkumného šetření uskutečněno deset rozhovorů. Každý rozhovor pro respondenty ze strany sester obsahoval 13 otázek a pro respondenty ze strany pacientů 11 otázek. Výzkumné otázky se zaměřovali na ošetrovatelskou péči u pacienta podstupující epidurální anestézii. Všechny rozhovory po uskutečnění byly přepsány do Microsoft Office Word.

Dle výsledků bylo zjištěno, že dotazovaní pacienti byli informováni dostatečně o epidurální anestézii, na čemž se společně shodli. Z rozhovorů vyplynulo, že jsou informováni v anesteziologické ambulanci, ale také u ošetřujícího lékaře, nebo sestry. Informace pro ně byly dostatečné a zmírnily obavy před samotným výkonem. Dále bylo zjištěno, že sestry mají dostatečné znalosti o epidurální anestézii a neustále se vzdělávají v tomto oboru. Během celého procesu spolupracují s lékařem a komunikují s pacientem.

Klíčová slova

Sestra, epidurální anestezie, informovanost pacienta, znalost sester

Epidural anesthesia and patient awareness

Abstract

The subject of the bachelor thesis is called "Epidural anesthesia and patient awareness". It deals primarily with informing the patient about epidural anesthesia and nursing knowledge on the subject.

In the theoretical part of our bachelor thesis we tried to summarize completely all important information about epidural anesthesia. We dealt with the basic distribution of anesthesia, the characteristics of epidural anesthesia, nurse and patient communication, nursing care before, during, and after epidural anesthesia

For the research part, we set two goals. The first target was to find out how the patient was informed before surgery about epidural anesthesia. The second objective was to find out if the nurses had knowledge about epidural anesthesia.

To achieve these goals, we have chosen a research survey in the form of qualitative research. The semi-structured interview method was used to obtain the data. The research team consisted of five nurses and five patients. In total, ten interviews were conducted in the framework of the research. Each interview for the nurses contained 13 questions and 11 questions for patient respondents. Research issues focused on nursing care by a patient undergoing epidural anesthesia. All post-implementation conversations were rewritten into Microsoft Office Word.

According to the results, it was found that the interviewed patients were sufficiently informed about the epidural anesthesia, to which they agreed together. From the interviews revealed that they were informed in an anesthesiology clinic, but also by the doctor or nurse. Information for them was sufficient and have moderated worry before the performance itself. It has also been found that nurses have sufficient knowledge about epidural anesthesia and are constantly trained in this field. During the process, they interact with the doctor and with the patient as well.

Keywords

Nurse, epidural anesthesia, patient awareness, nursing knowledge

OBSAH

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 ANESTEZIE	9
1.2 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ ANESTEZIE	9
1.3 ROZDĚLENÍ MÍSTNÍ ANESTEZIE	10
1.3.1 Topická slizniční anestezie.....	10
1.3.2 Infiltrační anestezie.....	10
1.3.3 Spinální anestezie.....	10
1.3.4 Kaudální blokáda.....	11
1.3.5 Blokády nervových pletení a periferních nervů.....	11
1.4 EPIDURÁLNÍ ANESTEZIE	12
1.4.1 Historie epidurální anestezie	12
1.4.2 Pojem epidurální anestezie	14
1.4.3 Anatomie a fyziologie epidurálního prostoru.....	14
1.4.4 Výhody, indikace a kontraindikace svodné anestezie.....	16
1.4.5 Druhy anestetik užívaných při svodné anestezii.....	17
1.4.6 Komplikace svodné anestezie.....	18
1.5 ROLE SESTRY V PROCESU SVODNĚ ANESTEZIE	20
1.5.1 Komunikace s pacientem.....	20
1.5.2 Úloha sestry v edukaci pacientů podstupujících svodnou anestezii	21
1.5.3 Úloha sestry v ošetrovatelské péči před svodnou anestezii.....	22
1.5.4 Úloha sestry v ošetrovatelské péči při svodné anestezii.....	25
1.5.5 Úloha sestry v ošetrovatelské péči po svodné anestezii	27
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1 CÍLE VÝZKUMU	30
Cíl 2: ZJISTIT, ZDA MAJÍ SESTRY ZNALOSTI O EPIDURÁLNÍ ANESTEZII	30
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
JAKOU ROLI HRAJE SESTRA PŘI INFORMOVÁNÍ PACIENTA O EPIDURÁLNÍ ANESTEZII?	30
CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A REALIZACE VÝZKUMU	30
2.3 OPERACIONALIZACE.....	31
3 METODIKA PRÁCE	32
3.1 VYUŽITÁ METODA.....	32
3.2 ROZHOVOR.....	32
3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33

4 VÝSLEDKY	35
4.1 KATEGORIZACE POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU.....	35
4.2 NEJČASTĚJŠÍ VÝKONY V EPIDURÁLNÍ ANESTÉZII	36
4.2.1 Výkon v epidurální anestézii	36
4.2.2 Volba anestézie	36
4.3 ZKUŠENOSTI PACIENTŮ S EPIDURÁLNÍ ANESTÉZÍÍ.....	37
4.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	37
4.4.1 Předoperační péče	38
4.4.2 Péče při operaci a role anesteziologické sestry na operačním sále.....	38
4.4.3 Pooperační péče a péče o epidurální katétr.....	39
4.5 INFORMOVANOST O EPIDURÁLNÍ ANESTÉZII	40
4.6 SPOKOJENOST S EPIDURÁLNÍM KATÉTREM A EPIDURÁLNÍ ANESTÉZÍÍ.	41
4.6.1 Výhody epidurálního katétru.....	41
4.6.2 Nevýhody epidurální anestézie.....	43
4.7 KOMPLIKACE, KTERÉ MOHOU NASTAT PO EPIDURÁLNÍ ANESTÉZII.....	43
4.8 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V EPIDURÁLNÍ ANESTÉZII	44
5 DISKUZE	44
6 ZÁVĚR	52
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	53
8 SEZNAM PŘÍLOH	57
9 SEZNAM ZKRATEK	58

Úvod

Téma pro svojí bakalářskou práci jsem si vybrala, protože se o problematiku epidurální anestezie a anestezie celkově zajímám již od počátku studia na vysoké školy. Tato práce se věnuje problematice anestezie a anesteziologické přípravy u pacientů na různých odděleních nemocnice.

Anestezie představuje umělé usnutí pacienta (anestezie celková), nebo znecitlivění určité části jeho těla (anestezie lokální) za účelem usnadnění nebo umožnění průběhu bolestivého lékařského zákroku a poskytnutí lepší péče. Jistá forma anestezie je již využívána od dob pravěku.

Při lokální anestezii je možné provádět výkony typu operace varixů, nebo císařský řez, naopak není vhodné tuto anestezii aplikovat při laparoskopických výkonech. Epidurální anestezie může mít také vedlejší účinky, mezi které patří pokles tlaku, pocit těžkých nohou až nemožnost s nimi pohnout, nemožnost močit, nebo nedostatečná bezbolestnost výkonu. Navíc může epidurální anestezie být v mnoha případech absolutně kontraindikována, jako v případě sníženým počtu trombocytů, zvýšenou krvácivostí, při akutní tísní plodu a navíc při výslovném nesouhlasu pacienta. Relativně může být kontraindikována při antikoagulační léčbě, při sepsi atd. Kontraindikace vychází z individuálního zdravotního stavu pacienta (Larsen, 2004).

Z výše uvedených bodů vychází velká potřeba informovanosti pacienta před výkonem.

Cílem práce je zjistit informovanost pacientů před operačním výkonem v epidurální anestezii a rozsah znalostí sester v této oblasti.

1 Současný stav

1.1 Anestezie

Celková anestezie je podle jednoduché definice reverzibilní útlum centrálního nervového systému (dále jen CNS) navozený nitrožilními nebo inhalačními anestetiky. Projevuje se ztrátou vědomí, vyřazením vnímání a reakce na zevní nociceptivní podněty. (Larsen, 2004). Anestezie záměrně vyvolává ztrátu vědomí a jakéhokoli citění jako je chlad, dotyk, bolest. Nezbytným úkolem anestezie je pozdější návrat k původnímu citění a vědomí. Bolestivé impulzy, které jsou vedeny do mozkové kůry, mohou být přerušeny na různých místech dráhy mezi vzniklým bolestivým podnětem a mozkem (Kasal, 2003). Anestetika působí na větší počet různých funkcí a nemají vliv pouze na jedno konkrétní místo v centrální nervové soustavě. Lze dokázat jejich účinek na různé oblasti např. mozkovou kůru, retikulární aktivační systém nebo míchu (Larsen, 2004).

1.2 Základní rozdělení anestezie

Anestezii můžeme rozdělit do tří základních skupin:

1. Celková anestezie je řízené, přechodně navozené bezvědomí. Zajišťující pacientovi nejen spánek, ale i dostatečnou analgezií a pokud možno i vegetativní stabilitu (Zemanová, 2009). Málek (2011) se zmiňuje o dalším typu podání celkové anestezie. Tento typ je označován jako anestezii podaná netradičním způsobem (rektální, bukální a intranazální).
2. Místní anestezie navodí přerušení všech nervových podnětů v určité oblasti jejich nervových drah nebo jejich zakončení (bolest, teplo, dotyk, vegetativní projevy, pohyb). Neovlivňuje vědomí ani ostatní nervovou činnost (Adamus, 2011). Anesteziolog volí způsob anestezie podle klinického stavu pacienta, typu operačního výkonu, předpokládané délky operace a na základě přání pacienta. Preferuje se takový postup, který je pro pacienta nejbezpečnější (Adamus, 2011).
3. Anestezie kombinovaná, kdy anesteziolog může současně využít více technik, zpravidla anestezii místní a celkovou (Málek, 2009).

1.3 Rozdělení místní anestezie

Místní anestezii můžeme rozdělit podle čtyř základních hledisek. Na rozdíl od celkové anestezie působí místní jen na periferní nervy, a to od jejich výstupu z místních kořenů až po terminální zakončení. Gabrhelík (2011) popisuje místní anestezii jako dočasné přerušení všech nervových podnětů v určité oblasti jejich nervových drah. Místní anestezie způsobí analgezii, která přetrvává i pooperačně. Pacientovo vědomí zůstává zachované. Pacient je lačný, má zajištěn žilní vstup, jeho fyziologické funkce jsou během operačního výkonu sledovány.

1.3.1 Topická slizniční anestezie

Topická slizniční anestezie se aplikuje na povrch sliznice sprejem (trachea, hlasivky – lidokain, trimekain sprej), také ji můžeme aplikovat ve formě gelu (do močové trubice – trimekain), na kůži lze místní anestetikum podat ve formě speciální gelové náplasti, která se transkutánně vstřebá (Zeman, 2011). Při tomto typu anestezie může dojít k alergické reakci a to zejména při znečistlivění v oblasti krku. V důsledku přechodného potlačení obranných mechanismů může dojít k následné aspiraci (Schneiderová, 2014).

1.3.2 Infiltrační anestezie

Infiltrační anestezie zasahuje zakončení senzitivních vláken přímo v operačním poli. Užívá se pro excize, drobné extirpace, jednoduché herniotomie, pro tracheotomii. Svodná anestezie je další z druhů místní anestezie. Tato svodná anestezie zahrnuje periferní blokádu nervů, nervových svazků a pletení pomocí jehly (jednorázově), nebo ponechaným katétrem (kontinuálně, dlouhodobě). Oproti topické anestezii, dochází k porušení kožního krytu pomocí jehly a podání anestetika do ohraničené oblasti (Schneiderová, 2014).

1.3.3 Spinální anestezie

Spinální, míšní anestezie se aplikuje do páteřního kanálu do prostoru likvoru, aby nedošlo k poranění míchy. Resorpce lokálního anestetika je při lumbální anestezii velmi pomalá, nepřidává se vazokonstrikční přísada. Používá se u zákroků v dutině břišní, v pánvi, na dolních končetinách, nelze-li použít celkovou anestezii (Zeman, 2011).

Spinální anestezii lze dále rozdělit na dva typy:

První je epidurální anestezie, kdy je místní anestetikum zavedeno do páteřního kanálu vně vaku tvrdé pleny míšní. Zvláštním případem epidurální anestezie je tzv. anestezie kaudální, kdy je anestetikum zavedeno cestou punkce hiatus sacralis (křížového otvoru). Zde lze použít i katétr, který může sloužit k podávání léčiv i měsíce (Kasal, 2006).

Druhým typem je spinální subarachnoidální anestezie, kdy se zavádí místní anestetikum do štěrbin mezi pia a dura mater, tedy subarachnoidálně do mozkomíšního moku. Punktuje se spinální tenkou jehlou, která pronikne do vaku tvrdé pleny. Podáme-li izobarické anestetikum, zůstává v místě aplikace a šíří se pouze difuzí. Podáme-li však hyperbarické anestetikum, pohybuje se toto podle gravitačních zákonů dolů a klesá. Polohováním pacienta tak lze měnit rozsah anestezie (Kasal, 2006). Je to nejčastěji využívaná metoda svodné anestezie. U této metody musíme myslet i na vedlejší účinky a komplikace, které zhodnotí zkušený anesteziolog, který je s metodou dobře seznámen a umí spolehlivě tyto nežádoucí účinky odhalit (Larsen, 2004). Tento typ anestezie je spojen také s vyšší předoperační úzkostí oproti celkové anestézii (Akildiz et al., 2017).

1.3.4 Kaudální blokáda

Při kaudální blokádě je zavedeno místní anestetikum vpichem mezi křížovou kost a kostrč. Tato anestezie se velmi často využívá u dětí, a to díky jednoduchému provedení a nízkému výskytu komplikací. Nejčastěji se kombinuje celková anestezie s jednorázovým kaudálním blokem pro překlenutí pooperační bolesti (Michálek, 2016). K této anestézii je nutné velké množství LA, což může způsobit toxickou reakci. Provádí se pouze pro ohraničenou blokádu sakrálních a kostrčních nervových kořenů, při výkonech na hrázi nebo v porodnické analgezii (Larsen, 2004).

1.3.5 Blokády nervových pletení a periferních nervů

Při blokádě nervových pletení a periferních nervů se zavádí anestetikum do blízkosti nervových pletení a periferních nervů a dochází k jejich blokádám. Zpravidla se provádí za pomoci standardní jehly. Využívá se k operačním výkonům, nejčastěji na horních a dolních končetinách a krku (Michálek, 2016). Pro tuto techniku se využívá nervová stimulace, nebo ultrazvukové zobrazení. V některých případech je dobrá kombinace obou metod. K nervové stimulaci používáme neurostimulátor, kde se pomocí jehly

aplikují krátké impulzy elektrického proudu o napětí 2 až 20 V, o proměnlivé proudové intenzitě a volitelné frekvenci. Elektrická stimulace je nebolestivá, postupuje se tak, aby proudová intenzita vyvolala stah, který určí, že je jehla v blízkosti nervu. Při ultrazvukovém zobrazení vidíme anatomické struktury a postup jehly k perifernímu nervu (Larsen, 2004).

