



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ošetrovatelství v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči

Bc. Gabriela Vizinová

Edukace pacientů před aplikací anestezie
Education of patients before anesthesia

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 19.04.2016

Bc. GABRIELA VIZINOVÁ

.....
Podpis

Identifikační záznam:

VIZINOVÁ, Gabriela. *Edukace pacientů před aplikací anestezie. [Education of patients before anesthesia]*. Praha, 2016. 89 s., 8 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

ABSTRAKT

Diplomová práce pojednává o edukaci pacientů před aplikací anestezie. Teoretická část práce je zaměřena na oblast edukace a základní pojmy edukace. K ucelenému přehledu dané problematiky je teoretická část věnována i oblasti anestezie.

Obsah zkoumání práce je zaměřen na přínos poskytované edukace pro pacienta před aplikací anestezie. Cílovou skupinu respondentů tvoří pacienti, kteří prošli zákrokem, vyžadujícím anesteziologickou péčí. Výběr vhodných pacientů ke sběru dat byl zvolen metodou účelového výběru, na základě spolupráce se staniční sestrou z daného oddělení. Výzkum byl realizován kvantitativní metodou, konkrétně metodou dotazníku vlastní konstrukce. Distribuováno bylo celkem 69 dotazníků.

Informace vyplývající z výsledků výzkumného šetření uvádí, že pacientům se dostane poučení v rámci anesteziologické péče ve více než polovině případů. Nejvyšší podíl na podání poučení a edukaci pacientů v oblasti anesteziologické péče mají lékaři – anesteziologové. Podání poučení je prováděno nejčastěji formou informovaného souhlasu včetně slovního poučení. Z výsledků také vyplynulo, že podané poučení je pro výraznou většinu dotazovaných pacientů dostačující a dostali také možnost si poučení objasnit nebo doplnit. Z výzkumného šetření vyplynulo, že počet dotazovaných pacientů, kteří byli poučeni v konkrétních oblastech anestezie dosáhl počtu mírně nad polovinu z celkového počtu dotazovaných pacientů.

Doporučení vyplývající z výsledků výzkumného šetření je směřováno členům anesteziologického týmu, kteří se podílejí na edukaci pacientů.

Klíčová slova: anestezie, anesteziologická sestra, edukace, edukační proces, pacient

ABSTRACT

The present diploma thesis is engaged in the education of patients prior to the application of anaesthesia. The theoretical part studies the area of education. For a comprehensive overview of the problems at issue, the theoretical part delves in the area of anaesthesia.

The thesis examines the contribution of education provided to patients prior to the application of anaesthesia. The target group of respondents is composed by patients who underwent a procedure requiring an anaesthesiology care. Patients suitable for data collection were selected using the purposeful sampling method on the basis of collaboration with head nurses of the given hospital wards. The research was conducted by a quantitative method, using the author's own questionnaire. The total of 69 questionnaires was distributed.

The results of the research investigation conducted that patients are provided advice as to anaesthesiology care in more than one half of all cases. The greatest share in providing advice and education to patients in anaesthesiology care is taken up by physicians – anaesthesiologists. Most often, advice is provided in form of an informed consent, including oral advice. A vast majority of the patients questioned observe the recommendations and measures that they have been informed of. The results further imply that the advice provided is adequate for a great majority of the patients questioned, who were given an opportunity to ask for clarification or complementation of the advice. The research investigation showed that the number of the patients questioned who were given advice in particular areas of anaesthesia exceeds slightly over one half of the total number of the patients questioned.

Recommendation ensuing from the results of the research investigation is directed at members of an anaesthesiology team who are involved in the education of patients.

Key words: anaesthesia, anaesthesiology nurse, education, educational process, patient

Poděkování

Velice děkuji paní Mgr. Miluši Kulhavé za odbornou pomoc, obětavost a neocenitelně vstřícný přístup při psaní diplomové práce. Dále děkuji vedoucím pracovníkům III. chirurgické kliniky FN v Motole a I. chirurgické kliniky VFN v Praze, kteří mi poskytli nadstandardní podmínky a umožnili mi sběr dat potřebných ke vzniku mé práce.

OBSAH

1 Úvod.....	7
2 Edukace v kontextu zdravotní péče.....	9
2.1 Základní pojmy v edukaci	9
2.2 Dělení edukace	10
2.3 Metody edukace.....	11
2.4 Vstupní činitele a podmínky edukačního procesu.....	12
2.5 Edukační proces a jeho fáze	15
2.5.1 Fáze počáteční pedagogické diagnostiky.....	16
2.5.2 Fáze projektování.....	16
2.5.3 Fáze realizace.....	17
2.5.4 Fáze upevnění a prohlubování učiva	18
2.5.5 Fáze zpětné vazby	18
2.6 Dokumentace v edukačním procesu	18
2.7 Informovaný souhlas s anestezií.....	18
3 Anesteziologie	20
3.1 Základní pojmy v anesteziologii	20
3.2 Celková anestezie	20
3.2.1 Inhalační celková anestezie	21
3.2.2 Nitrožilní celková anestezie.....	22
3.2.3 Anestezie nitrosvalová.....	23
3.2.4 Rektální anestezie	23
3.3 Místní anestezie	24
3.4 Ambulantní anestezie	24
3.5 Průběh anesteziologické péče.....	24
3.5.1 Anesteziologická příprava pacienta před výkonem	24
3.5.2 Průběh vedení celkové anestezie	27
3.6 Technické a personální zajištění anesteziologického pracoviště.....	28
4 Empirická část.....	29
4.1 Cíle práce.....	29
4.2 Metodologie výzkumu	29
4.3 Analýza dat.....	29
4.4 Charakteristika respondentů	30
4.5 Výsledky dotazníkového šetření.....	30
5 Diskuse	56
6 Závěr.....	60
7 Seznam použité literatury:	62
Seznam použitých zkratk:	67
Seznam tabulek:	68
Seznam obrázků:.....	69
Přílohy:	70

1 Úvod

Edukace a informovanost pacienta ve zdravotnickém zařízení je pro mě celoživotním tématem. Osobně jsem od raného dětství až po současnost prošla několika pobyty ve zdravotnických zařízeních, kde jsem podstoupila zákroky vyžadující anesteziologickou péči. Za toto období jsem mohla reflektovat změny, kterými edukace v oblasti zdravotnictví prošla.

Zdravotnictví jednoznačně pokročilo v technické oblasti, diagnostice a léčbě, ale také v oblasti výchovy a vzdělávání.

V posledních letech se zdravotníkům výrazně rozšířily možnosti vzdělávání v oblasti edukace jako vyučovacího předmětu. Předmět edukace, který byl původně vyučován na pedagogických fakultách, se postupně začal vyučovat i na fakultách lékařských, zdravotních a zdravotně-sociálních.

Tento rozvoj výrazně přispěl k tomu, že zdravotníci i lékaři prošli určitou změnou vnímání pacienta a přístupu k němu. Změna také nastala na straně široké veřejnosti. Zájem veřejnosti o informace týkající se zdraví, životního stylu navíc vzrostl s rozvojem nových trendů a postupně tento zájem začal pronikat hlouběji do problematiky nemoci, její prevence a udržení zdraví.

Důležitou součástí byly také změny v českém právním systému, který definuje v řadě zákonů i práva pacientů. V dnešní době je tedy samozřejmostí, že pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu a léčbě. Z práva vyplývají ale i povinnosti pro pacienta. Pacient je zapojen do procesu, ať už jde o prevenci, léčbu nebo dodržování následných doporučení. Pacient má svou autonomii, volbu rozhodovat sám za sebe a přebírá svůj díl odpovědnosti za své jednání a rozhodování.