1.4 Epidurální anestezie

1.4.1 Historie epidurální anestezie

James Leonard Corning byl pravděpodobně prvním člověkem, který v roce 1885 provedl epidurální anestézii, při které aplikoval kokain mezi dorzální výběžky pacienta, čímž došlo k znecitlivění v dolní polovině těla (Nalos, 2010).

V průběhu historie epidurální anestezie se periodicky objevovala v literatuře i v praxi metoda „refrigerační“ anestezie, také jinak řečeno anestezie chladem. Nejstarší popisy této metody lokální anestezie pochází z 11. století n. l. Vladislav Rogozov je zaznamenal v knize Periferní nervové blokády. V lékařském klášterním textu anglosaského původu se například uvádí: „*Nechte ho sedět ve studené vodě do zmrtnění, pak ho vytáhněte, proved'te čtyři kožní řezy...*“ (Nalos, 2010 s. 16).

Erythroxyton coca neboli kokainovník pravý či rudodřev koka, nenápadná rostlinka, která však hraje obrovskou úlohu ve vzniku a hlavně v dalším vývoji lokální anestezie. Existují nepřímé důkazy, které tvrdí, že lékař při provádění trepanace lebky žvýkal lístky koky, sliny aplikoval do rány a tím provedl účinnou lokální anestézii (Nalos, 2010). V roce 1857 císař František Josef I. vyslal fregatu Novara na cestu kolem světa. V Jižní Americe přírodovědec Karl von Scherzer naložil do podpalubí několik pytlů sušených lístků koky a přivezl je na pevninu. Student v rámci své disertační práce koku analyzoval a izoloval z lístků alkaloid, jež nazval cocaine. Při analýze těchto lístků si povšiml jejich lokálně anestetických vlastností. Ve stejném časovém období se výzkumem této rostliny zabývalo hned několik významných vědců - lékařů. Patřil mezi ně i petrohradský rodák Vasilij Konstantinovič von Anrep. Tento profesor sepsal podrobnou práci o fyziologických i farmakologických vlastnostech kokainu, v níž popsal jeho účinky na nervový systém. Jednalo se o paralýzu až vyhasnutí senzitivních funkcí se ztrátou reflexů (Benešová, 2001).

Počátkem 80. let 19. století se k této historii přidávají poznatky tří českých rodáků. Byli jimi Carl Koller, narozený v Sušici 3. 12. 1857, Sigmund Freud, narozený v Příboru 6. 5. 1856 a Karel Rokitanský, narozený v Hradci Králové 19. 2. 1804. Právě Karel Rokitanský studoval na lékařské škole ve Vídni, kde se při jedné z pitev jeho spolužák řízl o skalpel do prstu a dlouho se mu rána nehojila, prst mu museli amputovat. Trpěl dlouhodobými bolestmi a následnou závislostí na morfinu. Mezi blízké Ernstovi přátele patřili Sigmund Freud a Carl Koller. Právě Sigmund Freud se v tomto období pokoušel o postup v kariéře studiem možných účinků kokainu. K tomuto studiu ho přiměly především články popisující možnosti léčby morfinismu nahrazením morfinu kokainem. Obstaral si tedy zásilku čistého kokainu a bez váhání započal s léčbou svého přítele. Výsledkem však byla Ernstova těžká závislost na kokainu. Freud to však nevzdával a dál pokračoval zkoumáním účinků kokainu. Se skupinou přátel vždy vnitřně užili dávku kokainu a posléze sledovali účinky této látky na vlastní organismu. Vše podrobně zapisovali. Jedním ze členů této studie byl oční chirurg Carl Koller. Koller si uvědomoval nutnost využití lokální anestezie ve svém oboru. Účinky kokainu byly pro něho výzvou. Zvláště když výsledkem požití kokainu ústy byl znečitlivěný jazyk. Koller ve své laboratoři nakapal kokainový roztok do spojivkového vaku žáby, psa, morčete a následně také do svého spojivkového vaku. Znečitlivění bylo ve všech případech dokonalé – objev lokální anestezie byl stvořen. Objev využil ve svém oboru, stejně jako Ottis a Knapp v urologii a Fränkel v gynekologii (Nalos, 2010).

„Žádné moderní léčivo nebylo odbornou veřejností přijato s takovým entusiasmem, nestalo se tak rychle populární a žádné se zřejmě neukázalo být tak užitečným jako kokain, lokální anestetikum nedávno představené doktorem C. Kollerem z Vídně.“ (Nalos, 2010 s. 22).

Německý chirurg Carl Ludwig Schleich v roce 1892 prezentoval na sjezdu Německé chirurgické společnosti v Berlíně techniku infiltrační anestezie. Prohlásil, že po objevení této jeho metody není již potřeba celkové anestezie. Tato technika spočívala v aplikaci roztoku kokainu z několika vpichů do tkání operačního pole (Benešová, 2001).

Čáslavský rodák (Maydlův žák) Bedřich Horák v době své asistentury provedl v čáslavské nemocnici první dvě spinální Bierovy anestezie již v prosinci roku 1902. Zákrok provedl u dvou mužů pro operaci tříselné kýly. Vše je důkazem houževnatosti

mladých chirurgů, díky kterým se nové metody šířily z center svého zrodu do malých venkovských nemocnic (Staňková, 2001).

1.4.2 Pojem epidurální anestezie

Epidurální znecitlivění je dočasné přerušení vedení nervových vzruchů vyvolané injekcí lokálního anestetika do epidurálního prostoru páteřního kanálu (Larsen, 2004). Vondráček, (2009, s. 12) uvádí, že *epidurální anestézie je metoda znecitlivění, při kterém se znecitlivující látka, anestetikum aplikuje epidurálně, obvykle v oblasti bederní páteře. Znecitlivění nastává níže od místa aplikace. Pacient je při plném vědomí, necítí bolest v anestetizované oblasti.*

Epidurální prostor sahá od hiatus canalis sacralis až k foramen magnum a je vyplněn řídkým tukovým vazivem (umožňuje zavedení katétru) a žilními plexy. Anestetikum se rozprostře okolo vaku tvrdé pleny míšni a přeruší vedení nervového vzruchu při výstupu z nervů z durálního míšního vaku. Podle koncentrace lokálního anestetika jsou blokovány nervy vedoucí bolest a pocit tepla, nervy sympatické méně než nervy vedoucí pocit tlaku a propriocepci, a nejméně nervová vlákna motorická. Identifikace epidurálního prostoru vyžaduje praktický nácvik. Založena je na existenci podtlaku v epidurálním prostoru (Málek, 2009).

Epidurální anestezie se provádí buď metodou visící kapky („hanging drop“), při níž se využívá konusu epidurální jehly, na který se aplikuje kapka fyziologického roztoku a vlivem negativního tlaku je kapka nasáta do hubice jehly (Adamus, 2011), nebo metodou ztráty odporu, kdy je na jehlu připojena speciální injekční stříkačka naplněná fyziologickým roztokem či vzduchem. Za stálého mírného tlaku na píst stříkačky proniká jehla mezi trnovými výběžky obratlů, proráží žlutý vaz a proniká do epidurálního prostoru. V tom okamžiku náhle píst stříkačky ztrácí pružný odpor (Málek, 2011).

1.4.3 Anatomie a fyziologie epidurálního prostoru

Páteř (columna vertebrarum) má dvě funkce – opora celého těla a ochranné pouzdro pro míchu. Skládá se z 33 obratlů v 5 úsecích – 7 krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5

srostlých křížových obratlů a kostrč. Jednotlivé obratle jsou spojeny podélně ligamenty a mezi obratli leží meziobratlové ploténky. Nejdůležitější pro epidurální a spinální anestezii je odlišná stavba bederních obratlů, která se týká jejich trnových výběžků (Elišková, 2007).

Na páteři rozlišujeme tato zakřivení – krční, bederní lordoza a hrudní kyfoza. Stabilitu a pružnost páteře zajišťují páteřní vazy – ligamentum supraspinale, ligamentum interspinale, ligamentum flavum, které jsou nejtlustší a nejširší v oblasti bederní páteře, kterými se proniká při punkci (Benešová, 2001).

Páteřní kanál obsahuje míchu a její obaly, mozkomíšní mok, kořeny míšních nervů a epidurální prostor. Vede od velkého týlního otvoru (foramen magnum) k hiatus casralis křížové kosti. Páteřní kanál ohraničuje vpředu obratlové tělo, po stranách kloubní výběžky a vzadu obratlové oblouky. V páteřním kanálu jsou jedinými otvory meziobratlové otvory, kterými pronikají míšní nervy a cévy. Epidurální prostor se rozkládá mezi spinální tvrdou plenou (dura mater) a stěnou páteřního kanálu.

Nejširším místem je oblast lumbální páteře (5-6mm), zužuje se v oblasti hrudní páteře (3-5mm) a nejužší místo se nachází v oblasti krční páteře (asi 3mm). Střední bederní oblast je nejbezpečnějším přístupem pro epidurální anestezii, jelikož jsou trnové výběžky uloženy téměř vodorovně a tímto se epidurální prostor stává nejprostornějším. V oblasti hrudní páteře je punkce epidurálního prostoru obtížnější vzhledem ke střechovitě přes sebe ležících trnových výběžků (Larsen, 2004).

Uvnitř epidurálního prostoru se nachází lymfatické cévy, kořeny míšních nervů, řídké tukové vazivo a síť žil a tepen (Adamus, 2011).

Každému míšnímu segmentu odpovídá v těle určitá kožní oblast, která je sensoricky zásobena daným nervem. Tato kožní oblast se nazývá dermatom. Tělesný povrch je možno rozdělit na dermatomy podle příslušných míšních segmentů. Stejně tak i svaly jsou zásobeny segmentálními nervy, proto příslušné svalové oblasti se nazývají myotomy. Dermatomy a myotomy jsou velmi důležité pro plánování rozsahu anestézie, proto je anesteziolog musí znát (Larsen, 2004).

V epidurálním prostoru je tlak u většiny osob subatmosférický, negativní. Využívá se k identifikaci epidurálního prostoru technikou visící kapky. Tento tlak není ve všech oddílech páteře stejný, v oblasti kosti křížové zcela schází a v bederní oblasti je největší. Přenášejí se na něj však větší změny nitrohruďního tlaku, takže při kašli se tlak v epidurálním prostoru stává pozitivním. *Nejčastější místo vpichu při epidurální anestezii je meziobratlový prostor L3-L4 nebo L2-L3* (Larsen, 2004 s. 449).

1.4.4 Výhody, indikace a kontraindikace svodné anestezie

Lze ji provádět jen u poučeného a spolupracujícího pacienta a po podepsání informovaného souhlasu. Součástí anesteziologického záznamu má být i mj. počet provedených vpichů, hloubka detekovaného epidurálního prostoru a hloubka zavedení epidurálního katétru a dosažená senzorní výška blokády (Jindrová a kol., 2016).

Mezi výhody epidurální anestezie patří to, že redukuje riziko tromboembolických příhod, jako je hluboká žilní trombóza a možná plicní embolizace. Další výhodou je, že snižuje riziko dechových obtíží. Redukuje stresovou odpověď na chirurgické trauma a snižuje riziko kardiálních komplikací (Janoušek, 2008).

Epidurální anestézie nemá žádnou absolutní kontraindikaci. Kritéria výběru anestezie jsou délka trvání, operační oblast, potřeba svalové relaxace a očekávaná krevní ztráta. Z pohledu operační oblasti je epidurální anestézie vhodná u operačních výkonů pod Th 10, tedy chirurgické a gynekologické operace v oblasti hráze tj. operacích pánve, dolních končetin, v dutině břišní, urogenitálního ústrojí. Anestezii tohoto typu nelze použít při operacích na horní polovině těla. Nelze provést žádné hrudní výkony, event. operovat na horních končetinách v důsledku blokády příčně pruživé svaloviny a vyřazení dýchacích svalů a také útlumu sympatického nervstva, a tím k ovlivnění srdeční činnosti (Janoušek, 2008).

Epidurální anestézie je též výhodou při nutnosti svalové relaxace bez užití myorelaxancií. K vhodné indikaci subarachnoidální anestezie jsou pacienti s onemocněním jater a ledvin spojené s poruchou metabolismu či vylučování léků. Subarachnoidální anestézie se také může použít k úlevě od porodních bolestí (Pařízek, 2005).

Kontraindikace subarachnoidální a epidurální anestezie se dělí na relativní a absolutní. Mezi absolutní kontraindikaci patří pacientův nesouhlas se zavedením, alergie na lokální anestetika, technické podmínky znemožňující zavedení nebo lokální infekce v místě potencionálního zavedení, některá neurologická onemocnění, hypovolémie či šok, trombolýza s časovým intervalem kratším 48 hodin (Benešová, 2001). Relativními kontraindikacemi k epidurální anestezii jsou krvácivé stavy, trombofilie, kontinuální podávání antikoagulancií, nekontrolovaná těžká hypovolemie, těžká stenotická srdeční nemoc, zvýšený nitrolební tlak, neurologické obtíže a onemocnění, předchozí operační zákrok v místě vpichu, osteoporóza, těžké bolesti hlavy a zad v anamnéze, artritida, výhřez ploténky, metastázy do páteře (Frei, 2007).

1.4.5 Druhy anestetik užívaných při svodné anestezii

K epidurální, spinální anestezii se užívají lokální anestetika. Druh použitého léčiva klíčovým způsobem ovlivňuje délku, kvalitu a bezpečnost spinální anestezie. Správná volba použitého anestetika je tak nezbytným předpokladem pro kvalitní spinální anestezii. Množství podaného anestetika rozhoduje o rozsahu blokády. Čím více anestetika je podáno do subarachnoidálního, epidurálního prostoru, tím větší je rozsah blokády. Jednotlivé látky se od sebe liší chemickou strukturou, fyzikálními a farmakologickými vlastnostmi. Při epidurální anestezii jsou využívány i jiné druhy léčiv, která jsou podávána jako tzv. adjuvans, jejichž úkolem je po intrathekálním podání určitým způsobem ovlivnit průběh anebo trvání spinální anestezie (Kolektiv autorů, 2006).

Místo působení je membrána nervové buňky, nejdříve jsou ovlivňovány preganglionární sympatická B vlákna, poté - 23 - nemyelinizovaná C vlákna a myelinizovaná vlákna A delta (zde vnímáme bolest a teplo) a nakonec myelinizovaná A alfa vlákna (motorika). Senzorické blokády se navozují jen nízkými koncentracemi, přičemž motorické blokády již vyžadují vyšší koncentrace (Zemanová, 2009).

U epidurální anestezie se používají léky jako Bupivacain, Trimecain, Articain a Ropivacain. Vyšší dávky Bupivacainu (Marcaine 0,5 %) mohou působit kardiodepresivně. Articain (Supracain 4%, Ultracain 2%, 5%) ovlivňuje výrazně motoriku kosterních svalů, proto je nevhodný při porodnické analgézii. Mohou se také

kombinovat s opioidy typu Sufentanyl. Pro subarachnoidální anestézii se užívá těchto léků – Ultracain 5%, Marcaine spinal 0,5% heavy, Tetracain 1%, Lidocain 5%, Mepivacain 4% (Larsen, 2004).

1.4.6 Komplikace svodné anestezie

Komplikace, které se mohou objevit při epidurální anestézii, se rozdělují z časového hlediska na časně a pozdní. Mezi časně komplikace můžeme řadit masivní epidurální anestézii, která vzniká nejčastěji při předávkování pacienta lokálním anestetikem, které nebylo přizpůsobeno věku nebo neakceptováním chorob, které vyžadují menší dávku lokálního anestetika (Larsen, 2004). Mezi další komplikace patří pokles krevního tlaku, který nastává během prvních 20 minut po aplikaci anestetika a bývá spojen s bradykardií. Také nauzea a zvracení se často vyskytují na začátku výkonu při kolísání krevního tlaku a pokles tělesné teploty způsobený vazodilatací z blokády sympatiku. Totální spinální anestézie nastává při nepoznané punkci tvrdé pleny, kdy je do subarachnoidálního prostoru aplikováno lokální anestetikum používané pro epidurální anestézii. Projevuje se okamžitou ztrátou vědomí, mydriázou, poklesem krevního tlaku a zástavou dýchání. Jednou z dalších možných časných komplikací může být punkce epidurální žíly, která vzniká tehdy, jestliže není epidurální jehla zavedena středem žlutého vazy. Projevuje se krvácením, které je krátké a pak může být punkce žíly v epidurálním prostoru často přehlížena. Nebezpečí spočívá v aplikaci lokálního anestetika jehlou nebo katétrem do epidurální žíly s následným rozvojem toxické reakce (Larsen, 2004).

Léčba toxické reakce musí být zahájena ihned po zjištění příznaků neurotoxicity, které se může projevit kovovou chutí v ústech, mravenčením jazyka a kolem úst, nystagmem, hučením v uších, svalovým třesem, křečemi, zhoršeným vnímáním, ztrátou vědomí. hypoventilací až možnou zástavou dechu a kardiotoxicitou. Při zjištění těchto příznaků je důležité přerušit aplikaci lokálních anestetik, zajistit průchodnost dýchacích cest, ventilaci a úpravu hypovolémie (Málek, 2009).

Závažnou komplikací je také totální spinální anestézie při nepoznané punkci dura mater a aplikaci většího množství lokálního anestetika do mozkomíšního moku., která je

provázená úplnou blokádou sympatiku a obrnou bránice. Projeví se rychlou ztrátou vědomí, zástavou dechu, mydriázou a hypotenzí. Prevencí této komplikace je vždy při zavádění epidurální blokády podání malé testovací dávky (do 3 ml lokálního anestetika) a teprve při absenci příznaků rychle nastupující subarachnoidální blokády můžeme aplikovat celou epidurální dávku. Průběh této komplikace je vždy dramatický, neboť ohrožuje pacienta na životě. Provádí se okamžitá tracheální intubace s ventilací 100% kyslíkem, zvednutí dolních končetin, rychlá náhrada ztrát a podání inotropních látek. Proto je velmi důležité, aby sestra pečlivě sledovala celkový stav pacienta a včas informovala lékaře o vzniku komplikací (Benešová, 2001).

Z pozdních komplikací jsou nejčastější postpunkční bolesti hlavy po subarachnoidální punkci nebo po nechtěné punkci dury při epidurální blokádě. Postihuje hlavně mladší pacienty a ženy. Pravděpodobně na podkladě prosakování mozkomíšního moku otvorem v duře dochází k podráždění hlavových nervů a prudké bolesti hlavy při vertikalizaci pacienta provázené vegetativními příznaky (nauzea, zvracení, pocení). Prevencí postpunkčních bolestí je opatrnost při zavádění epidurální blokády a použití co nejtenších jehel se speciálně upraveným koncem (atraumatické spinální jehly). Tyto bolesti léčíme klidem na lůžku, dostatečnou hydratací, analgetiky, pomáhá i pití černé kávy (kofein), v případě pokračujících bolestí je indikováno provedení tzv. krevní záplaty epidurálně aplikovanou vlastní krví pacienta.

Další komplikací centrálních blokad, která se projeví až v pooperačním období je retence moči u centrálních blokad. Proto v pooperační analgezií používáme nízké koncentrace lokálního anestetika, někdy je nutná i krátkodobá katetrizace močového měchýře (Benešová, 2001).

Infekční komplikace a pozdní neurologické poruchy způsobené traumatem nervových tkání nebo poruchami prokrvení jsou naštěstí velmi vzácné. Mohou být způsobeny bakteriální kontaminací, vasokonstrikčními přísadami, zanesením látek použitých při dezinfekci nebo také poškozením nervu polohou při operaci. Prevencí je dodržování všech pravidel při zavádění regionálních technik (základy asepse, opatrnost, přítomnost zkušeného anesteziologa) a dále pak dostatečné sledování pacienta v dalším pooperačním průběhu. (Kaplanová, 2006).

Komplikací svodné anestezie může být také technická závada například uvolnění, neprůchodnost, zalomení či rozpojení katétru, což znemožňuje podávání účinné dávky léků. Prevencí těchto komplikací je pečlivé sledování pacienta sestrou a péče o katétr.

Mezi neurologické komplikace patří epidurální hematom. Projevy jsou bolest v zádech, bolest dolních končetinách, pocit slabosti nebo pocit obrny obou dolních končetin. Další komplikací je epidurální absces, jehož nejčastější příčinou je zlatý stafylokok a projevuje se bolestí v zádech, horečkou s leukocytózou. Také může nastat poranění nervového kořene, které se projeví jednostrannou parestezií (Nalos, 2010).

1.5 Role sestry v procesu svodné anestezie

1.5.1 Komunikace s pacientem

Komunikace mezi zdravotním personálem a pacientem je složitá a náročná činnost. V našem zdravotnictví je komunikace někdy podceňována a brána jako nedůležitá a nepodstatná, pro některý personál i obtěžující. Komunikace vyžaduje od zdravotníka vůli, kvalifikaci, empatii, čas a vnitřní přesvědčení, že je tato činnost smysluplná a užitečná (Linhartová, 2006). Termínem profesionální komunikace sestry je vyjádřena komplexní a náročná zručnost, jež vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, které umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i nadále rozvíjet a ukončit (Zacharová, 2007).

Rozhovor je pilířem psychosociální komunikace, do které patří dovednost vést rozhovor. Pro získání zručnosti vést rozhovor je potřebné seznámit se s teoretickými aspekty rozhovoru a praktický nácvik verbální komunikace formou modelových situací. Sestra, aby vedla rozhovor správně, musí dodržovat základní psychologické a etické zásady v přístupu k pacientovi a to, že musí znát jméno pacienta a oslovovat jej jménem také musí vyvinout úsilí snížit pacientovy záporné pocity. Sestra musí mít schopnost pacienta psychicky podporovat, dát mu najevo, že se svými těžkostmi není sám a mít zvýšený zájem o osobnost pacienta, udržovat oční kontakt s pacientem. Důležité je mít s každým pacientem dostatek trpělivosti. (Gulášová, 2009).

Během návštěvní doby se setkává s rodinnými příslušníky a přáteli pacienta, bývá častěji zasvěcována do jeho osobních až intimních záležitostí. Proto musí být sestra

velmi dobře připravená na otázky, jimiž se pacient trápí, a musí být schopna na tyto otázky reagovat (Linhartová, 2006).

1.5.2 Úloha sestry v edukaci pacientů podstupujících svodnou anestezii

Edukace v obecném slova smyslu představuje učební proces, který se skládá z výchovy a vzdělávání. Má přesně stanovený cíl a prostředky k úspěšné realizaci. Cílem edukace je dosáhnout změny kvality života vzdělaného jedince. Ve zdravotnictví má edukace nezastupitelnou roli a je považována za pevnou součást komplexního ošetrovatelského procesu. Edukace je jedním ze základních pilířů moderního ošetrovatelství. Edukace ve zdravotnictví je zakotvena i legislativně, a sice vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č.424/2004 Sb. o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Zákon 424).

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

Cílem edukace ve zdravotnictví je vzdělaný pacient, který si je vědom situace, ve které se nachází. Ví, jaké jsou možnosti léčby a ošetrovatelské péče. Dokáže správně zvládat konkrétní situaci, ve které se ocitl, ví, jakým způsobem se bude on sám podílet na péči o své zdraví v souvislosti s onemocněním. Význam edukace bývá bohužel mnohdy nedoceněn (Závodná, 2006).

Před samotným výkonem a vším, co spolu s ním souvisí, má sestra jeden úkol. Pacienta edukovat o výkonu epidurální anestezie, který bude podstupovat. Pokud je čas a prostor před samotným operačním výkonem, sestra přináší připravené materiály, jako je edukační brožura na téma epidurální anestezie, názorné obrázky o správné poloze, kterou pacient musí zaujmout a další pomůcky k rychlejší informovanosti pacienta o samotném problému epidurální anestezie (Juřeníková, 2010).

Sestra se při příchodu pacientovi představí, informuje jej, za jakým účelem k němu přichází a rozvine komunikaci na téma epidurální anestezie. Sestra vysvětlí pacientovi průběh samotného výkonu a polohu, při které se epidurální anestezie aplikuje. Sestra

musí také pacienta informovat o režimových opatřeních, které by pacient měl dodržovat. V neposlední řadě se sestra zmíní o možných rizicích, které by mohly nastat a jak jim nadále předejít. Sestra by měla poté nechat čas na případné otázky (Křivohlavý, 2003).

Po zodpovězení případných otázek předloží sestra za přítomnosti lékaře pacientovi k podpisu formulář „Informovaný souhlas s provedením anestezie“. Informovaný souhlas je právní úkon a důležitý nástroj pro poskytování informací pacientovi. Je v něm svobodně, srozumitelně a s jistotou projevena pacientova vůle. V dnešní době bez informovaného souhlasu není možné pacienta léčit (Haškovcová, 2007). Informovaný souhlas se může realizovat ústně, konkludentně a písemně. Písemnému informovanému souhlasu vždy předchází ústně prezentované informace. Je důležité podat ústní informace takovým způsobem, aby pacient porozuměl sdělovanému obsahu. Písemná forma je psaná odborně, neboť slouží i jako forenzní doklad (Haškovcová, 2007).

Pokud sestra provádí edukaci bezprostředně před výkonem na operačním sále, nebo předsálí měla by navázat kontakt s pacientem a získat si jeho důvěru, neboť důvěra mezi edukátorem a edukantem zvyšuje výrazným způsobem efektivitu edukace a spolupráci edukanta. Vzhledem k tomu, že pacient by měl být již edukován anesteziologem, který provedl předoperační anesteziologické vyšetření a informovaný souhlas pacienta, měla by sestra ověřit, jaká je informovanost pacienta a reedukovat ho.

Informace musí podávat srozumitelným způsobem. Edukační prostředí z pohledu sestry při podávání epidurální anestezie je velmi komplikované, neboť většinou probíhá na operačním sále, či předsálí, kde není zcela ideální prostředí. Pacient také často bývá pod vlivem premedikace, která může negativně ovlivňovat jeho kognitivní funkce a rozhodovací procesy a patří mezi jednu z bariér ze strany edukanta (Juřeníková, 2010).

1.5.3 Úloha sestry v ošetrovatelské péči před svodnou anestezii

Předoperační anesteziologická příprava pacienta začíná v okamžiku indikace lékaře k operačnímu výkonu (Schneiderová, 2014). Každého pacienta podstupujícího operační nebo diagnostický zákrok v celkové či regionální anestézii (epidurální a subarachnoideální anestezie, blokáda nervových pletení a blokáda jednotlivých nervů) musí navštívit anesteziolog a klinicky ho vyšetřit. Tato anesteziologická vizita se

nejčastěji provádí den před plánovaným operačním výkonem. Anesteziolog jednak zhodnotí fyzický a psychický stav pacienta, dále zkontroluje výsledky předoperačních vyšetření. Velmi důležité je pečlivé odebrání anesteziologické anamnézy a vyšetření klinického stavu, při kterém se získávají klíčové informace o jednotlivých orgánech a orgánových systémech, jejichž funkce je ovlivnitelná anestetiky (Larsen, 2004). V anamnéze se anesteziolog zaměřuje i na předchozí výkony v místní či celkové anestezii a na případné alergické reakce. Podání premedikace se řídí zvyklostmi pracoviště. Anesteziolog předem vysvětlí nemocnému postup místní anestezie, vyvrátí jeho a zdůrazní trvalou přítomnost anesteziologického týmu během operace s možností řešení jakéhokoliv dyskomfortu (Kaplanová, 2006).

Je přirozené, že pacienti před operačním zákrokem mají strach z anestezie i ze samotné operace. Mají obavy z výsledku operace, že se po operaci neprobudí, nebo naopak, že se probudí v průběhu operačního výkonu. Mají strach z bolesti, bojí se o své blízké, jestli budou moci po operaci i nadále vykonávat své povolání (Gulášová a kolektiv, 2012). Dle Mavridou et al., (2013) se pacienti nejvíce obávají pooperační bolesti a také udávají strach z pooperační nevolnosti a zvracení. Jejich obavy jsou spojené s pocitem znecitlivění a s tím, že nebude zachována jejich intimita. Zásadní dotazy musí pacientovi zodpovídat ošetřující lékař nebo operatér. V této době předoperační přípravy je úlohou sestry pacienta uklidňovat, ale výkon by neměla zlehčovat, protože tímto by mohlo dojít k nedůvěře pacienta (Valenta et al., 2007).