Aby mohl pacient v maximální míře odpovědnosti rozhodovat o volbě navrhovaných postupů a zapojit se do procesu péče, musí být splněny některé podmínky. Jedna z podmínek je, aby byly pacientovi poskytnuty všechny potřebné informace, a to maximálně srozumitelnou formou. Zde hraje edukace zásadní roli. Kvalitní edukace umožňuje pacientovi na základě podaných informací se co nejlépe rozhodnout dle svého přesvědčení, postoje a vědomí vlastní odpovědnosti. Edukace má velký význam i pro celý tým, který se na péči o pacienta podílí. Nejenže kvalitní edukace usnadňuje spolupráci s pacientem, přispívá ale také ke snadnějšímu průběhu celého procesu. Ideálně vede k větší psychické pohodě pacienta a tím může eliminovat některé negativní vlivy působící na jeho zdravotní stav. Edukace je jedna z nejdůležitějších součástí péče, kdy je pacient odkázán na kvalitu a postoj zdravotnického personálu, který by měl působit tak, aby mu pacient mohl svěřit svou maximální důvěru. Pacient se musí spolehnout na to, že mu bude poskytnuta edukace v nejvyšší možné míře a přiměřeném rozsahu.

Hlavním důvodem, proč se zabývám tématem edukace v rámci anesteziologické péče je, že edukace má výrazný dopad na celý proces péče a stav pacienta. Z mé zkušenosti

poskytnutá edukace a informace spojené s anesteziologickou péčí nebyly mnohdy dostačující a tento nedostatek byl pro mě vyvolávajícím faktorem mnoha otázek a pocitů.

Jako téma ke zkoumání mé diplomové práce jsem tedy zvolila oblast edukace pacientů v rámci anesteziologické péče, konkrétně před aplikací anestezie. Zajímá mě především přínos poskytované edukace pro pacienta před aplikací anestezie. Z tohoto důvodu je přínos edukace i hlavním cílem zkoumání. Zajímá mě, v jaké míře jsou pacienti seznámeni s anesteziologickou problematikou, kdo edukaci pacientům poskytuje, zda je daná edukace pro pacienty dostatečně srozumitelná, dostačující a jaký má edukace v oblasti anestezie vliv na jejich vnímání nebo prožívání.

Tato práce by mohla motivovat anesteziologický tým k zamyšlení se nad potřebou pacienta získat kvalitní edukaci před anesteziologickým výkonem. Výsledky výzkumu by mohly vést k uvědomění si kvalitních a kladných faktorů edukace, které jsou přínosem jednak pro pacienta a stejně tak pro průběh anesteziologické péče. Na druhé straně mohou výsledky poskytnout možnost identifikovat faktory působící negativní dopad na pacienta a anesteziologickou péči a její průběh.

Výstupem práce bude informační leták pro anesteziologické sestry, který bude obsahovat instrukce a doporučení, jak pacienty efektivně, srozumitelně a co nejvýstižněji edukovat před podáním anestezie.

2 Edukace v kontextu zdravotní péče

Hlavním cílem edukace v kontextu zdravotní péče je především prevence poškození zdraví, snaha o udržení zdraví a navrácení zdraví. Dalším, neméně důležitým a neoddelitelným cílem je také zmírnění psychického a tělesného utrpení u nevléčitelně nemocných a maximální snaha o jejich důstojné umírání.

Z toho vyplývá, že edukace se týká všech klientů, kteří se stanou objektem učení nebo vzdělávání v souvislosti s určitým druhem edukace v rámci zdravotní péče. V moderním pojetí zdravotní péče se edukace týká jak nemocných, tak zdravých klientů nevyjímaje.

Efektivita edukace vychází již z pacientova práva na edukaci, kdy by měl získat odpovídající úroveň informací o svém zdravotním stavu a o léčebném režimu.

K tomu, aby se mohl pacient rozhodnout pro změnu životního stylu, musí být kvalitně informován o svém zdravotním stavu, musí znát příčiny onemocnění, možnosti odstranění příčin a způsob léčby. Měl by pochopit svou roli v péči o svoji osobu a cítit určitou míru zodpovědnosti za své zdraví a přístup k němu. Při efektivní edukaci je třeba redukovat pacientovi pocity úzkosti a nejistoty a obavy z budoucnosti. Je nutné dodat pacientovi určitou dávku optimismu a poskytnout mu rady na životní styl, odpovídající jeho zdravotnímu stylu.

Efektivní výchova a vzdělávání pacientů má zároveň výhody a pozitiva v oblasti nákladů ve zdravotnictví. Přináší totiž snížení nákladů na zdravotní péči pacienta. Edukovaný pacient má zpravidla aktivnější přístup k léčbě a lze předpokládat, že léčba bude úspěšnější a rekonvalescence kratší (Svěráková, 2012).

2.1 Základní pojmy v edukaci

Edukace vychází z latinského slova *educare*, *educare* - vychovávat. Vyjadřuje proces výchovy a vzdělávání s cílem získání určitých poznatků (Dušová, 2006).

Učení je proces, při němž člověk získává individuální zkušenosti. Učí se přizpůsobovat novým životním podmínkám, novým formám chování, osvojuje si nové vědomosti, dovednosti a návyky. Učení probíhá nestále a spontánně (Juřeníková, 2010).

Edukanty se ve zdravotnickém prostředí stávají především klienti, bez rozdílu, zda jsou zdraví nebo nemocní. Stejně tak edukanty zpravidla bývají samotní členové multidisciplinárního zdravotnického týmu, kteří procházejí celoživotním procesem vzdělávání (Juřeníková, 2010).

Edukátor je osoba, která poskytuje výchovu a vzdělávání. V oblasti zdravotnictví jde nejčastěji o lékaře, všeobecné sestry, sestry s konkrétní specializací nebo o jiné členy multidisciplinárního týmu (Juřeníková, 2010).

Edukační proces je záměrná, plánovaná a cílevědomá činnost, při které probíhá proces výuky a učení mezi edukátorem a edukantem, dochází tedy k jejich interakci. Edukační proces je systematický a sestává z posouzení edukačních potřeb, stanovení edukační diagnózy, plánování, realizace a vyhodnocení.

Edukační potřeba je charakterizována jako deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivních postojů edukanta ve vztahu k jeho zdraví, přičemž tyto nedostatky mohou mít negativní dopad na zdraví edukanta v současnosti i v budoucnosti (Juřeníková, 2010).

Edukační cíl je očekávaný výsledek edukace, kterého má být prostřednictvím správné edukace dosaženo (Dušová, 2006).

Edukační prostředí je místo, ve kterém se odehrává edukace. Charakter a atmosféra edukačního prostředí výrazně ovlivňují podmínky, ve kterém edukace probíhá. Jedná se například o osvětlení, nábytek, teplotu v místnosti, barevnost, umístění prostor, zvukové elementy ale i sociální klima (Juřeníková, 2010).

Edukační standard v edukační činnosti zajišťuje požadovanou úroveň kvality edukace, charakteristiku standardu, závaznost a kontrolu standardu (Juřeníková, 2010).

2.2 Dělení edukace

Edukaci lze rozdělit podle druhu, typu i formy.

Druhy edukace

Primární edukace pro kterou jsou cílovou skupinou zdraví lidé a jejím hlavním cílem je nejen předcházet zdravotním problémům, ale také pozitivně zlepšovat zdravotní stav jedince či skupin.

Sekundární edukace je zaměřena na nemocné jedince nebo skupiny a jejím úkolem je edukovat klienta nebo skupinu ohledně toho, jakým způsobem může nemoci čelit, dále se snaží zabránit vzniku komplikací a směřovat k obnově zdraví.

Terciální edukace je zaměřena na jedince s trvalými a nezvratnými změnami ve zdravotním stavu, s cílem zkvalitnit jejich život (Dušová, 2006).

Typy edukace

Jedním z typů edukace je edukace *základní*, která se provádí v případě, kdy pacient není vůbec o problematice informován a u pacientů s nově diagnostikovaným onemocněním.