Sestra před epidurální, spinální anestézií připraví pacienta podobně jako před celkovou anestézií. Připravuje klienta po stránce fyzické i psychické. Zajistí všechnu potřebnou dokumentaci k zákroku, jejíž součástí jsou informované souhlasy s hospitalizací, s operací, s anestézií a dá jí pacientovi podepsat. Odebere krev na jednotlivá vyšetření dle ordinace lékaře (Kaplanová, 2006).

Vyžaduje se podrobné laboratorní vyšetření, jen u poruch krevní srážlivosti by mělo být provedeno podrobné vyšetření krvácivosti, srážlivosti, počet trombocytů. V případě souhlasu musí pacient podepsat souhlas s daným typem anestezie (Larsen, 2004). U laboratorního vyšetření se lékař zaměřuje na screeningové vyšetření moče (moč + sediment, aceton a glukózu), a na screeningové vyšetření krve (biochemické vyšetření, krevní obraz, krevní skupina s Rh faktorem, aPTT, Quickův test (Šváb, 2008).

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

Příprava kůže je zaměřena na celkovou hygienu klienta, ale i na operační pole. V neposlední řadě na hygienické mytí a dezinfekce rukou zdravotnického personálu (Zeman, Krška, 2011). U celkové koupele se zaměřujeme na důkladnou hygienu kožních rýh (zejména na inguinální rýhu) pod prsy a u obézních na břicho (Zeman, Krška, 2011). V den operace se kůže v místě, kde bude probíhat operační zákrok, zbavuje ochlupení. Dochází tedy k oholení operačního pole (Vyhnálek, 2003). Oholení operačního pole je velmi intimní záležitost, a proto by měla sestra dbát na lidskou důstojnost a klienta odhalovat jen bez přítomnosti jiných klientů (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012).

Sestra zabandážuje dolní končetiny, popřípadě zavede periferní žilní katetr. Premedikace se řídí zvyklostmi pracoviště, výhodou je analgetická a sedativní složka premedikace. Pacient by měl být lačný a to z důvodu případného přechodu k celkové anestézii. Sestra také zajistí, aby si pacient vyjmul zubní protézu z důvodu možných komplikací, anebo mu ji sama vyjme. (Kaplanová, 2006).

Před odjezdem na operační sál je nutná úprava dlouhých vlasů, odložení spodního prádla. Je nutné zkontrolovat a odstranit kompenzační pomůcky (zubní protézu, brýle, kontaktní čočky, naslouchadlo, protetické náhrady), hodinky, šperky, které se označí štítkem a uloží na bezpečném místě. U žen odstranění barevných laků na nehty, umělých nehtů, odstranění líčidel, make up, protože brání sledování skutečné barvy kůže a lak na nehty může ovlivnit monitoraci kyslíkové saturace (Vorlíček, 2012).

Monitoruje fyziologické funkce. Podává pacientovi z chronické medikace léky, které určil anesteziolog. Také musí znovu zkontrolovat, zda je podepsaný informovaný souhlas ke svobodné anestézii. (Benešová, 2001).

Pokud má pacient diabetes, k operačnímu výkonu by měl jít kompenzován, aby se snížilo riziko při operačním výkonu. Úkolem sestry u pacienta v předoperační přípravě je zvýšená monitorace glykemie. U pacientů s diabetem I. typu je vhodné pokračovat v aplikaci dlouhodobého inzulínu. Sestra aplikuje rychle působící inzulín na základě aktuální hodnoty glykemie dle písemné ordinace lékaře. Během lačnění před operací mohou být pacienti ohroženi hypoglykemií, zejména jedná-li se o pacienty s diabetem I. typu. Stablní hladinu glykemie je nutno zajistit infuzní terapií na základě aktuální hladiny v krevním séru. (Šváb, 2008).

Speciální příprava je u klienta trpícího Diabetem mellitem. Glykémie před operací ve většině případů stoupá. Důvodem tohoto vzestupu je většinou psychická zátěž a onemocnění. Před operací se snažíme glykémii pacienta udržet glykémii hodnotě do 10 mmol/l. Ráno před operačním výkonem se klientovi podává infúze glukózy s jednotkami inzulínu. Tuto infúzi ordinuje lékař. Množství jednotek inzulínu ordinuje lékař po předchozím vyšetření kapilární krve na glykémii. Hlavní důvodem aplikace této infúze je zajištění energetického příjmu a předcházení komplikací spojenými s tímto onemocněním zejména hypoglykémie (Zeman 2011).

Je nutné předem zkontrolovat, zda lékař nemá speciální požadavky, jako zavedení nasogastrické sondy, zavedení močového katetru. Po celou dobu sestra pacienta uklidňuje vlídným slovem, komunikuje s ním, vysvětluje a zmírňuje stres z nadcházející operace. Po výzvě z operačního sálu sestra zajistí převoz pacienta s veškerou zdravotnickou dokumentací na operační sál. (Mikšová, 2005).

1.5.4 Úloha sestry v ošetrovatelské péči při svodné anestezii

Pacient vstupuje do operačního traktu předsálím (filtrem), kde je přeložen na transportní vozík určený pro převoz pacientů na operační sál. Poté je pak ochrannou na něj přivezen (Janíková, 2013). Sestra provede kontrolu pacienta. Také zkontroluje, jestli nemá na sobě šperky. Zda byla vyjmuta zubní náhrada a odstraněny jiné pomůcky. Pacientky musí na sál pouze bez make-upu a jejich nehty nejsou namalované (Kurzová, 2016).

Při plánované regionální anestezii bývá nemocný přivezen na operační sál dříve, aby byla časová rezerva pro nástup plného účinku anestezie. Při dobré organizaci provozu

operačních sály by tento časový faktor neměl být prostojem mezi operacemi. Je tedy velmi vhodné, aby pacient již byl obeznámen lékařem s technikou provedení, protože správné a spolehlivé provedení tohoto výkonu je vázáno na spolupráci pacienta (Kasal, 2006).

Sestra i lékař provedou před výkonem pečlivou očistu a dezinfekci rukou. Nasadí si ústenku a čepici. Poté je lékař oblečen do sterilního empíru a sterilních rukavic (Larsen, 2006).

Před zavedením místní anestezie sestra zajistí žilní vstup a podá infúze dle ordinace lékaře. Zejména u spinálních anestézií je podání 500 až 1000 ml roztoku krystaloidů prevencí nežádoucího poklesu TK. K místní anestezii je nemocný polohován tak, aby byl co nejlepší přístup k anestezovaným strukturám. Během vlastního provádění místní anestezie je dobré, aby anesteziologická sestra nemocného upozornila na to, co se bude dít – chlad dezinfekce, ostrý vpich, tuhý tlak (Benešová, 2001).

Pacienta lze uložit do polohy v leže do tzv. kočičího hřbetu, kdy je na lůžku umístěn tak, aby ležel rovnoběžně s okrajem lůžka, nebo operačního stolu. Kolena musí být tažena směrem k břichu, pacient prohne svá záda a brada je tlačena na prsa. Tím se oddálí prostor mezi trnovými výběžky lumbálních obratlů a zjednoduší provedení vlastního výkonu. Hlava může být mírně podložena polštářem. Ramena a pánev by měly být v souladu s kolmou rovinou postele nebo operačního stolu, aby se předešlo rotaci páteře. Správnou fixaci polohy provádí sanitář, který stojí před pacientem (Wong, 2007). Dále jde pacienta uložit do polohy v sedě. Před pacientem stojí zdravotní sestra, který fixuje správnou polohu pacienta. (Larsen, 2004). Nadále jde využít polohu na břiše. Této polohy využíváme při výkonech na hrázi nebo distální části páteře. Pacient je umístěn obličejem na postel nebo operační stůl. Prohnutí páteře získáme přelomením stolu a pod břicho může dát polštář, který napomáhá k většímu ohnutí zad pacienta. (Wong, 2007). Sestra neustále komunikuje s pacientem a vše mu vysvětluje.

Lékař provede odmaštění a důkladnou dezinfekci kůže (Mikšová, 2006). Pomocí tenké jehly, napojené na neurostimulátor anesteziolog detekuje prostor v blízkosti nervu. Následuje aplikace anestetika, sterilní krytí vpichu. Nástup anestezie je během 20 až 40 minut. Důležité je, aby sestra s pacientem udržovala slovní kontakt, neboť punkce

epidurálního i subarachnoidálního prostoru se provádí za zády pacienta. Sestra musí připravit sterilní stůl s pomůckami, zásadou je samozřejmě vždy dodržení úplné sterility (Kaplanová, 2006).

Anesteziologická sestra během epidurální anestezie monitoruje TK, EKG křivku a pulsníoxymetrii. S bdělým nemocným musí udržovat slovní kontakt, již proto, aby byly odhaleny první známky případné intoxikace místními anestetiky (setřelá mluva, dezorientace, „opilost“). Péče o pacienta s epidurální anestézií je stejně svědomitá jako při celkovém znecitlivění. Nechce-li být pacient během operačního výkonu při vědomí, může být součástí přiměřená sedace. Její hloubku je nutné neustále sledovat. Nedostatečná, nebo naopak příliš silná sedace může být pro pacienta nebezpečná (Kasal, 2006).

U jednorázové techniky svodné anestezie sestra sleduje, jestli operátor stihne výkon během doby působení anestetika. Pokud ne, je možnost doplnit anestezii intravenózně, buď formou analgosedace, nebo celkové anestezie. Při technice kontinuální můžeme lokální anestetikum doplňovat bonusy, nebo ho podávat dávkovačem (Wichsová, 2013).

Při epidurální anestezii se používají anesteziologické záznamy, jako u celkové anestezie. Musí obsahovat základní údaje o nemocném, včetně vyšetření, monitorované parametry, medikaci a infuzní terapii. Je zaznamenán druh místní anestezie, technika, druh a množství místního anestetika použitého k infiltraci i vlastní blokádě, případné užití přísad k LA a výše anestezie. Samozřejmě musí být podrobně zaznamenány všechny případné komplikace a způsob jejich léčby (Benešová, 2001).

1.5.5 Úloha sestry v ošetrovatelské péči po svodné anestezii

Po výkonu v epidurální anestezii si sestra z daného oddělení přebírá svého pacienta od anesteziologické sestry, která jí popíše stav pacienta a podá jí zdravotnickou dokumentaci, kterou sestra podepíše a tím je pacient nadále v její péči. Jak uvádí Schneiderová (2014), na dospívacím pokoji je pacientovi sledován tlak krve, puls, Spo₂, teplota, dechová frekvence, EKG křivka, svalová síla, odpady z drénů, obvazy na operační ráně. Při zvracení je nutné pacienta polohovat tak, aby nemohlo k aspiraci. Pokud má pacient bolesti, jsou mu podávány analgetika dle ordinace lékaře.

Důležité je také sledovat místo vpichu, nebo zavedení epidurálního katétru. Je nutné kontrolovat zarudnutí, krvácivost, sledovat průchodnost katétru – popřípadě katétru proplachovat, nebo vyměnit bakteriální filtr, sledovat hybnost a citlivost končetin (Kapounová, 2007).

Pokud má pacient močový katétru sledovat močení – množství, barvu, hustotu, příměsi. Sledovat zda pacient nezadržuje moč. Pokud ano je nutné kontaktovat lékaře. Pacient by se měl vymočit do 8h, pokud je tato doba delší, tak se přistupuje k cévkování (Boháčová, 2009).

Sestra také aplikuje nízkomolekulární hepariny dle ordinace lékaře, podává infuzní roztoky, antibiotika a další léky dle ordinací. Po výkonu se režim řídí dle druhu blokády a operačního výkonu, je potřeba většinou dodržet polohu na zádech po dobu 12 - 24hodin. Tato doba může být ovlivněna zvyklostmi daného zařízení. Důležité je, že první vstávání pacienta z lůžka musí být vždy se sestrou (Mikšová, 2006).

Velmi důležitou úlohou sestry je také kontrolování epidurálního katétru a jeho fixace. Při zalomení nebo neprůchodnosti epidurálního katétru se může objevit prosakování čiré nebo krví zbarvené tekutiny v místě vpichu provedené punkce epidurálního prostoru. Nedostatečný analgetický účinek se může projevit při rozpojení katétru a to únikem lokálního anestetika, nebo také při zalomení nebo neprůchodnosti epidurálního katétru. V těchto případech je nezbytné zastavit podání lokálního anestetika, zkontrolovat infuzní set a aplikovat 1-2 ml fyziologického roztoku. Při rozpojení epidurálního katétru může dojít k úniku aplikované směsi, nebo k nedostatečnému analgetickému účinku, proto je důležité zastavit aplikaci směsi, zkontrolovat infuzní set a asepticky k sobě spojit rozpojené konce a informovat lékaře.

Infekce v místě vpichu se může projevit zarudnutí s následnou bolestí, hnisavou sekrecí, nebo bolestivostí při podávání medikace do epidurálního katétru. Pokud se objeví jeden z těchto příznaků, je nutné zastavit epidurální aplikaci a informovat lékaře. Ve většině případů se provede odstranění epidurálního katétru a konec katétru se pošle na bakteriologické vyšetření. Aspirace více než 0,5 ml čiré nebo krví zbarvené tekutiny je známkou uložení epidurálního katétru v subarachnoidální oblasti. Je nutné zastavit

podání medikace do epidurálního katétru a nahlásit to lékaři. Dále se provádí pravidelné sterilní převazy epidurálního katétru a kontrolování místa vpichu (Kapounová, 2007)

Sleduje se také bolest pacienta, při které ošetřující sestra provádí záznam a hodnocení bolesti, podává naordinované analgetika a také sleduje diurézu pacienta kvůli mikčnímu centru, které se nachází v míše. Podle indikace lékaře také podává pacientovi medikaci (Kapounová, 2007).

Odstranění epidurálního katétru může indikovat pouze lékař. Předpokladem k tomu je ukončení analgetické terapie, neúčinnost epidurální analgezie, výskyt závažnějších komplikací, prosakování směsi, nebo neprůchodnost katétru. Podle ordinace lékaře je potřeba extrahovat katétru s ohledem na antikoagulační terapii (Vytejková, 2015). Katétru odstraňuje lékař a sestra mu asistuje. Špička katétru, popřípadě vzorek sekretu z místa vpichu, je odesílána na mikrobiologické a kultivační vyšetření. Po extrakci katétru je místo vpichu pečlivě dezinfikováno, sterilně kryto a sestra jej sleduje (Kapounová, 2006).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl 1: Zjistit, jak byl pacient informován před operačním výkonem o epidurální anestezii

Cíl 2: Zjistit, zda mají sestry znalosti o epidurální anestezii

2.2 Výzkumné otázky

Na základě určeného cíle, byly stanoveny níže uvedené výzkumné otázky:

Jak byl pacient informován před operačním výkonem o epidurální anestezii?

Jak byl pacient informován po operačním výkonu s epidurální anestezii o režimových opatření?

Jaké mají sestry znalosti o epidurální anestezii?

Jakou roli hraje sestra při informování pacienta o epidurální anestezii?

Charakteristika výzkumného vzorku a realizace výzkumu

2.3 Operacionalizace

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

Epidurální anestezie - epidurální znecitlivění je dočasné přerušení vedení nervových vzruchů vyvolané injekcí lokálního anestetika do epidurálního prostoru páteřního kanálu (Larsen, 2004).

Jednotka intenzivní péče – Pracoviště intenzivní péče (dále JIP) jsou určena pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů a poskytují možnost diagnostiky, prevence a léčby multiorgánového selhání nepřetržitě v kteroukoliv dobu (Kapounová, 2007).

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

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

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

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

3 Metodika práce

3.1 Využitá metoda

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla s ohledem na cíle práce zvolena kvalitativní metoda výzkumného šetření. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné šetření bylo realizováno v jedné z nemocnic Jihočeského kraje a v sociálním zařízení. Celé výzkumné šetření probíhalo anonymně. Žádný z respondentů si nepřál audiovizuální záznam, proto byl jejich požadavek respektován. Každý rozhovor probíhal s respondenty individuálně a byl zaznamenáván ručně. Poté byl přepsán do programu Microsoft Word. Každý respondent byl vždy seznámen se zachováním úplné anonymity, a to bylo vždy dodrženo.

3.2 Rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor, který jsme využili ke sběru dat, obsahoval 11 otázek pro pacienty a 13 otázek pro sestry. Některé otázky se během rozhovoru rozšířily o doplňující otázku (Příloha 1). Dosažená data byla zaznamenána v písemné podobě na papír a následně zpracována do elektronické podoby (příloha 2 na CD). Rozbor dat byl zrealizován metodou „tužka a papír“. Tato metoda spočívá v tom, že jsou v textu ručně vyznačeny jednotlivé kategorie. Lze jí také označit jako metoda kódování v ruce (Švaříček, et al., 2014). Získaná data byla rozdělena do jednotlivých kategorií. Respondenti byli dopředu obeznámeni s cílem práce a informováni o následném využití rozhovorů v bakalářské práci. Všechny rozhovory se uskutečnily v klidném prostředí a respondenti měli dostatek času na odpověď. Podle stanovených cílů naší práce jsme si předem vytvořili osnovu rozhovorů pro sestry i pro pacienty. Před zahájením výzkumného šetření jsme požádali náměstkyni ošetrovatelské péče a vrchní sestru o schválení realizace výzkumného šetření. Při realizaci rozhovorů jsme se nesečkali s žádným odmítnutím jak ze strany sester, tak ze strany pacientů. Vždy došlo ke vstřícnému jednání.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 5 sester ve věku 27 až 50 let pracujících v nemocnici. Z pohledu délky praxe se hranice pohybovala od 8 do 30 let. Další výzkumný soubor tvořilo 5 pacientů ve věku od 24 až do 78 let, kteří prodělali v poslední době epidurální anestézii. Celek tvořili dvě ženy a tři muži. Výzkumné šetření bylo prováděno vždy osobně.

Pro přehlednost v respondentech je předložena tabulka jak sester, tak i pacientů.

Tabulka 1 – Charakteristické údaje sester

S1	Žena	47 let	Praxe 22 let
S2	Žena	34 let	Praxe 14let
S3	Žena	27 let	Praxe 5 let
S4	Žena	30 let	Praxe 5 let
S5	Žena	55 let	Praxe 35 let

Zdroj – Vlastní výzkum

Tabulka 2 – Charakteristické údaje pacientů

P1	Žena	78 let
P2	Žena	28 let
P3	Muž	24 let
P4	Muž	70 let
P5	Muž	75 let

Zdroj – Vlastní výzkum

Sestry budou označovány S1 až S5. Celá skupina sester bude vyznačena jako R1. Sestra jedna je tudíž značená jako S1 a její délka praxe v nemocnici je 22 let. Sestra číslo dvě je označená jako S2, její délka praxe v nemocnici je 14 let. Sestra tři je označená jako S3 a pracuje ve zdravotnictví 14 let. Sestra čtyři označená jako S4 působí ve zdravotnictví 5 let a sestra číslo pět značená jako S5 pracuje ve zdravotnictví 10 let.

Na stejném principu budou označeni pacienti. Celá skupina bude označená jako R2. Následně pak pacient číslo jedna bude popisován P1, druhý pacient bude P2, třetí pacient bude značen P3, čtvrtý P4 a pátý P5.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace polostrukturovaného rozhovoru

Výsledky polostrukturovaných rozhovorů byly analyzovány a rozděleny do kategorií.

1. Nejčastější výkony v epidurální anestezii

2. Zkušenosti pacientů s epidurální anestezii

- Výkon v epidurální anestezii
- Volba anestézie

3. Ošetrovatelská péče

- Předoperační péče
- Péče při operaci a role anesteziologické sestry na operačním sále
- Pooperační péče a péče o epidurální katétr

4. Informovanost o epidurální anestezii

5. Spokojenost s epidurálním katétrem a epidurální anestezii.

- Výhody epidurálního katétru
- Nevýhody epidurální anestezie

6. Komplikace, které mohou nastat po epidurální anestezii

7. Vzdělávání sester v oblasti epidurální anestezii

4.2 Nejčastější výkony v epidurální anestezii

V této kategorii bylo úkolem zaznamenat nejčastější výkony v epidurální anestezii a frekvenci, jak často se provádějí. Na odpovědích se sestry shodly. Všechny respondentky uvádějí, že v jejich nemocnici jsou to nejčastěji menší operační výkony. S1 tvrdí *„Asi jako v ostatních nemocnicích jsou to nejčastěji porody a gynekologické operace. My jsme menší nemocnice, takže u nás se dělá opravdu jen málo výkonů v této anestézii“*. S2 dodává *„občas se také setkáme s operacemi typu kýla, varixy, menší gynekologické operace, v jiných nemocnicích operace endoprotéz.“* V tomto mají stejný názor i S1, S3, S4, S5.

Na otázku, jak často se u nich tyto výkony provádějí odpověděly všechny respondentky stejně, a to tak, že výkony v epidurální anestezii se u nich objevují, tak jednou až dvakrát do měsíce. S1 *„Záleží na tom, kolik porodů máme, protože ve většině případů zde dáváme epidurální anestézii právě rodičkám. Já jsem za poslední měsíc měla jednu takovou anestézii a to u matky prvorodičky“*. S2, S3, S4, S5 mají totožný názor. Také se dostanou k epidurální anestézii tak dvakrát do měsíce, podle toho, kolik výkonů se v této anestézii bude provádět.

4.2.1 Výkon v epidurální anestezii

V této podkategorii je nutno zjistit, jaké výkony byli pacientům provedeny v epidurální anestezii. Každý z těchto respondentů měl odlišný výkon. P1 udává *„Bylo to při náhradě kolenního kloubu na pravé noze, levé koleno mi měnili asi před 5 lety“*. P2 měla provedený císařský řez, P3 měl epidurální anestezii při operaci varixů, P4 při odstranění tříselné kýly a P5 u výměny kyčelního kloubu.

4.2.2 Volba anestezie

Všichni respondenti uvádějí, že výběr anestezie byl dán lékařem. P2 uvedla, že by rozhodně jiný typ anestezie nechtěla *„V této anestézii pro mě bylo velkou výhodou, že jsem byla plně při vědomí a mohla jsem komunikovat jak se zdravotníky, tak i s partnerem po celou dobu výkonu. A když bylo po císaři plně jsem vnímala tu radost z narození malého. Nechtěla bych být v plné anestézii a nemít možnost to celé vnímat“*. P2 naopak uvedl, že už by znovu v epidurální anestézii být operován nechtěl *„Asi bych si příště nechal dát tu celkovou. Bylo to nepříjemný slyšet je, jak si povídají, smějí se a*

tak. Raději bych to příště celé prospal“. P4, P5 by způsob anestézie neměnili a byli se vším spokojeni. P1 byla s výkonem v epidurální anestézii nadměru spokojená *„Rozhodně bych jiný typ anestézie nevolila, jsem zvyklá poslouchat lékaře. A pokud mi byla doporučena tato anestézie, nerozhodla bych se jinak. Není to nic strašného, pokud chytnete dobrou partu lékařů a sester operace vám přijde, že je hotová za chvíli, a hlavně sestřička se mě neustále vyptávala, zda je vše v pořádku. Už jsem prodělala i pár operací v celkové anestezii, ale tohle je pro rozhodně lepší. Po tam té mně bolelo v krku“.*

4.3 Zkušenosti pacientů s epidurální anestezii

V této kategorii bylo úkolem zjistit zkušenosti pacientů s epidurální anestezii. P1 uvedla, že již jednou absolvovala epidurální anestezii a neměla s ní úplně nejlepší zkušenost *„Za prvé při první operaci jsem si přišla, že všichni předpokládají, že vím, co mě čeká, a tak to šlo všechno velmi rychle. Navezení na sál, zavedení epidurálního katétru, který se povedl zavést až poněkolkáté a hned na sál. Ted' po druhé to bylo klidnější a sestřička mi vše vysvětlila a po celou dobu semnou mluvila, ptala se mě, jak se cítím a tak.“* Dodává také, že je to již několik let, co na výkonu byla a ví, že pokaždé nemůže být vše nejlepší. P2 uvedla, že již také epidurální anestezii absolvovala *„Byla jsem hodně nervózní, bála jsem se bolesti i toho, jaké to bude být při vědomí na operačním sále. Ted' to bylo jiné, jelikož jsem rodila v epidurálu, takže jsem se nakonec i těšila, že to bude bezbolestné a rychle za mnou.“* P3 a P4 nemají žádné zkušenosti s epidurální anestezii. P5 již absolvoval epidurální anestezii a uvádí *„Rozdíl byl ten, že poprvé jsem se obával toho, co mě čeká a bál jsem se, že budu mít i tak bolesti, i když už předtím mi lékaři říkali, že díky epidurálnímu katétru budu bez bolesti“.*

4.4 Ošetrovatelská péče

Tato kategorie je rozdělená do tří podkategorií. První podkategorie se nazývá *předoperační péče*, druhá *péče při operaci* a třetí *pooperační péče*. Úkolem takto rozdělených podkategorií bylo zaznamenat, jak se liší zkušenosti sester a pacientů v ošetrovatelské péči.

4.4.1 Předoperační péče

První otázka se týkala tématu předoperační péče a nejčastějších výkonů v této anestezii. Ve většině případů R1 i R2 byly odpovědi velmi podobné.

S1, S2, S5 uvedli, že před samotným nástupem do nemocnice je potřeba projít řadou vyšetření a navštívit anesteziologickou ambulanci a specializovaná vyšetření, pokud mají přidružená onemocnění. S3 uvedla „V nemocnici je příprava podobná přípravě k celkové anestézii. Provedení hygieny, lačnění, v případě delšího výkonu zavedení PMK, vyjmutí zubní protézy a podání premedikace dle ordinace lékaře“. S4 také uvedla, že následují odběry krve dle ordinace lékaře, lačnění pro případ, že by se operace protáhla a pacient by musel být zaintubovaný.“ Sestry se také shodly na tom, co řekl S5 „Pacient dostane informovaný souhlas s epidurální anestézií a s operačním výkonem“. V předoperační přípravě je také nutností, aby pacienta navštívil anesteziolog a vše mu bylo srozumitelně vysvětleno. S1 uvedla „Příprava je prováděna na standardní jednotce. Před výkonem navštíví anesteziolog pacienta na pokoji a informuje ho o tom, jak bude epidurální anestézie probíhat. Zkontroluje laboratorní hodnoty a zhodnotí jeho celkový zdravotní stav“. Poté se pacient odváží na operační sál.

P1, P3, P4 odpovídali obdobně. Všichni museli navštívit anesteziologickou ambulanci a projít řadou vyšetření před nástupem k hospitalizaci. P2 sdělila: „Před tím mě na pokoji navštívil anesteziolog, který mi nabídnul možnost epidurální anestézie, s kterou jsem souhlasila“ P5 uvedl : „Poté mě sestřička odebrala krev a ptala se mě ještě na pár informací ohledně toho, jak se cítím. Pak jsem se šla vysprchovat, převléct se a čekala jsem na to, kdy pro mě přijdou. Ještě mi byla zavedena kanyla do žíly“. Všichni pacienti také uvedli v rozhovoru, že museli podepsat informovaný souhlas s operací a anestézií.