Komplexní edukace se týká především pacientů postižených onemocněním celoživotně, s konkrétní diagnózou, která pacientovi zasahuje do běžného života a zvyklostí pacientova režimu. Komplexní edukace může zahrnovat i některé ošetrovatelské výkony.

Reedukace navazuje na předcházející znalosti, opakuje je a aktualizuje základní informace. Poskytuje také další informace vzhledem k měnícím se podmínkám (Svěráková, 2012).

Formy edukace

Forma edukace lze být chápána jako způsob organizace výuky. Vhodně zvolená forma edukace umožňuje edukující osobě optimálně přizpůsobit výuku a posléze tak optimálně realizovat výukové cíle v reálných podmínkách. Formy edukace lze rozdělit na formu individuální, skupinovou a hromadnou.

Individuální forma je zaměřena jedním edukujícím na jednoho klienta. Ve zdravotnictví má tato forma výhodu navázání úzkého vztahu mezi edukátorem a klientem, kdy edukace vychází přímo z potřeb klienta. Lze tak uplatnit cíle ve všech oblastech učení. Výhodou je také benefit zpětné vazby klientem a možnost bezprostřední reakce edukujícího pracovníka. Mezi nevýhody individuální formy výuky se řadí izolace od ostatních klientů a nízká efektivita vzhledem k časové náročnosti (Juřeníková, 2010).

K nejčastějším formám individuální edukace patří například rozhovor, konzultace nebo instruktáž.

Skupinová forma edukace je zaměřena jednoho edukujícího na více klientů současně. Klienti mohou být rozděleni do více skupin, ale ideální je malá skupina, kdy si klienti mohou vzájemně předávat zkušenosti a vyměňovat názory. Obsahově je stejná pro všechny klienty. Nevýhodou skupinové formy edukace je nízká interakce klientů, edukace probíhá bez hlubší vazby s edukujícím pracovníkem a bez možnosti individuálního přístupu (Juřeníková, 2010).

Vhodnou formou skupinové edukace je například nácvik dovedností, přednáška, kurz nebo seminář.

Hromadná forma je zaměřena na širší skupinu osob a obsahově je stejná pro všechny účastníky. Jde především o přednášku a výhodné je sdělení informací velké skupině osob. Nevýhodou je nízká zpětná vazba a nízká aktivita edukantů (Juřeníková, 2010).

2.3 Metody edukace

Metoda edukace je způsob dosažení výukového cíle. Zjednodušeně řečeno, metoda edukace je způsob předávání znalostí a dovedností. Metodika dává v kontextu zdravotnictví teoretickou základnu osvěty a existuje množství zpracovaných metodik edukace klientů. Edukační metody jsou konkrétní postupy, jak nejefektivněji předat znalosti, jejich osvojení klientem a osvojení si i konkrétních návyků (Svěráková, 2012).

2.3.1.1 Rozdělení výukových metod

Jednou ze základních a nejpřirozenějších metod je *metoda mluveného slova*.

Monologická metoda - vysvětlování, přednáška, popis, instruktáž, výklad

Dialogická metoda - rozhovor, diskuze.

Metoda tištěného slova, kde se využívají knihy, letáky, brožury, články, plakáty.

Audiovizuální metoda je metoda využívající prostředky jako dataprojektory, meotar, WHS, CD přehrávače, tabule, flipcharty, DVD, televizní pořady (Svěráková, 2012).

Brainstorming – probíhá formou volné diskuze skupinou klientů na určité téma, kdy se v časovém limitu snažíme získat nové nápady a myšlenky.

Metoda názorně demonstrační je metoda pozorováním, používají se názorné pomůcky pro přenos poznatků (Dušová, 2006).

2.4 Vstupní činitelé a podmínky edukačního procesu

Zásady komunikace v edukačním procesu

Jak už bylo zmíněno, metoda mluveného slova je nejčastěji používána metoda kontaktu s pacientem. Výhodou této metody je, že edukující osoba naváže s pacientem užší kontakt a je schopna reagovat na změny jeho chování a nálad. Má možnost okamžitě reagovat na podněty a dotazy pacienta.

Informaci o diagnostikovaném onemocnění podává vždy ošetřující lékař.

Zdravotník je oprávněn podávat pouze ta poučení, která odpovídají jeho profesním kompetencím a činností. Při realizaci edukace je třeba, aby edukátor respektoval etnicko-kulturní odlišnosti pacientů, respektoval intelektuální a sociální postavení a vnímal pacienta jako individuum (Svěráková, 2012).

Při edukaci by se měla používat spisovná čeština. Slangové výrazy a vulgarismy jsou v komunikaci s pacientem nepřístupné. Vyjadřování musí být pro pacienta srozumitelné, edukující by se měl vyvarovat používání odborných výrazů, které nejsou obecně známy, měl by vyslovovat zřetelně, mluvit pomalu a udržovat vizuální kontakt s pacientem.

U pacientů vyšších věkových skupin, kdy již může docházet k zapomnětlivosti nebo ke špatné interpretaci získaných poznatků je vhodné mluvené slovo doplnit o tištěnou informaci, aby si mohl pacient znovu doma v klidu přečíst, co mu bylo sděleno.

Přístup k pacientovi během komunikace by měl být individuální. Důležité také je, aby měl edukátor určitý smysl a cit pro dávkování informací, které pacientovi předává. Edukátor by měl brát ohled na aktuální zdravotní stav pacienta, měl by přizpůsobit délku a čas výuky učebního plánu dle potřeby pacienta a zajistit odstranění rušivých elementů. Trpělivost, takt a empatie by měli být součástí kvalitní komunikace. Neméně důležité je využití učebních pomůcek (Svěráková, 2012).

Součástí komunikace je i komunikace neverbální. Ta probíhá zpravidla na neuvědomělé úrovni. Neverbální komunikací lze vyjádřit jak své postoje a prožívání, tak můžeme doplnit i verbální projev a zesílíme tím tak jeho účinek (Juřeníková, 2010).

Didaktické zásady edukace

Didaktické zásady jsou prostředkem, který pozitivně ovlivňuje kvalitu výuky. V současné době neexistuje jednotná klasifikace didaktických zásad, ale nejčastěji uváděné didaktické zásady, které se nejvíce uplatňují při edukaci dospělých je zásada názornosti, spojení teorie s praxí, zásada vědeckosti, přiměřenosti, soustavnosti, trvalosti, aktuálnosti, zpětné vazby, individuálního přístupu, uvědomělosti, zásada aktivity a kulturního kontextu (Juřeníková, 2010).

Edukační pomůcky a technika metody edukace

Učební pomůcky a didaktická technika pomáhají zvýšit efektivitu edukace. V názorné podobě tak přispívají k zprostředkování obsahu učiva a podporují tak splnění edukačních cílů. Při volbě učebních pomůcek a didaktické techniky by měl edukující přihlídnout ke stanovenému cíli, zvoleným metodám, formám a obsahu edukace. Na základě zvolené pomůcky pak volí vhodnou didaktickou techniku. Učební pomůcky plní několik funkcí: motivační, informačně-logickou, názornou, propojení teorie a praxe, aktivační, rozšiřující a doplňující (Juřeníková, 2010).

Učební pomůcky

Zde jsou uvedeny základní učební pomůcky, které jsou ve zdravotnictví využívány.

Nejčastěji jde o:

Textové pomůcky, kam jsou zařazeny knihy, letáky, brožury, časopisy a noviny.

Podle výsledků studie zpracované Angelou Cheung a kolektivem, vyplývá, že jednoduše zpracovaný, ilustrovaný informační leták pro pacienty je účinným prostředkem podání informací o rizicích a přínosech anestezie. Svoji srozumitelností a jednoduchými ilustracemi je vhodný i pro kulturně odlišnou populaci (Cheung, 2007).

Vizuální pomůcky obsahují například fotografie, nástěnné obrazy, tabule, flipcharty, ale i zdravotnické pomůcky.