4.4.2 Péče při operaci a role anesteziologické sestry na operačním sále

Na otázku, jak probíhala péče při operaci, měli P3, P4 podobné odpovědi. Všichni byli navezeni na sál, kde je sestra znovu identifikovala a převezla je do předsálí, kde jim byla aplikována epidurální anestézie. P1 odpovídá: „Dostala jsem na výběr, jestli chci sedět, nebo být na boku v leže při napíchnutí epidurálu. Pak mi očistili záda a lékařka si vyhmatávala místo na zádech, kam to bude zavádět“. P5 uvedl: „Pak mě řekli, ať se posadím a píchly mě do zad. Nejprve neúspěšně, ale pak se to povedlo“. P1: „ Bylo to

trochu nepříjemné, ale nic, co by nešlo vydržet. Pak jsem začala cítit mírné mravenčení v nohách a pak už nic“. P2 také udává: *„Při zavedení jsem cítila mírný tlak, ale nebolelo to“.*

Další otázka se týkala role anesteziologické sestry na operačním sále. Respondenti P1, P2, P4, P5 se shodli na tom, že role sestry na sále pro ně byla velmi důležitá. Například P1 sděluje: *„Sestřička byla po dobu celé anestézie semnou, takže jsem měla jistotu, že tam někdo pro mě je. Na sále mě dala rukáv na měření tlaku a taky takový lepičky na to, aby mi to monitorovalo srdce. Po celou dobu se mě ptala, jestli je vše v pořádku a zda necítím nějakou bolest. Dávala mi kapat infuzi a s doktorem mě sledovali. Pak mi bylo nepříjemné, jak jsem slyšela všechny zvuky a tak mě trošku přispali. Potom si už toho tolik nepamatuju. Ale sestřička je na sále hodně potřebná pro pacienty“.* Jediný P3 uvedl: *„Myslím si, že její role je stejná jako role ostatních, kteří jsou na sále. Je tam pro mě, aby mě informovala o všem co se děje a dít se bude. Já měl dobrou sestru, která byla vtipná a snažila se semnou celkem dost bavit, ale nemůžu tohle říci i o ostatních lidech ze sálu“.*

4.4.3 Pooperační péče a péče o epidurální katétr

Poslední otázkou na ošetrovatelskou péči byla otázka týkající se pooperační péče. S1 uvedla *„Tak po operačním výkonu se pacient předává na dospávák, nebo na JIP. Záleží na tom, co mu bylo prováděno za výkon.“* S tímto se shodují i odpovědi S3, S4. *Anesteziolog ji informuje o průběhu operace a předává jí zdravotnickou dokumentaci. Zdravotní sestra si pacienta přebere a odveze ho na určené oddělení. Tam si pacienta napojí na monitory a změří životní funkce“* uvádí S2. Také S5 se shoduje s názory sester S1 až S4 a sama uvádí, *„Také je strašně důležité sledovat místo vpichu a epidurální katétr. Často se stává, že bývá zalomený z toho, jak se s pacientem manipuluje. Měla by také dávat pozor na to, aby si ho pacient nevytrhl, protože to se stává poměrně často, hlavně u starších pacientů. Je potřeba sledovat také močení a hybnost končetin.“* Na otázku, jak dlouho zůstávají pacienti na dospávacím pokojí odpovídají sestry velmi podobně. S1 uvádí *„Záleží na tom, jaký výkon se jim dělal. Ale většinou hodinu až dvě si tam poleží. Je důležité, aby bylo kontrolováno místo vpichu a nenastaly komplikace“.* S2 také uvádí, že *„Důležité je hlavně, jak rozhodne lékař“.* S tím souhlasí také S3, S4, S5.

Pacienti se v této otázce zcela neshodují. Záleží na tom, jak velký výkon u nich byl proveden a v jakém stavu po operaci jsou. P1 a P5 uvádí, že po operaci byli odvezeni na JIP, zatímco P2, P3, P4 byli umístěni na dospávací pokoj. Respondenti se shodují i v tom, jak u nich pokračovala péče. P3 uvádí „*Po operaci jsem byl ze sálu odvezený na nějaký pokoj, kde mně ještě měřili tlak a kontrolovali mi ten katétr v zádech. Pak mi řekli, že až se mi bude chtít čůrat musím jim to hlásit a nesmím vstávat z postele. Tam jsem taky ještě nějakou dobu nesměl chodit a dali mi do ruky ten telefon, že kdyby se cokoliv dělo, ať si na ně zazvoním*“. P2 uvádí „*Také jsem dostávala epidurální analgezií, za což jsem byla hodně ráda, protože jsem opravdu bolesti neměla*.“ S tímto se shodují i názory P1, P5.

Na otázku, jak sestry pečují o epidurální katétr, odpovídala většina respondentek podobně. Některé odpovědi byly pouze rozšířenější. Například S1 uvádí: „*Velmi důležité je sledovat místo vpichu a okolí, sledovat zda není místo zarudlé, nekrvácí. Na katétru také sledujeme, zda je průchodný, jestli není povytáhnutý, zda je dobře fixován. Katétr proplachujeme, měníme bakteriální filtr. Poté děláme sterilní převaz epidurálního katétru. Při kontrole katétru je také důležité sledovat i celkový stav pacienta a hybnost končetin*“. S2 také uvedla: „*Pokud je katétr zalomený, nebo ucpaný ihned informujeme lékaře a čekáme na další postup. Samozřejmě během převazu sledujeme i celkový stav pacienta a ptáme se na bolest*“. Podobné odpovědi měly i sestry S3. S4 ještě v odpovědi uvedla, že velmi důležité je i kontrolovat bolest. „*Kontrolujeme bolestivost v místě zavedení a ptáme se na celkový stav pacienta. Jak se cítí, zda má bolesti, jestli nepocituje mravenčení v nohou apod.*“. S5 podotkla, že důležité je i vše pravidelně zapisovat do zdravotnické dokumentace.

4.5 Informovanost o epidurální anestezii

V této kategorii bylo cílem zjistit, jakým způsobem jsou podávány informace o epidurální anestezii a jestli jsou tyto informace pro pacienta dostačující. Déle bylo zjišťováno, zda pacienti volí raději epidurální anestezii či celkovou. Všechny zdravotní sestry se shodly na tom, že si myslí, že pacienti mají dostatek informací o epidurální anestezii. S3 uvedla „*Pacienti podle mého názoru mají dostatek informací o epidurální anestezii. Lékař je informuje již v anesteziologické ambulanci, tam se ho můžou na cokoliv doptat, pokud mají ještě nějaké doplňující otázky*.“ S tímto názorem souhlasí i

S1, S5, S2 uvádí „V dnešní době je velká výhoda, že je k dispozici internet, kde je spousta odborných stránek o epidurální anestézii.“ S tímto názorem se ztotožňuje i S4. S1 také uvádí „Myslím si, že ano. Sama vím, že jim anesteziolog zodpoví jakékoli otázku. Také dostávají informovaný souhlas, a když si ho pročtou, tak by měli vědět, co je čeká. Bohužel je ale spousta pacientů, co ho rychle podepíše, nic si nepročte, a pak se všemu diví.“

Na otázku, zda pacienti upřednostňují epidurální anestezii odpovídají sestry odlišně. S1 uvádí „Řekla bych, že se pacienti stále bojí epidurální anestézie. Jakmile řeknete, že se jim něco bude píchat do zad, už od toho ustupují“. Stejný názor uvedla i S2 „Řekla bych, že je větší množství operací v celkové anestézii. S3, S4, S5 tento názor nemají a uvádějí, že spousta pacientů již ustupuje od celkové anestezie a volí méně zatěžující epidurální anestezii.

Při pokládání podobných otázek pacientům se ale již názory liší. P1 uvádí „Musím říci, že při druhé operaci jsem byla rozhodně lépe informována a bylo to pro mě mnohem srozumitelnější než minule. Lékař mi vše popsal tak lidsky, že kdyby mi to někdo vysvětlil tak i poprvé, nebyla bych z toho tak zmatená. P3 se ale v názoru liší „Tak já bych ještě klidně nějaké informace přivítal, když jsem nikdy před tím anestézii neměl. Je sice fajn, že vám dají podepsat papíry, kde je to napsané, ale i tak jsem si to neuměl představit. Pak jsem byl akorát ze všeho zbytečně vyplašený“. P5 uvádí „Hlavně od anesteziologa jsem se dozvěděl nejvíc. Ten mně popsal přesně to, co mě čeká. Vysvětlil mi postup zavedení epidurální anestézie i informoval mě o výhodách epidurálu“. S tímto názorem souhlasí P4, který ještě v rozhovoru zmínil, že spousta informací dostal od svých známých stejně tak, jako P2, která si spousta informací vyčetla z knih a měla již předchozí zkušenosti s touto anestézií.

4.6 Spokojenost s epidurálním katétre a epidurální anestézií.

4.6.1 Výhody epidurálního katétru

Zde byla pokládána otázka, jak často se ponechává epidurální katétr a jaké jsou výhody. Hodně odpovědí se shodovalo. Přibližná délka zavedení epidurálního katétru je jeden nebo dva dny. Nejčastěji o tom rozhoduje lékař. „Většinou katétr zůstává zavedený ještě den, nebo dva. Záleží na tom, zda má pacient bolesti a jestli je katétr v pořádku, není

ucpaný nebo zalomený. Hlavně záleží na tom, co nám řekne lékař,“ to uvádí S2 a s tímto názorem souhlasí i S1 a S5. S3 také uvádí *„Většina pacientů si žádá ho mít i delší dobu, než je zvykem, takže pokud je to možné a nejsou žádné známky infekce, katétr se ponechá třeba i 3 dny“*. S4 ještě na víc uvedla že *„epidurální katétr se ponechává u většiny pacientů. Jeden z důvodů je, že velkou výhodou je epidurální analgezie.“*

Stejná otázka byla kladena i pacientům. Jen P3 uvedl, *Ne po operaci mi ho sestřičky na oddělení vyndaly. Nebyl asi důvod, aby mi ho tam nechaly, zase tak velkou operaci mi nedělali“*. Ale i přesto hodnotí epidurální analgezií velmi pozitivně. Stejně tak i P4 měl katétr odstraněný za jeden den, ale bolesti nepociťoval. Ostatní respondenti si zavedený epidurální katétr velmi vychvalovali. P5 uvedl *„Ano ponechali mi ho. Měl jsem ho ještě dva dny po operaci. Fakt jsem díky němu neměl bolesti. Řekl bych, že po téhle druhé operaci jsem se cítil mnohem líp.“* Velmi podobně odpověděla i P1, která byla se zavedeným katétreem velmi spokojená. Ve většině případů byly odpovědi stejné. Jen P2 uvedla navíc *„Ano katétr jsem měla ponechaný do druhého dne, jelikož jsem se bála bolesti a chtěla jsem být plná sil, až budu mít u sebe malou. Bohužel druhý den mě začalo bolet v místě zavedení, tak mi byl katétr odstraněn.“* U této pacientky byl katétr odstraněn z důvodu možné infekce.

Na otázku, zda zaznamenali pacienti nějaké výhody, všichni odpovídají, že ano. Díky epidurální analgezií nepociťovali bolest a pobyt byl pro ně po operaci jednodušší. Jen P3 nemůže zcela ohodnotit výhody, jelikož epidurální katétr měl zavedený kratší dobu než ostatní respondenti. *„Já to těžko můžu hodnotit měl jsem ho opravdu jen na chvíli. Ale spíš mi vadilo, že ho tam mám zavedený. Ani nevím, jestli jsem dostával něco na bolest, ale po operaci jsem bolesti neměl“*. P2 uvedla: *„Určitě největší výhoda byla epidurální analgezie, po císaři jsem se v klidu, bez bolesti prospala a cítila jsem se celkově líp“*. Také P1 u epidurální analgezie sledovala samá pozitiva. Díky tomu, že nepociťovala bolest, pro ni nebylo tak náročné začít s rehabilitací. S tím souhlasí i P4 a P5.

4.6.2 Nevýhody epidurální anestezie

Na otázku, zda pacienti zaznamenali nějaké nevýhody s epidurální anestézií většina pacientů odpovídá stejně, žádné nevýhody nezaznamenali a byli naprosto spokojeni., *Nevýhody tak o těch nevím. Ani taková rizika tato anestézie nemá, takže já byla naprosto spokojená se vším*“ uvádí P1. Obdobně odpovídá i P2, P4, P5. Jediný kdo s tímto názorem nesouhlasí je P3 ten odpovídá následovně: *„Určitě zaznamenal, vadilo mi, že vše vnímám a raději bych byl úplně uspaný. Taky mi nevyhovovalo, že jsem nemohl takovou dobu vstát z lůžka a byl jsem odkázán na pomoc ostatních“*.

4.7 Komplikace, které mohou nastat po epidurální anestezii

V kategorii Komplikace po epidurální anestezii byla analyzovaná data, které uvádí, jak často k takovým situacím dochází a jestli u pacientů tyto situace nastaly.

„Na štěstí až tolik komplikací jsem nezažila. Stává se, že pacienti mají na sále hypotenzy, to je asi nejčastější věc se kterou se setkávám. Občas mají bolesti hlavy, bolesti v místě zavedení epidurálního katétru, ale také to není pravidlem. Po tomto typu anestézie je to většinou bez komplikací“ odpověděla S1. Většina sester s tímto souhlasí, konkrétně je to S2, která také uvádí, že se to stává jen velmi zřídka a komplikace obvykle nenastávají. Dokonce S3 uvádí *„Já jsem se zatím s žádnou komplikací po epidurální anestézii nesešla. Já jen vím od kolegyň, jaké komplikace můžou nastat nebo se kterými se setkaly ony“*. S4 se setkala ještě s retencí moči a velmi často s bolestí hlavy u pacientů po epidurální anestézii, stejně odpovídá i S5.

U pacientů je to velmi obdobné. P1, P4, P5 odpovídají, že u nich k žádným komplikacím nedošlo a pooperační průběh byl klidný. P2 uvádí, že u ní komplikace nastaly *„Ano jak jsem již říkala v předešlé otázce, druhý den mě začalo bolet v místě, kde byl zaveden katétr, tak mi musel být odstraněn.“* Stejně odpovídá i P3, který sice neměl zavedený epidurální katétr dlouho, ale komplikace se dostavily po samotné anestézii. Dle jeho slov *„Jo u mě nastala komplikace. Po výkonu jsem ani po čtyřech hodinách nemohl na záchod. Nevím, jestli to nebylo taky tím, že jsem na pokoji nebyl sám a pořád tam někdo byl. Nakonec i sestra požádala kolegy z pokoje, aby se šli na chvíli projít, ale stejně to nešlo. Pak když mi řekla sestra, že když to ještě chvíli nepůjde,*

tak dostanu nějakou hadičku na čůrání snažil jsem se co to šlo, až se nakonec naštěstí podařilo. Jinak jsem žádné jiné problémy neměl.“

4.8 Vzdelávání sester v epidurální anestezii

Tato kategorie se zabývá vzděláváním sester v oblasti epidurální anestezie. V dnešní době je podle všech respondentek dostatek možností se vzdělávat. S1 udává *„Na školení a konference jezdíme docela často. U nás je to tak, že se střídáme. Na školení, které bylo pouze o epidurální anestézií, jsem zatím nebyla, ale určitě bych se ho ráda zúčastnila. Každé školení je pro nás velkým přínosem,“* s tím souhlasí i názory S2, S3, S4, které stejně zodpověděly otázku o vzdělávání. Všechny jezdí pravidelně a rády. S5 udává *„Dříve vůbec tolik možností nebylo. Jsem ráda, že je v dnešní době tolik možností si vybrat školení, které by se nám líbilo.“*

5 Diskuze

Téma bakalářské práce se nazývá „*Epidurální anestezie a informovanost pacienta*“. Tato práce byla zaměřena na informovanost pacienta před epidurální anestézií, dále pak na znalosti sester v problematice epidurální anestezie.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak byl pacient informován před epidurální anestézií a zda mají sestry znalosti o epidurální anestézii. Pro výzkumnou část této bakalářské práce byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. Jak byl pacient informován před operačním výkonem v epidurální anestézii, jak byl pacient informován po epidurální anestézii, jaké mají sestry znalosti o epidurální anestézii, jakou roli hraje sestra při informování pacienta.