Auditivní pomůcky – hudební a zvukové záznamy, cd přehrávače

Audiovizuální pomůcky – televizní pořady, výukové filmy

Počítačové edukační programy a internet, které jsou v dnešní době velmi rozšířené, jde většinou o interaktivní učební programy (Juřeníková, 2010).

Před použitím učební pomůcky kontrolujeme její funkčnost, vyřazujeme zastaralé pomůcky a v průběhu celé edukace je třeba dbát na dodržování bezpečnosti práce a ochrany zdraví jak edukujícího pracovníka, tak pacientů.

Charakteristika edukátora

Hlavním předpokladem pro to, aby mohl zdravotník provádět edukaci, musí mít potřebné znalosti ve svém oboru a ideálně i na vysoké úrovni. Během praxe se totiž poměrně často

můžeme setkat s pacienty, kteří mají nastudované informace o svém onemocnění i léčbě a zdravotník, který by měl znalostní deficit, ztrácí u pacienta kredit. Zdravotník by měl být také kromě úrovně znalostí a dovedností schopen vytvořit motivující a podporující prostředí pro edukaci. K tomu napomáhají některé vloh, například komunikační, jazykové nebo pedagogické. Roli hrají i osobnostní předpoklady jako empatie, odpovědnost, vlídné jednání, trpělivost anebo ochota pomoci (Svěráková, 2012).

Funkce zdravotníka v roli edukátora je následující. V První řadě zjišťuje znalosti a dovednosti pacienta, vztahující se k udržení a obnovení zdraví a to u každého pacienta individuálně. Poskytuje pacientovi potřebné informace týkajících se ošetrovatelského procesu, popřípadě jeho rodinným příslušníkům. Snaží se rozvíjet pacientovi dovednosti tak, aby byl pacient schopen zvládnout zdravotní problém. Motivuje pacienta ke změně postojů k vlastnímu zdraví, ke změně chování a pomáhá pacientovi udržovat optimální úroveň zdraví. Kromě všech výše uvedených předpokladů, funkcí a kompetencí je pro zdravotníka nutností se vzdělávat v rámci celoživotního vzdělávání a to jak v ošetrovatelství, v pedagogice tak v psychologii (Svěráková, 2012).

Charakteristika edukanta

Aby byl předpoklad efektivní edukace uskutečněn, je třeba na základě diagnózy navodit odpovídající změnu pacientova chování. Pacient prochází změnou v několika různých stádiích. Nejprve se pacient seznamuje se svou diagnózou, kdy je důležitá motivace a ochota pacienta identifikovat se s problémem. Následuje seznámení pacienta s metodami řešení, které by mělo postupně pacienta navést ke změně chování.

Když pacient akceptuje potřebu změny, je možné přejít k plánování a uskutečňování změny. Ta je naplánována a postupně se uskutečňuje. Pacient si postupně osvojuje nové poznatky a dovednosti. Do edukačního procesu mohou být zapojeni i rodinní příslušníci, pokud to má pro pacienta a jeho edukaci význam. Nakonec se pacient dostává do postupného stabilizování vyvolaných změn, zvyká si na zařazení změn do vlastního systému hodnoty a životního stylu (Svěráková, 2012).

Bariéry v edukaci

Bariéry vzniklé ať už ze strany edukanta nebo edukátora zpravidla negativně ovlivňují proces edukace. Edukátor by měl takové bariéry předvídat a také včas odstraňovat.

Překážky plynoucí ze strany zdravotnického systému mohou být například podceňování edukačního procesu, ignorování potřeb pacienta, roztržitost edukace, nevhodná komunikace, negativní vliv prostředí, nedostatek času, spěch, slabé osobnostní předpoklady lékaře nebo zdravotníka, neschopnost týmové spolupráce, deficit znalostí problematiky edukace (Svěráková, 2012).

I edukace prováděná nahodile a neplánovaně může být dalším důvodem bariéry způsobené zdravotníkem. Nedostatečná příprava zdravotníka na edukaci může být způsobena jeho nedostatečnou motivací (Juřeníková, 2010).

Překážky ze strany pacienta mohou způsobit faktory vyplývající z onemocnění pacienta. Patří sem například stres, bolest, negativní emoce a celkový stav organismu. Dalším faktorem mohou být osobnostní rysy pacienta a s ní související špatná adaptace na nemoc nebo popření potřeby edukace, nízká motivace pacienta, neschopnost nést odpovědnost. Mohou zde hrát roli i jazykové, kulturní a etnické bariéry (Svěráková, 2012).

Další překážku edukace můžou způsobit poruchy smyslového vnímání, jazyková bariéra ale i mentální handicap (Juřeníková, 2010).

2.5 Edukační proces a jeho fáze

Fáze edukačního procesu nejsou v dostupné literatuře jednotné, autoři se liší v jednotlivých popisech fází a někteří z autorů fáze shlukují dohromady. Rozhodla jsem se popsat fáze dle Juřeníkové, aby byl přehled ucelenější a jednotnější.

Fáze podle Juřeníkové (2010) se dělí na pět fází, kdy jednotlivé fáze edukace jsou zahrnuty do ošetřovatelského procesu. Pro znázornění tohoto propojení jsem použila i Tabulka 1.

Tabulka 1 Edukace a ošetřovatelský proces

Fáze /kroky		Činnosti v ošetřovatelském procesu
Edukace	Ošetřovatelský proces	
počáteční pedagogická diagnostika	zhodnocení/ posouzení	získávání informací o klientovi
projektování	stanovení ošetřovatelské diagnózy	stanovení ošetřovatelského problému, stanovení příčiny, projevů a důsledků těchto problémů
	Plánování ošetřovatelské péče	Sestavení plánu ošetřovatelské péče pro vyřešení ošetřovatelských problémů klienta
realizace upevňování a prohlubování učiva	realizace ošetřovatelského plánu	realizace intervencí pro uspokojení potřeb klienta a odstranění ošetřovatelského problému
fáze zpětné vazby	hodnocení	hodnocení výsledků ošetřovatelské péče

(Juřeníková, 2010, s. 22)

2.5.1 Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

Zhodnocení/posouzení edukanta

Posouzení edukanta je první fází edukačního procesu, na kterém závisí úspěch v dalších fázích edukace. Informace, které získáme o edukantovi by měly být přesné, komplexní a systematické. Sběr informací, který používáme k tomu, abychom zjistili individuální edukační potřeby edukanta, by měl být běžnou součástí procesu shromažďování dat o edukantovi, který provádějí všichni členové multidisciplinárního zdravotnického týmu (Juřeníková, 2010, s. 23). Pro sběr informací využíváme rozhovor, pozorování a záznamy ze zdravotnické dokumentace. Při sběru informací se pro stanovení edukačních potřeb zaměřujeme zejména na úroveň dosavadních vědomostí, dovedností a návyků edukanta, jeho motivaci, postoje a hodnotový žebříček, předpoklady pro učení, psychický a zdravotní stav, sociálně-kulturně-ekonomické zázemí edukanta (Juřeníková, 2010, s. 24 - 25).

Vyhodnocení edukačních potřeb

Na základě sebraných informací o edukantovi a jejich analýzy stanovíme jeho edukační potřeby. Za edukační potřebu považujeme deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivních postojů edukanta ke svému zdraví, kdy tyto nedostatky mohou negativně ovlivnit zdraví edukanta v současnosti i v budoucnosti. Edukační potřebu je nutno jednoznačně definovat a zapsat do edukační dokumentace (Juřeníková, 2010, s. 25).

2.5.2 Fáze projektování

Projektování edukace

Projektování edukace v sobě zahrnuje proces plánování a přípravy. Na základě získaných anamnestických údajů o edukantovi se rozhodneme, jakým směrem se bude naše edukace ubírat. Nezbytným předpokladem správného plánování je důkladný sběr informací o edukantovi. Zaměřuje se zejména na znalosti, postoje a dovednosti edukanta v dané problematice (Juřeníková, 2010, s. 25).

Stanovení edukačních cílů

Edukační cíl je v podstatě očekávaný výsledek, kterého chceme u pacienta dosáhnout. Správně stanovený cíl by měl být přiměřený schopnostem edukanta. Další podmínkou správně stanoveného cíle je jednoznačnost a možnost kontrolovatelnosti. Poslední a nezbytnou vlastností edukačních cílů je komplexnost, to znamená, že by měly cíleně působit na oblast kognitivní, afektivní a psychomotorickou (Juřeníková, 2010, s. 27).

Cíle se ve většině případů nesoustřeďují pouze na jednu kategorii nebo oblast v rámci edukace. V procesu edukace dochází k jejich vzájemné kombinaci. Stanovenému cíli je také nutné přizpůsobit metody, formy a obsah edukace. Zvolené cíle, metody, formy a obsah edukace musí být ve vzájemné harmonii (Juřeníková, 2010, s. 30). Metody a formy

edukace jsou uvedeny a popsány již v úvodní části práce. Obsah edukace se liší v závislosti na konkrétních potřebách pacienta.

Sestavení edukačního plánu

Na základě edukačních potřeb je sestaven plán edukace, nejlépe v písemné podobě a měl by být součástí pacientovy dokumentace o edukaci.

Plán edukace bychom měli vždy sestavovat společně s pacientem. Společné plánování motivuje pacienta a usnadní tak i proces edukace (Juřeníková, 2010, s. 52).

2.5.3 Fáze realizace

Edukaci realizujeme na základě zjištěných edukačních potřeb, které jsme stanovili na podkladě vyhodnocení sběru informací o edukantovi. Realizace vychází z plánu edukace, který jsme si stanovili v předchozí fázi. Realizace by měla směřovat k naplnění cíle edukace. Každý člověk je individuum, které žije v rozdílných podmínkách. Mezi faktory, které musíme mít na zřeteli při plánování a realizaci edukace jsou fyziologicko-biologické faktory, psychicko-duchovní faktory, sociálně - kulturní faktory a faktory prostředí (Juřeníková, 2010, s. 53 - 54).

Ve fázi realizace je důležitá příprava zdravotníka/lékaře, pacienta, prostředí a pomůcek pro edukaci. Kvalitní příprava má pozitivní dopad na průběh samotné edukace a hlavně pacienta.

Příprava zdravotníka na realizaci edukace probíhá již od počáteční fáze edukačního procesu, kdy se seznamuje se samotným pacientem, vyhodnocuje jeho edukační potřeby a vytváří plán celé edukace včetně konkrétního předmětu edukace. Stanovuje také způsob, jakým se bude daná edukace vyhodnocovat (Juřeníková, 2010, s. 54).

Edukant/pacient by měl být seznámen s důvody edukace a měl by znát cíle edukace.

Je na rozhodnutí pacienta, zda bude ochoten se do edukace zapojit. Vliv na připravenost a realizaci má i stav jeho zdraví (Juřeníková, 2010, s. 52).

Nezbytnou součástí edukace je i příprava prostředí a materiálního zabezpečení. Pro edukaci volíme prostředí, kde je maximálně zajištěn dostatek soukromí a klid. V prostředí by se měl dobře cítit jak edukant, tak i edukátor. Učební pomůcky je nutné pro edukanty připravit před zahájením edukace (Juřeníková, 2010, s. 56).

Při realizaci edukace musíme být připraveni i na to, že se naplánovaná edukace neuskuteční z důvodu nepředvídaných okolností, jako je např. zhoršení zdravotního stavu edukanta (Juřeníková, 2010, s. 56).

Realizaci mohou ovlivnit také edukační bariéry, které jsou popsány již v kapitole vstupních činitelů edukačního procesu.

2.5.4 Fáze upevnění a prohlubování učiva

Tato fáze je jedním z nezbytných kroků uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Proto je nutné, abychom ho systematicky opakovali a procvičovali tak, aby docházelo k jeho fixaci (Juřeniková, 2010, s. 21).

2.5.5 Fáze zpětné vazby

Poslední fází edukačního procesu je evaluace – hodnocení. Hodnocení se může provádět v průběhu celého procesu edukace. Edukátor hodnotí výsledky dosažené edukace individuálně u každého edukanta. Edukátor na základě zjištěných poznatků může aktuálně přizpůsobit edukaci potřebám edukanta. Ve zdravotnictví je tento způsob hodnocení velmi často aplikován. (Juřeniková, 2010, s. 66 - 67)

2.6 Dokumentace v edukačním procesu

Nezbytnou součástí edukace ve zdravotnickém zařízení je dokumentace. Dokumentace v edukačním procesu má několik funkcí. Informativní, odbornou, kvalitativní, ekonomickou a právní funkci.

Součástí edukačního plánu je záznam o edukaci. Obsahuje informace o poskytnuté edukaci všem členům zdravotnického týmu a tím také zabraňuje duplicitě jednotlivých edukací. Záznam současně chrání zdravotnický personál před případnými stížnostmi pacientů na neposkytnutí informací. Pacient svým podpisem potvrzuje, že konkrétní edukaci absolvoval, že mu výklad edukace byl srozumitelný. Podpis edukace je pro pacienta důležitým krokem, kdy potvrzuje odpovědnost za své chování a uvědomuje si závažnost edukace. Dokumentace obsahuje záznam o jednotlivých tématech edukace, dosažených výsledcích a stručný popis reakcí pacienta (Svěráková, 2012).

2.7 Informovaný souhlas s anestezií

Získání informovaného souhlasu s anestezií u plánovaných diagnostických a terapeutických výkonů operační a neoperační povahy je nutnou součástí anesteziologické péče.

Informovaný souhlas je zároveň dokladem o poskytnutí informace pacientovi. Pojednává o povaze výkonu, možných komplikacích a rizicích spojených s plánovanou péčí nebo výkonem.

Získání informovaného souhlasu od pacienta je nutným předpokladem poskytnutí anesteziologické péče u všech výkonů, které jsou odkladné.

V případě neodkladného výkonu vyžadujícím poskytnutí anesteziologické péče, kdy je získání informovaného souhlasu znemožněno, by měl lékař uvést do dokumentace důvody, pro které nebylo možné souhlas získat.

Zákon obecně u lékařských výkonů nestanoví písemnou formu souhlasu, ale písemný informovaný souhlas slouží jako doklad o poskytnutí informace pacientovi. Konkrétní text poučení není důležitý, ale je průkazem toho, že měl pacient možnost získat všechny nezbytné informace (Málek, 2011).

V případě neodkladného výkonu se může také jednat o případ, kdy pacient jeví známky intoxikace nebo duševní choroby a ohrožuje tak sebe a své okolí.

Pacient by měl být seznámen se všemi informacemi a údaji, které mu pomohou při rozhodování, zda navrhovaný výkon podstoupí nebo odmítne. Proto musí být poskytnuté informace a údaje podány maximální srozumitelnou formou a to i v případě, že je pacient poučen formou písemnou.

V případě, že si pacient nepřeje informace o svém zdravotním stavu, musí toto přání zdravotník respektovat. Pacient není povinen přijmout informace, které by mohly být pro pacienta nepřijemné nebo dokonce stresující.

Podle studie Rebekky Straessle a kolektivu vyplývá, že informovaný souhlas zlepšuje vnímání podaných informací předanesteziologické konzultace, jejího přínosu a zvyšuje úroveň spokojenosti (Straessle, 2011).

Na druhou stranu studie zpracovaná Rosique a kolektivem uvádí, že pacienti po přečtení informovaného souhlasu by si více než polovina z nich přála, aby vůbec tyto informace nedostali (Rosique, 2006).

Informovaný souhlas (viz příloha A, příloha B), který jsem použila pro porovnání s informacemi, kterých se dostane respondentům, obsahuje následující oblasti, se kterými je pacient před výkonem seznámen.