Pro získání těchto dat byla využita metoda kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny jak se sestrami, tak i s pacienty. V rozhovorech byly použity otázky, které zkoumaly, jak jsou obě skupiny respondentů informovány o daných tématech, jaké jsou jejich názory na epidurální anestezii, jaké mají zkušenosti s touto anestézií a jak vnímají roli zdravotní sestry na operačním sále.

Jako první byla položena otázka oběma skupinám respondentů, tedy sester i pacientů na věk, a to z důvodu, abychom mohli například srovnat zkušenosti a informovanost jak mladších, tak starších respondentů. V obou skupinách se objevovali jak mladší pacienti a sestry, tak i věkově starší. Nadále byly respondentky sestry dotazovány na délku praxe ve zdravotnictví, na délku praxe na oddělení, kde nyní pracují a také na předchozí praxe na jiných pracovištích. Dvě dotazované sestry působí na oddělení anestezie 5 let, tudíž mají na tomto konkrétním oddělení nejkratší praxi vzhledem k ostatním respondentkám. Další dvě sestry na stejném oddělení pracují více než 10 let a poslední respondentka, které má zde nejdelší praxi oproti ostatním, působí na oddělení ARO přes 30 let. Většina sester před nástupem na oddělení ARO působila i v jiných oborech. Všechny z dotazovaných sester pracovaly na chirurgickém oddělení. Z toho vyplývá, že většina respondentek má předchozí zkušenosti s prací v operačním oboru.

Další otázka, která byla položena sestřím, zněla, jak často se u nich provádí zákrok v epidurální anestézii. Důvod k položení této otázky byl, abychom zjistili četnost výkonů v této anestézii a také jak často se s ní sestry setkávají. Podle všech dotázaných

respondentek se již velmi často s epidurální anestezií nesetkávají. Respondentka S1 odpověděla, že epidurální anestezie se provádí častěji ve větších nemocnicích. Jinak všechny respondentky odpovídaly obdobně a to tak, že se u nich epidurální anestezie objevuje velmi zřídka. Dvě sestry odpověděly následovně a to tak, že při epidurální anestezii v posledním měsíci byly asi 1x a ostatní uvádí, že 2x až 4x. Zde můžeme pozorovat, že četnost výkonů v této anestezii je v této nemocnici poměrně malá. Také nás zajímalo, jaké nejčastější výkony v epidurální anestezii se u nich provádí. Podle všech dotazovaných respondentek ze stran sester jsme zjistili, že jsou to gynekologické operace a porody. Například i Janoušek (2008) uvádí: „Z pohledu operační oblasti je epidurální anestezie vhodná u operačních výkonů pod Th 10 – chirurgické a gynekologické operace v oblasti hráze tj. operacích pánve, dolních končetin, v dutině břišní, urogenitálního ústrojí. Anestezii tohoto typu nelze použít při operacích na horní polovině těla. Nelze provést žádné hrudní výkony, event. operovat na horních končetinách“. Také pacientů jsme se ptali na otázku, při kterém výkonu byla provedena epidurální anestezie, a dozvěděli jsme se, že jsou to nejčastěji náhrady endoprotézami, porody a operace na dolních končetinách.

Dále pro nás bylo důležité zjistit, zda pacienti někdy v minulosti epidurální anestezii absolvovali a zda registrovali nějaké rozdíly. Respondenti ve většině případů epidurální anestezii zažili. P1, P2, P5 například také uvedli, že největší rozdíl pro ně byl v samotné přípravě před danou anestézií, a to jak v komunikaci, tak v průběhu samotné aplikace epidurální anestézie. Například P2 uvedla, že největší rozdíl vnímala v personálu, který byl k ní přívětivější a lépe s ní komunikoval. Například i Linhartová (2006) ve své knize uvádí, že komunikace mezi zdravotním personálem a pacientem je složitá a náročná činnost. V našem zdravotnictví je komunikace někdy podceňována a brána jako nedůležitá a nepodstatná, pro některý personál i obtěžující. Komunikace vyžaduje od zdravotníka vůli, kvalifikaci, empatii, čas a vnitřní přesvědčení, že je tato činnost smysluplná a užitečná. P3 a P4 nikdy předtím epidurální anestezii neabsolvovali, a proto nemohou průběh srovnávat. Podle mého názoru je v této věci rozhodující personál, který pacienta na tento konkrétní zákrok připravuje, protože postup práce je jasně daný a neměnitelný, důležitou roli tak může hrát pouze komunikace s pacientem. Sestra musí mít schopnost pacienta psychicky podpořit, dát mu najevo, že se svými

těžkostmi není sám a mít zvýšený zájem o osobnost pacienta, udržovat oční kontakt s pacientem. Důležité je mít s každým pacientem dostatek trpělivosti. Gulášová (2009).

První výzkumná otázka byla zaměřena na informovanost pacientů před operačním výkonem v epidurální anestezii. Zde jsme položili stejnou otázku pacientům i sestřím. Zajímalo nás, jak samotný proces před epidurální anestézií vypadá. Joint Commission International (2008) uvádí, že edukace pacientů přispívá k průběžnému uspokojování potřeb pacienta. Všichni pacienti uvedli, že byli v rámci předoperační přípravy vyšetřeni u anesteziologa, který jim celý proces epidurální anestezie vysvětlil a daný postup jim doporučil. P3 probíral postup již při první konzultaci s chirurgem při objednání termínu k operačnímu výkonu. Také Larsen (2004) ve své publikaci uvedl, že každého pacienta podstupujícího operační nebo diagnostický zákrok v celkové či regionální anestezii (epidurální) musí navštívit anesteziolog a klinicky ho vyšetřit. Tato anesteziologická vizita se nejčastěji provádí den před plánovaným operačním výkonem. Dokonce P5 uvedl, že se mohl obrátit s otázkami i na sestru, která mu nabídla, že mu veškeré otázky zodpoví. Dnešní doba umožňuje získat mnoho informací nejen z literatury, ale také i z internetových zdrojů. Bohužel faktem je, že ne všechny internetové stránky jsou v informacích naprosto spolehlivé, proto se ve spoustě případech stává, že pacient více důvěřuje neověřeným internetovým diskuzím než lékařům. Z tohoto důvodu je důležité, aby měl lékař opravdu dostatek času nejen na informování pacienta, ale i na zodpovězení jeho doplňujících otázek.

Výzkumná otázka, která se týkala role sestry při informování pacienta, byla položena všem respondentům, tedy sestřím i pacientům. Důležitou roli zastává v této situaci sestra, která musí být schopná vnímat pacientovy obavy a umět zodpovědět veškeré jeho dotazy. Dle názoru respondentek tato multioborová spolupráce funguje dobře. Respondentky sdělují, že jsou dostatečně začleněny do celého procesu edukace a většinou spolupracují s lékařem. Toto podporuje i Bártlová (2013), která ve své práci uvádí, že bez týmové spolupráce není možné zajistit kvalitní zdravotní péči. Bártlová (2013) ve své publikaci popisuje výhody týmové spolupráce v péči o pacienta. Také souhlasí s tím, že pacient si spoustu informací může přečíst v informovaném souhlasu, který popisuje i Haškovcová (2007) po zodpovězení případných otázek předloží sestra za přítomnosti lékaře pacientovi k podpisu formulář „Informovaný souhlas

s provedením anestezie“. Informovaný souhlas je právní úkon a také důležitý nástroj pro poskytování informací pacientovi. Je v něm svobodně, srozumitelně a s jistotou projevena pacientova vůle. V dnešní době bez informovaného souhlasu není možné pacienta léčit. Šturma (2007) uvádí, že je povinností lékaře poučit nemocného o možnostech léčby a objasnit nemocnému výhody a nevýhody navrhovaného postupu a upozornit ho na komplikace i možné následky v případě odmítnutí postupu. Každé pracoviště má zpracovaný svůj informovaný souhlas. Policar (2010) ve své publikaci také uvádí, že jedním z témat, kterým se zabývá medicínské právo, je informovaný souhlas nemocného s provedením operačního výkonu a s podáním anestezie. Je brán jako projev svobodné vůle člověka s podstoupením zákroku, který doporučil lékař. V případě jeho nepodepsání pacientem, může být provedený výkon považován za protiprávní. Myslím si, že pacienti mají v tomto ohledu volný přístup k veškerým informacím souvisejícím s epidurální anestézií a to nejen prostřednictvím lékařů a sester, ale také díky informovanému souhlasu, ve kterém jsou uvedeny všechna důležitá sdělení týkající se podání anestezie. S tím souhlasí i dotazované sestry. Pacienti, kteří odpovídali na otázku, vnímali sestru, jako velký přínos do celého procesu a to nejen jako psychickou oporu, ale také jako osobu na kterou se mohli beze strachu s čímkoli obrátit. Byla pro ně velkou oporou v době výkonu. Termínem profesionální komunikace sestry se ve své knize zmiňuje i Zacharová (2007) je vyjádřena komplexní a náročná zručnost, jež vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, které umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i nadále rozvíjet a ukončit.

Další otázka se zaměřovala na samotnou přípravu před epidurální anestézií realizovanou již v nemocnici. Všichni respondenti se shodují, že realizace začala již na oddělení za přítomnosti anesteziologa, který s nimi znovu vše zkontroloval. O tom se zmiňuje ve své knize i Kaplanová (2006) která uvádí, že v anamnéze se anesteziolog zaměřuje i na předchozí výkony v místní či celkové anestézii a na případné alergické reakce. Podání premedikace se řídí zvyklostmi pracoviště. Anesteziolog předem vysvětlí nemocnému postup místní anestezie, vyvrátí jeho obavy a zdůrazní trvalou přítomnost anesteziologického týmu během operace s možností řešení jakéhokoliv dyskomfortu. Respondenti se shodli, že u všech proběhl stejný postup před podáním epidurální anestezie, postup tedy začal odběrem krve a byl nadále následován premedikací, podepisováním informovaného souhlasu a lačněním. Můžeme tedy konstatovat, že

v postupu nejdeme rozdíly pouze minimální. Je to standardizovaná metoda, která je všude stejná. Někteří pacienti ovšem měli zavedený periferní žilní katétr až na sále, ale například P2 a P5 ho měli zavedený již na oddělení. Liší se to ve zvyklostech oddělení dané nemocnice.

Následující otázka byla zaměřena především na pacienty. Zajímalo nás, jak vypadala samotná příprava v předsálí. Janíková (2013) uvádí, že pacient vstupuje do operačního traktu předsálím (filtrem), kde je přeložen na transportní vozík určený pro převoz pacientů na operační sál. Poté je pak ochrannou zónou na něj přivezen. Stejně nám popisovali příjezd i dotazovaní respondenti. Poté přichází proces identifikace pacienta, který je nesmírně důležitý. Tímto si musí projít každý pacient před vstupem na operační sál, aby mohl pokračovat dál. Před zahájením anesteziologické péče musí být dle vydaných doporučených postupů provedena tato opatření. Před podání anestezie musí být ověřena identita pacienta (ČSARIM 2012). Při samotném zavedení epidurální anestézie byla většina odpovědí stejná. Všichni respondenti měli možnost si vybrat, jaká poloha jim vyhovuje a během celého výkonu s ním sestra neustále komunikovala. Benešová (2001) popisuje tento proces jako, že je nutné před zavedením místní anestezie sestra zajistit žilní vstup a podá infúze dle ordinace lékaře. K místní anestezii je nemocný polohován tak, aby byl co nejlepší přístup k anesteziologickým strukturám. Během vlastního provádění místní anestezie je dobré, aby anesteziologická sestra nemocného upozornila na to, co se bude dít – chlad dezinfekce, ostrý vpich, tuhý tlak. Je vidět, že v tomto ohledu bylo podle dotazovaných vše shodné s názorem Benešové.

Následovala otázka na respondentky ze strany sester, zda popisují také pacientům průběh epidurální anestézie, což je nedílnou součástí jejich práce. Juřeníková (2010) to popisuje následovně, že před samotným výkonem a vším, co spolu s ním souvisí, má sestra jeden úkol. Pacienta edukovat o výkonu epidurální anestezie, který bude podstupovat. Pokud je čas a prostor před samotným operačním výkonem, sestra přináší připravené materiály, jako je edukační brožura na téma epidurální anestezie, názorné obrázky o správné poloze, kterou pacient musí zaujmout a další pomůcky k rychlejší informovanosti pacienta o samotném problému epidurální anestezie. S1, S2, S5 se shodují na tom, že pacientovi před samotným výkonem v epidurální anestézii znovu vše popisují, co je čeká, informují ho o samotném průběhu. S3 uvedla názor, ve kterém si

myslí, že je to hlavně úkolem lékaře. Podle mého názoru je sestra nedílnou součástí tohoto procesu, a proto by měla být aktivně zapojena a pacienta o každém úkonu informovat. Z daných rozhovorů tedy vyplývá, že ne všechny sestry se plně zapojují do tohoto procesu. Ovšem jak jsme již výše zmínili respondenti P1, P2, P4, P5 se necítili být neinformováni a neseznámeni s postupem podání epidurální anestezie ze strany sester, až na pacienta P3, který uvedl, že by ještě nějaké informace přivítal.

K tomu, abychom mohli zmapovat celý proces, jsme položili další výzkumnou otázku a to, jaká byla péče po epidurální anestézii a zda by příště respondenti ze stran pacientů zvolili jiný typ anestezie. Jak uvádí literatura důležité je také sledovat místo vpichu, nebo zavedení epidurálního katétru. Je nutné kontrolovat zarudnutí, krvácivost, sledovat průchodnost katétru – popřípadě katétr proplachovat, nebo vyměnit bakteriální filtr, sledovat hybnost a citlivost končetin Kapounová (2007). Po epidurální anestézii je pacientovi ordinován také 24 hodinový klid na lůžku, během kterých musí pouze ležet Michálek (2016) Naprosto shodné odpovědi jsme dostali i od ostatních sester. Tento postup je opět neměnný jen spousta věcí závisí na zdravotním stavu pacienta, S1 až S5 popsaly stejný postup po epidurální anestézii, jen je obohatily o rozšířené informace. Na otázku, zda by pacienti znovu absolvovali epidurální anestézii, se ovšem odpovědi lišily. Kromě P3 všichni odpověděli, že by znovu podstoupily epidurální anestézii a hodnotili ji velmi kladně. Bylo to pro ně méně zatěžující. P3 by si již příště nechal dát anestézii pouze celkovou, jelikož mu bylo nepříjemné, že vše slyší po dobu operace. Nejvíce si stěžoval na chování personálu během operace. Myslím si, že z daných rozhovorů je vidět, že respondenti ze stran pacientů byli spokojeni s danou anestézii.