- Zhodnocení celkového zdravotního stavu
- Informace o povaze onemocnění a účelu zdravotního výkonu
- Informace o průběhu výkonu a způsobu provedení
- Poučení o možnostech anestezie a doporučení vhodného typu anestezie
- Poučení o rizicích a komplikacích spojených se zvoleným typem anestezie
- Poučení o nutnosti dodržování preventivních opatření komplikací a rizik spojených s anestezii

3 Anesteziologie

Anesteziologická péče zahrnuje přípravu k výkonu, zajištění péče v jeho průběhu a potřebnou péči po výkonu. Umožňuje provádět operační výkony a to jak léčebné, tak diagnostické. Výkony se mohou provádět v různých typech znecitlivění.

3.1 Základní pojmy v anesteziologii

- *Anestezie* – vyřazení senzitivních i bolestivých podnětů
- *Analgezie* – snížení vnímání bolesti
- *Analgo-sedace* – spojení analgezie s útlumem vědomí
- *Anxiolýza* – snížení úzkosti
- *Sedace* – stav sníženého vnímání různého stupně (Málek, 2011).

Anestezii můžeme v zásadě rozdělit na anestezii celkovou, anestezii místní a kombinovanou

3.2 Celková anestezie

Celková anestezie je stav utlumení CNS, který je reverzibilní, iatrogenně navozený s redukcí vnímání a reakcí na nocicepční podněty. Mezi základní prvky celkové anestezie patří navození bezvědomí, amnézie a analgezie. S poklesem vnímání bolestivých podnětů dochází k vyřazení reflexní aktivity a obranných pohybů a k vegetativnímu útlumu (centrální sympatolytický účinek). K relaxaci přičně pruhovaného svalstva v hlubších stadiích celkové anestezie dochází jako důsledek inhibice motorické aktivity míchy (Lincová, 2007).

Celkovou anestezii můžeme vyvolat různými způsoby. Mezi neobvyklé metody provedení celkové anestezie patří například:

- Hypnoanestezie - anestezie hypnózou
- Elektroanestezie - průchodem elektrického proudu mozkem
- Audioanestezie - zvukovými podněty
- Videoanestezie - zrakovými podněty

Pro celkovou anestezii se ale výhradně používá metoda farmakoanestezie. Farmakoanestezie je anestezie vyvolaná vpravením léku do organismu (Adamus, 2012).

Základní složky celkové anestezie – anesteziologická trias

- Vyřazení vědomí - stav, kdy nastupuje hypnotický efekt
- Analgezie – stav, kdy dochází k vyřazení vnímání bolesti
- Svalová relaxace různého stupně (Adamus, 2012).

Farmakoanestezie

- Doplňovaná anestezie je anesteziologický postup, který se používá nejčastěji. Využívá kombinace inhalační anestezie s podáním nitrožilních anestetik, opioidů a myorelaxancií. Nejčastěji používané postupy doplňované anestezie je celková anestezie se svalovou relaxací a tracheální intubací nebo celková anestezie bez svalové relaxace a bez tracheální intubace (Adamus, 2012).
- TIVA – Totální intravenózní anestezie – jde o anestezii prováděnou za pomoci aplikace látek intravenózně, bez přidávání inhalačních anestetik. Podávají se intravenózní anestetika, opioidy a myorelaxancia, ve vyváženém poměru všech třech použitých látek (Adamus, 2012).
- VIMA – je postup zcela opačný TIVA, kdy jak úvod do anestezie, tak vedení anestezie jsou prováděny inhalačně (Málek, 2011).
- Disociativní anestezie – základem je podání ketaminu a to buď intravenózně, nebo intramuskulárně. Anestetikum má celkově anestetické i analgetické účinky (Adamus, 2012).
- Kombinovaná anestezie – jde o kombinaci celkové anestezie s některou z metod místní anestezie a to nejčastěji s pokračující epidurální blokádou (Adamus, 2012).

Dělení farmakoanestezie podle vstupu anestetika do organismu:

- Inhalační
- Nitrožilní
- Intramuskulární
- Rektální

3.2.1 Inhalační celková anestezie

Inhalační anestetika se dostávají do organismu formou anestetických par nebo plynů do dýchacích cest, odkud jsou transportovány krví do tkání. Cílovým orgánem je mozek, kde působí na synapse. Výhodou inhalačních anestetik je jejich dobrá ředitelnost, což umožňuje jejich snižování nebo zvyšování. Nevýhodou je delší úvod do anestezie samotným inhalačním anestetikem ve srovnání s intravenózním podáním anestetik.

Rychlost nástupu inhalační anestezie ovlivňuje několik faktorů. Rychlost závisí na alveolární ventilaci, velikosti srdečního výdeje a prokrvení mozku, koncentraci anestetika a jeho vlastnostech.

Ke stanovení účinnosti inhalačních anestetik se používá vzorec minimální alveolární koncentrace MAC. Je to taková koncentrace inhalačního anestetika, která brání motorické reakci na kožní incizi u 50% pacientů (Adamus, 2012).

Nejčastěji užívaná inhalační anestetika:

Anestetické plyny

Oxid dusný (N₂O) má analgetické vlastnosti, která se podává s kapalnými inhalačními anestetiky a bývá součástí nosné směsi O₂/N₂O. Neovlivňuje regulaci dýchání, ale koncentrace N₂O nad 70% způsobuje hypoxémii a koncentrace pod 50% ztrácí analgetický efekt. Kyslík a oxid dusný, popřípadě kyslík a vzduch je nutnou nosnou složkou dýchací směsi.

Kapalná anestetika

Mezi nejpoužívanější kapalná anestetika patří izofluran, enfluran, desfluran nebo sevofluran (Zemanová, 2009).

3.2.2 Nitrožilní celková anestezie

Nitrožilní anestetika jsou farmaka s různou chemickou strukturou, mechanismem účinku a farmakokinetikou.

Nitrožilní anestetikum je zaneseno přes periferní nebo centrální linku krví do mozku jako cílovému orgánu. Výhodou je rychlý úvod do anestezie, které je způsobeno vysokým prokrvením mozkové tkáně. Slouží také k vedení anestezie. Intravenózní anestetika jsou kombinována s opioidy a dalšími látkami, které umožní dosažení dostatečně hluboké anestezie. Rychlý nitrožilní úvod je nemocným snášen mnohem lépe než inhalační.

Nitrožilní anestetika jsou nejčastěji užívána k anestezii pro krátké operační výkony (Adamus, 2012).

Pro aplikaci nitrožilních anestetik byla zpracována metodika totální intravenózní anestezie (TIVA), kdy se nitrožilní anestetika užívají pouze dlouhodobě nebo v jednotlivých dávkách. K dlouhodobému podávání se používají infuzní pumpy nebo lineární dávkovače. Anestetika jsou aplikována cestou do periferní nebo centrální linky. Výhodou je snadná ředitelnost a eliminace zamoření anesteziologickými plyny pracovního prostředí. Nevýhodou je vysoká cena a náročnost na přístrojové vybavení a monitoraci (Málek, 2011).

Nejčastěji užívaná nitrožilní anestetika

Nitrožilní anestetika lze rozdělit na dvě hlavní skupiny. První skupinou jsou anestetika barbiturátová, deriváty kyseliny barbiturové, nebarbiturátová a benzodiazepiny.

Hlavní látkou barbiturátových anestetik a široce užívanou látkou je thiopental.

Mezi představitele druhé skupiny nebarbiturátových anestetik patří látky jako etomidát, propofol, ketamin a dexketamin.

Benzodiazepiny se používají především jako součást premedikace, k sedaci při vědomí a k úvodu do anestezie (Zemanová, 2009).

Analgetika a opioidní analgetika

Jde o látky výrazným protibolestivým účinkem. Mohou být jak přírodní, tak syntetické.

Opioidní analgetika se dělí do základních skupin:

- Alkaloidy opia jako například kodein a morfin. Obecně jsou označovány jako opioidy.
- Semisyntetické opioidy jako heroin, oxymorfon, hydromorfon, oxykodon
- Syntetické opioidy jako fentanyl, sufentanil, pantazocin, buterfanol, meperidin (Adamus, 2012).

Svalová relaxancia

Periferní svalová relaxancia jsou látky, které působí ochabnutí tonu kosterního svalstva. Svalová myorelaxancia se dají použít pouze u pacienta, který je v bezvědomí, má adekvátní analgezii a je uměle ventilován.

Svalová relaxancia se dělí na dvě skupiny, podle toho, jak působí na nervosvalové ploténce (Málek, 2011).

Svalová relaxancia depolarizující, působí mechanismem, kdy se relaxans naváže na acetylcholinový receptor, kdy dojde k ochabnutí svalů a jeho relaxaci. V současnosti je jediným depolarizujícím periferním relaxanciem suxamethonium.

Svalová relaxancia nedepolarizující, kdy receptor obsazený NMBA – neuromuscular blocking agent, není přístupný účinkům acetylcholinu. Nedochozí k depolarizaci a výsledkem je svalové uvolnění příčně pruhovaných svalů. Nejčastěji používanými NMBA jsou například atrakurium, mivakurium, pankuronium nebo pipekuronium (Adamus, 2012).

3.2.3 Anestezie nitrosvalová

Nitrosvalová anestezie je používána pouze v rámci anestezie ketaminem a to pro krátké výkony v dětské anestezii a u pacientů s rozsáhlými popáleninami a v případech, kde nelze bezpečně zajistit žilní přístup.

3.2.4 Rektální anestezie

Tento typ anestezie se používá výjimečně při dětské anestezii

Alternativní cesty podání anestezie:

- Intranazálně
- Bukálně
- Tracheálně
- Transdermálně

3.3 Místní anestezie

Regionální anestezie navodí v oblasti nervových drah nebo jejich zakončení přerušení všech nervových podnětů. Neovlivňuje ostatní nervovou činnost ani vědomí (Adamus, 2012).

Topická anestezie je anestezie sliznic, kůže a podkoží. Lokální anestetika se používají ve formě gelů, kapek a sprejů.

Infiltrační anestezie je infiltrace operačního pole aplikací lokálního anestetika jehlou (Zemanová, 2009).

Regionální svodná anestezie je cílená blokáda nervových pletení, jednotlivých nervů, kořenů, intravenózní anestezie, ale i centrální blokády. Provádí se aplikací lokálního anestetika do bezprostřední blízkosti nervové struktury, kdy dojde k anestezii blokováného plexu nebo nervu v jeho inervační zóně (Adamus, 2012).

Epidurální anestezie je další ze způsobů anestezie, kdy se lokální anestetikum aplikuje do epidurálního prostoru. Hlavním místem účinku jsou v epidurálním prostoru kořeny míšních nervů, kdy postupně nastává sympatická, senzitivní a motorická blokáda.

Subarachnoidální anestezie se provádí aplikací lokálního anestetika do subarachnoidálního prostoru, do mozkomíšního moku, kdy nastává postupně k sympatickému, sensorickému a motorickému bloku ve zvolené oblasti (Zemanová, 2009).

3.4 Ambulantní anestezie

Ambulantní anestezie se provádí ve zdravotnickém zařízení, kdy klient opouští toto zdravotnické zařízení ještě v den absolvování operačního nebo diagnostického výkonu v anestezii. Většinou odchází do 4 až 6 hodin po ukončení anestezie. U semi-ambulantní anestezie klient odchází zpravidla do 12 až 24 hodin po ukončení anestezie. V obou případech je klient monitorován a o jeho propuštění do domácí péče rozhoduje anesteziolog a operátor (Zemanová, 2009).

3.5 Průběh anesteziologické péče

3.5.1 Anesteziologická příprava pacienta před výkonem

Předoperační vyšetření

Předoperační vyšetření je nutná součást přípravy pacienta k diagnostickému nebo operačnímu výkonu prováděnému v celkové nebo místní anestezii. Rozsah předoperačního vyšetření se řídí celkovým zdravotním stavem pacienta, rozsahem a závažností operačního výkonu, časovou naléhavostí operačního výkonu a typem plánované anestezie (Zemanová, 2009).

Plánované operační výkony

Každá anestezie vyžaduje důkladné předoperační vyšetření a předoperační přípravu, která snižuje riziko anestezie i operačního výkonu.

Mezi požadovaná vyšetření patří základní interní předoperační vyšetření, dále se provádí vyšetření dle přítomnosti přidružených onemocnění, popřípadě konziliární vyšetření specialistou (Adamus, 2012).

Součástí základního interního předoperačního vyšetření před plánovaným operačním výkonem sestává z podrobné anamnézy doplněné o fyzikální a laboratorní vyšetření, která mohou být rozšířena dle závažnosti operačního výkonu, typu anesteziologické techniky dále dle onemocnění, které ovlivňuje pacientův stav nebo jeho dlouhodobou farmakologickou medikací (Zemanová, 2009).

Předoperační vyšetření má interdisciplinární charakter. Závěry předoperačních vyšetření jsou podkladem pro samotné předanestetické vyšetření. Jeho účelem je najít nejvhodnější a nejbezpečnější anesteziologickou techniku a jistota v klientův optimální stav.

Rozsah vyšetření a doba platnosti jednotlivých vyšetření se liší dle typu onemocnění, rozsahu operačního výkonu a plánované anesteziologické techniky. Při hodnocení komplikujících onemocnění se používá klasifikace přijatá Americkou anesteziologickou společností (ASA). Klasifikace ASA I - ASA V vypovídá o stavu klienta a umožňuje odhadnout pravděpodobnost výskytu časných smrtelných komplikací v souvislosti s operací a anestezií (Málek, 2011).

Neodkladné operační výkony

U pacientů u kterých je indikován urgentní operační zákrok je předoperační vyšetření časově omezeno. Získání základních anamnestických informací může být nedostatečné, v některých případech i zcela nemožné. Předoperační vyšetření často probíhá za současné přípravy k operačnímu zákroku se zajištěním a péčí o základní životní funkce a některé výsledky vyšetření jsou známy až v průběhu operačního výkonu (Zemanová, 2009).

Vlastní anesteziologické vyšetření

Nejčastěji se během anesteziologické vizity setká anesteziolog s klientem den před operačním výkonem. Další z možností je návštěva klientem anesteziologické ambulance, kam klient přichází s dostatečným předstihem, je poučen o vhodném chování před operačním výkonem, možnostech anestezie a nezbytných předoperačních vyšetřeních.

Předanesteziologické vyšetření zahrnuje odebrání cílené anesteziologické anamnézy, základní fyzikální vyšetření s přihlédnutím k volbě anesteziologické techniky a typu operačního výkonu. Anesteziolog vyhodnotí zároveň předložené laboratorní výsledky a závěry pomocných vyšetření.

Současně anesteziolog provede poučení klienta o povaze anesteziologického výkonu a opatří informovaný souhlas klienta se zvoleným způsobem anestezie a pooperační analgezie. Na závěr anesteziolog provede zápis do chorobopisu o zvoleném způsobu anestezie a předepíše předoperační medikaci (Málek, 2011).

Premedikace a prepremedikace

Operační výkon představuje pro pacienta ve většině případů zátěž v psychické i somatické oblasti. Cílem premedikace je co nejlépe připravit pacienta k výkonu a snížit zátěž, kterou pacient prochází. Premedikací docílíme snížení tělesné i duševní aktivity, základní látkové výměny, reflexní dráždivosti a poklesu nežádoucích účinků vagových reflexů (bradykardie, asystolie, laryngospasmus), utlumení salivace a bronchiální sekrece. Premedikace také potencuje účinek anestetik a zajišťuje analgezii (Zemanová, 2009).