Další otázka, kterou jsme také položili sestřám, se týkala pacientů s epidurálním katétre a ošetřování zavedeného katétru. Většina pacientů byla se zavedeným katétre spokojena a považovali ho za velkou výhodu. Epidurální katétr se ponechává pacientům po výkonu z důvodu analgezie. O takový katétr je nutno pečovat, jak uvádí Kapounová (2007) že velmi důležitou úlohou sestry je také kontrolování epidurálního katétru a jeho fixace. Při zalomení nebo neprůchodnosti epidurálního katétru se může objevit prosakování čiré nebo krví zbarvené tekutiny v místě vpichu provedené punkce epidurálního prostoru. Nedostatečný analgetický účinek se může projevit při rozpojení katétru a únikem lokálního anestetika nebo také při zalomení nebo neprůchodnosti

epidurálního katétru. Při položení otázky sestřám se ve všech případech setkáváme se stejnou odpovědí. Pravidelně kontrolují stav epidurálního katétru, tak jak uvádí literatura a v případě problémů ihned kontaktují lékaře. Sami pacienti uvedli, že sestra jim katétre pravidelně kontrolovala, proplachovala a měnila pravidelně sterilní krytí.

Důležité bylo pro náš výzkum položit si další výzkumnou otázku, a to jaké mají sestry znalosti o epidurální anestézii. Prošková (2013) také uvádí, že pokud by všeobecná sestra chtěla pracovat v intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii, musí splňovat povinné požadavky. Musí mít splněnou zdravotnickou specializaci. Druhá podmínka je splnění specializačního vzdělávání označení odbornosti zdravotnických pracovníků z přílohy dle Nařízení vlády č. 31/ 2010 Sb., (Prošková, 2013). Z provedených rozhovorů můžeme předem usoudit, že znalosti v této problematice jsou nezbytně nutné k dané profesi. Také všechny sestry uvádějí, že se jezdí nadále školit na různé přednášky a kongresy. Je velkou výhodou, že všechny takové akce jsou podporovány nejen státem, ale i samotnými nemocnicemi, které takové školení organizují. Tím, že se sjíždí i jiní pracovníci z jiných nemocnic, mohou si nadále předávat nové zkušenosti a informace. I pacienti mohou jejich znalosti prověřit, a to samotným pokládáním otázek, které pacienti potřebují zodpovědět. *Osobně si myslím, že takových vzdělávacích kurzů by mělo být víc. Jak uvádí jedna z respondentek S2 „Na školení, které bylo pouze o epidurální anestézii jsem zatím, nebyla, ale určitě bych se ho ráda zúčastnila. Každé školení je pro nás velkým přínosem“.*

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na Epidurální anestézii a informovanost pacienta. Pro splnění praktické části bylo využito kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Skupinu dotazovaných tvořilo 5 sester a 5 pacientů.

Na začátku byly stanoveny dva cíle a to zjistit, jak byl pacient informován před operačním výkonem o epidurální anestezii a zjistit, zda mají sestry znalosti o epidurální anestezii. K těmto cílům byly také stanoveny výzkumné otázky. Jak byl pacient informován před operačním výkonem o epidurální anestezii? Jak byl pacient informován po operačním výkonu s epidurální anestezii o režimových opatření? Jaké mají sestry znalosti o epidurální anestezii? Jakou roli hraje sestra při informování pacienta o epidurální anestezii?

Výzkumné otázky, které se zaměřovaly na zmapování informovanosti pacienta před epidurální anestézií a jaké mají sestry znalosti o epidurální anestézii. Výzkumným šetřením se postupně zjistilo, že pacienti mají dostatek informací nejen před epidurální anestézií, ale o celém průběhu epidurální anestézie. Jsou edukováni lékařem, jak anesteziologem, tak lékařem, který ho k operačnímu výkonu posílá. Na doplňující otázky se během procesu mohou kdykoliv doptat. Nejvíce se využívá k informování rozhovor mezi lékařem a pacientem. Během výzkumného šetření jsme se neseťkali s jiným způsobem, jako jsou brožury aj. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že informování před výkonem provádí hlavně lékař ve spolupráci se sestrou. Velmi často jsme se také setkali s výhodami informovaného souhlasu, na který velmi často odkazovaly sestry, jako na další se způsobů informování pacienta.

Na výzkumnou otázku o znalosti sester můžeme odpovědět jednoznačně, že sestry mají dostatečné znalosti o epidurální anestézii a jezdí se pravidelně školit. Během rozhovorů jsme se neseťkali s žádnou sestrou, která by měla problém odpovědět na kteroukoliv z kladených otázek. Všechny sestry měly velký přehled o daném tématu, a i o výkonu samotném.

Bakalářská práce byla vytvořena tak, aby poukázala na informování pacienta o epidurální anestézii.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ADAMUS, Milan, a kolektiv., 2010. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
2. AKILDIZ, M., et al., 2017. Journal of the Turkish Anesthesiology and Reanimation Society. *Effect of anaesthesia method on preoperative anxiety level in elective caesarean section surgeries*, 36-40, doi:10.5152/TJAR.2017.58966
3. BÁRTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J. et al., *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. s. 40-65. ISBN 978-80-247-4732-3.
4. BASTABLE, B., 2008. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice..* 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-4643-8
5. BENEŠOVÁ, S., 2001. Místní anestézie 2. část. Lékařské listy. ZN 00857.
6. BOHÁČOVÁ, K., a kol. 2009. Epidurální analgezie v urologii. *Sestra.*, roč. 4., č.s. 77, ISSN 1210-0404
7. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O., 2010. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 309 s. ISBN 978-80-246-1216-4.
8. CVACHOVEC, K., 2011. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. In: ZEMAN, M., *Chirurgická propedeutika*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 133-165 ISBN 978-80-247-3770- 6.
9. ČSARIM, 2012. [online]. doporučený postup před zahájením anesteziologické péče,[cit.2016-01-10].Dostupné z: <http://www.csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20stanoviska%20CSARIM/23-dp-kpzap-2012-06-12.pdf>
10. FREI, J., 2007. Anestézie a její zvláštnosti u jednotlivých operačních oborů. *Sestra*. č. 10, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
11. GABRHELÍK, T., 2012. Regionální anestezie. In: ADAMUS, M., *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 95-117. ISBN 978-80-244-2996-0

12. GULÁŠOVÁ I., 2009. *Právní aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti*. 1. vydání: Osveta, 127 s. ISBN 978-808-0633-073
13. HAKL, Marek, 2011. *Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta. 231s. ISBN 978-80-204-2473-0.
14. HAŠKOVCOVÁ H., 2002. *Lékařská etika*. 3.rozšíř.vydání Praha: Galén, 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
15. JANÁČKOVÁ L., 2007. *Bolest a její zvládnutí*. 1. vydání: Portal, s. 200, ISBN 978-80-7367-210-2
16. JANOUŠEK L., BALÁŽ P, a kolektiv., 2008. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1.vyd. Grada, 384 s. ISBN 978-80-247-2455-3
17. JINDROVÁ, Barbora, STRÍTECKÝ, Martin, KUNŠTÝŘ, Jan a kol., 2011. *Praktické postupy v anestezií*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, str. 200. ISBN 978-80-247-3626-6.
18. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: Grada, 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
19. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi* Praha: Grada, 80 s. ISBN 978-80-247-217.
20. KAPLANOVÁ, Ž., 2006. Epidurální analgezie na JIP. *Sestra*. Roč. 16, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404.
21. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovateľství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 352 s. + 16 s přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.
22. KAŠÁKOVÁ, E., VOKURKA, M., HUGO, J., et al., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf, 431 s. ISBN 978-80-7345-424-1.
23. KASAL, E., a kolektiv. 2006. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*. 69 s. 1. Vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0556-2.
24. KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 279s. ISBN 80-7178-774-4.
25. KOLEKTIV AUTORŮ. 2006. *Vše o léčbě bolesti*. 1 vyd. Editor Julie Munden. Praha: Grada, ISBN 80-247-1720-4

26. LARSEN, Reinhard., 2004. *Anestezie*. 7. vydání, přepracované a rozšířené. Praha: Grada,a.s. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5
27. LINHARTOVÁ V., 2006. *Praktická komunikace v medicíně*, 1.vyd, Grada, a.s. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
28. MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK., 2011. *Léčba pooperační bolesti*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 153 s. ISBN 978 – 80 – 204 – 2453 – 2.
29. MAVRIDOU, P., DIMITRIOU, V., MANATAKI, A., et al., 2013. Journal of Anesthesia. *Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia.*, 104–108, doi:10.1007/s00540-012-1460-0.
30. MIKŠOVÁ, Z., M. FRONKOVÁ a R. HERNOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
31. MICHÁLEK, P., 2016. Lokoregionální anestezie. In: MÁLEK, J., *Praktická anesteziologie*. 2 vydání. Praha: Grada, s. 105-116. ISBN 978-80-247-5662-5.
32. OPAVSKÝ J., 2011. *Bolest v ambulantní praxi*, 1.vyd.Maxdorf, 398s. ISBN 978-80-7345-247-6
33. PAŘÍZEKA., 2002. *Porodnická analgezie a anestézie*. 1.vyd. Praha: Grada, 535s, ISBN 80-7169-969-1
34. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
35. PROŠKOVÁ, E., 2013. Vzdělání sester. In: VÉVODA, J. et al., *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. s. 104-124. ISBN 978-80-247- 4732-3.
36. NALOS, Daniel, MACH, Dušan., 2010. *Periferní nervové blokády: pro klinickou praxi včetně ultrazvukového navádění*, 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN978 – 80 – 247 – 3280 – 0.
37. ROKYTA, R., a kol., 2000. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 359 s.ISBN 80-85866-45-5
38. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80- 247-4414-8.

39. ŠEVČÍK, P. a kol., 2011. *Bolest a možnost její kontroly*. 1.vyd.Liga proti rakovině, Praha 12 s.
40. ŠVÁB, J. a kol., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: nakladatelství Grada, a.s., 208s. ISBN 978-80-247-2604-5
41. ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, a.s., s. 232. ISBN 978-80-247-2068-5.
42. ŠTURMA, J., 2007. Minimum anesteziologie pro lékaře neanesteziologa. In: SKALICKÁ, H. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada s. 100-119. ISBN 978-80-247-1079-2.
43. TRACHTOVÁ, E., a kol. 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2 nezměněné vydání. Brno: Mikadapress, 186 s. ISBN 57-851-02.
44. VONDRÁČEK, L., et al., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.
45. WICHSOVÁ, J, a kol., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 192 s. ISBN: 978-80-247-3754-6
46. WONG, A. Cynthia., 2007. *Spinal and epidural anesthesia*. 1. vyd. New York: McGrawHillMedical, 374 s. ISBN 007143772X .
47. VYHLÁŠKA č. 55/2011, o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (vyhláška o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), 2016 [online]. [cit. 2016-12-09]: Dostupné z:
48. VYTEJČKOVÁ, R., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. 1.vyd. Praha: Grada. 303 s. ISBN 978-80-247-3421-7
49. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 126 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
50. Závodná, V., 2006. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2.vyd. Osveta. 117s. ISBN 808 – 063 – 183 - X.
51. ZEMAN, M., a kol, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl.vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3770 - 6.
52. ZEMANOVÁ, J., 2009. *Základy anesteziologie*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 206 s. ISBN 978-80-7013-505-1.

8 Seznam příloh

Příloha 1 - Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor- pacienti

Příloha 2 - Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor- sestry

Příloha 2 - Písemné rozhovory na CD a schválení výzkumného šetření.

9 Seznam zkratk

APTT - Aktivovaný parciální tromboplastinový test

TK- tlak krve

EKG – elektrokardiografie

JIP – Jedinotka intenzivní péče

LA – Lokální anestetikum

SPO2 - Periferní kapilární okysličení, odhad množství kyslíku v krvi.

PMK – Permanentní močový katétr

tj – také jinak

Příloha 1 - Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor - pacienti

1. Kolik je Vám let?
2. Podstoupila jste již někdy předtím epidurální anestezii, a pokud ano vnímáte nějaký rozdíl?
3. Jak vypadala předoperační příprava před plánovaným výkonem v epidurální anestézii?
4. Při jakém operačním výkonu byla u Vás využita epidurální anestezie?
5. Jakým způsobem jste byla informována o epidurální anestézii?
 - a. Myslíte si, že informace byly pro Vás dostatečně srozumitelné?
6. Jak vypadala Vaše příprava v předsáli?
 - a. Jaká byla role anesteziologické sestry na operačním sále?
7. Zvolila byste příště jiný typ anestezie, pokud ano proč?
8. Jak probíhala pooperační péče?
 - a. Jaké jste musela dodržovat režimová opatření po epidurální anestézii?
9. Ponechali Vám po operačním výkonu epidurální katétr, a pokud ano na jak dlouho?
10. Nastali u Vás nějaké pooperační komplikace v souvislosti s epidurální anestézií, a pokud ano jaké?
11. Jaké jste zaznamenala výhody v souvislosti se zavedeným epidurálním katétrem?
 - a. Zaznamenala jste nějaké nevýhody v souvislosti s epidurální anestézií?

Příloha 2 - Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor – sestry

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho působíte ve zdravotnictví?
3. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
 - a. Na kterých odděleních jste pracovala před tím?
4. Jak často se u Vás provádí zákrok v epidurální anestézii?
5. Jaké zákroky se nejčastěji v této anestézii provádějí?
6. Jak vypadá předoperační příprava před epidurální anestézii?
 - a. Popisujete také pacientům průběh epidurální anestézie, a pokud ano jak?
7. Máte možnost se zdokonalovat v oblasti epidurální anestézie, a pokud ano jakým způsobem?
8. Jak vypadá pooperační ošetrovatelská péče po výkonu v epidurální anestézii?
 - a. Jak režimová opatření musí pacient dodržovat po provedení epidurální anestézie?
9. Ponecháváte epidurální katétr po operačním výkonu, a pokud ano jak často?
 - a. Jak vypadá péče o epidurální katétr?
10. Upřednostňují pacienti možnost epidurální anestézie před celkovou anestézii, a pokud ano, je Vám známo z jakých důvodů?.
11. Myslíte si, že pacienti mají dostatek informací o epidurální anestézii?
12. Jak dlouhou zůstávají pacienti po této anestézii na JIP, nebo dospávacím pokoji?
13. S jakými komplikacemi po epidurální anestézii jste se již setkala?