Prepremedikace je zahájena již v předvečer operačního výkonu, kdy se podává benzodiazepin, popřípadě hypnotikum (Adamus, 2012).

Premedikace

V den výkonu se podávají chronické medikace per os. U anxiozních pacientů je vhodné podat sedativa, hypnotika nebo anxiolytika.

Premedikace je aplikována 30-45 minut před operačním výkonem. Premedikace může být rozšířena o analgetickou složku. Po aplikaci premedikace pacient zůstává v klidu na lůžku a je následně transportován vleže na operační sál. Premedikace u akutního operačního výkonu je volena s ohledem na celkový stav pacienta a je přísně individuální. Metodou premedikace je intravenózní podání 5-10 minut před zahájením celkové anestezie (Zemanová, 2009).

Lačnění před výkonem

Lačnění je základní podmínkou zvýšení bezpečnosti před anestezií, snižuje tak nebezpečí zvracení či regurgitace žaludečního obsahu a následné aspirace. U pacientů, kteří jsou indikováni k plánovanému operačnímu výkonu se lačnost zásadně požaduje (Zemanová, 2009).

Požadavek na extrémní délku lačnění nemá medicínské opodstatnění a může být naopak zdrojem dodatečného rizika. U plánovaných výkonů se dodržuje interval lačnění zhruba 4-6 hodin před úvodem do anestezie. Zhruba 4 hodiny před úvodem je povoleno malé množství čiré tekutiny, ne však tekutinu obsahující CO₂ a 2 hodiny před úvodem sipping. Vše s ohledem na charakter operačního výkonu.

U neodkladných výkonů je lačnění nutno přizpůsobit povaze a naléhavosti operačního výkonu. Dodržuje se zásada nic per os po co nejdelší možnou dobu před úvodem do anestezie (Adamus, 2012).

Pooperační nevolnost

Pooperační nevolnost patří mezi příznaky, které klienta po operaci obtěžují a mohou být i zdrojem dodatečné morbidit jako například dehydratace, rozvrat vnitřního prostředí nebo mikroaspirace (Adamus, 2012).

3.5.2 Průběh vedení celkové anestezie

Anestezii rozdělujeme na základní oddíly:

- Úvod do celkové anestezie
- Vedení celkové anestezie
- Ukončení anestezie – probouzení
- Pooperační anesteziologická péče (Málek, 2011).

Úvod do celkové anestezie

Bezprostřední příprava zahrnuje kontrolu totožnosti klienta a formuláře obsahující informovaný souhlas s anestezií. Zkontroluje se nepřítomnost zubní snímátelé náhrady, šperků nebo jiných odstranitelných pomůcek.

Úvod do celkové anestezie se ideálně provádí mimo operační sál, pokud to lze tak v anestetické přípravně. Klientovi je zajištěn přístup do žilního systému a je napojen na infuzi. Dále se připojí snímače a elektrody monitorovacích přístrojů a změří se a zaznamenají výchozí hodnoty fyziologických funkcí a dalších požadovaných hodnot. Poté je klient uveden do celkové anestezie. V případě potřeby myorelaxace je nutné zajištění dýchacích cest tracheální intubací a zavádí se umělá ventilace plic. Jako nejrizikovější částí celého procesu se uvádí úvod do anestezie a uvedení z ní (Málek, 2011).

Vedení celkové anestezie

Vedení anestezie vyžaduje sledování životních funkcí pacienta, jeho klinického stavu, hloubky a kvality anestezie. Současně je nutné sledovat průběh operačního výkonu a včas reagovat na případné komplikace. Během celého průběhu anestezie se vede záznam o anestezii (Málek, 2011)

Ukončení anestezie – probouzení

Probouzení je zahájeno ukončením přívodu anestetik, stavu jejich odbourávání a vylučování, popřípadě potřebou podání antidot (Málek, 2011).

Pooperační anesteziologická péče

Pooperační stav klienta vyžaduje anesteziologický dohled a to do plného návratu vědomí, obranných reflexů, obnovy dostatečné spontánní ventilace, stabilizace kardiopulmonálního aparátu a vnitřního prostředí. Pooperační péče v sobě zahrnuje i složku zajištění pooperační analgezie.

Ideální je, pokud klient může po výkonu pobývat na dospávacím pokoji, kde je monitorován a kde se také doladuje pooperační analgezie. Vzhledem ke svému pooperačnímu stavu a potřebám je klient převezen buď na resuscitační oddělení, jednotku intenzivní péče nebo na standardní oddělení (Málek, 2011).

Nejčastější komplikace celkové anestezie

Komplikace, které mohou nastat během anestezie a operačního výkonu mohou postihovat všechny orgánové systémy.

K peroperačním kardiovaskulárním změnám a komplikacím může vést chirurgický výkon, ztráta krve a tekutin, přesuny iontů, podané léky nebo anestetikum.

Dechové komplikace se mohou projevit jako dechová nedostatečnost, zapříčiněná hypoxií a hyperkapnií a pokud není okamžitě řešena, vede k vážnému až nezvratnému poškození mozku, k zástavě oběhu a smrti. Během anestezie může dojít i k alergické reakci, zejména po podání myorelaxancia.

Mezi další komplikace řadíme mechanická poškození, poziční trauma a komplikace spojené s poruchou technického vybavení (Adamus, 2012).

3.6 Technické a personální zajištění anesteziologického pracoviště

Pro anesteziologický výkon a jeho bezpečný průběh je nutné zajistit adekvátní a plně funkční vybavení splňující odborné a technické požadavky. Bezpečnost klienta je základním požadavkem.

K základnímu vybavení anesteziologického pracoviště musí patřit anesteziologický přístroj, ventilátor, monitorovací a diagnostické přístroje, pomůcky k zajištění a udržení průchodnosti dýchacích cest, pomůcky pro aplikaci farmak, roztoků a derivátů. Nesmějí chybět přístroje a pomůcky k řešení komplikací a tím zajistit bezpečnost anestezie v průběhu operačního výkonu (Zemanová, 2009).

Anesteziologický tým je tvořen lékařem se specializační způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicíně a anesteziologická sestra, optimálně s ukončeným postgraduálním vzděláním (Adamus, 2012).

Před zahájením anestezie se vždy kontroluje funkčnost všech přístrojů a technického vybavení, včetně přístrojů monitorujících fyziologické funkce klienta (Zemanová, 2009).

4 Empirická část

4.1 Cíle práce

Hlavní cíl práce je zaměřen na obsah poskytované edukace pacientům, kteří prošli anesteziologickou péčí v rámci operačního výkonu.

Mezi stanovené dílčí cíle jsou zařazeny:

1. Zjistit, zda všichni respondenti byli edukováni v oblasti anestezie
2. Zjistit, zda byla edukace pro pacienty dostatečně srozumitelná
3. Zjistit, zda si respondenti přejí být plně edukováni v oblasti anestezie
4. Zjistit, zda bylo pro respondenty poučení dostačující
5. Zjistit, ve kterých oblastech anesteziologické péče byli respondenti edukováni

4.2 Metodologie výzkumu

Výzkum byl realizován kvantitativní metodou, konkrétně metodou dotazníku vlastní konstrukce (viz příloha F). Dotazník byl zcela anonymní a je sestaven z 27 otázek. Úvodní část dotazníku je orientována na oblast demografie, zjišťující otázky pohlaví, věku, dosaženého vzdělání a otázku víry. Další otázky se týkají edukace v souvislosti s anesteziologickým výkonem. Zde jsou zahrnuty otázky zjišťující typ provedené anestezie, kdo se podílel na edukaci, způsob podání poučení v oblasti anestezie, dále obsahuje otázky týkající se srozumitelnosti a dostatečnosti edukace pro pacienta, významu edukace pro pacienta. V závěru dotazníku jsou otázky zjišťující oblasti edukace v rámci anesteziologického výkonu.

Osloveno žádostí o umožnění sběru dat pro mou diplomovou práci bylo několik pražských nemocnic. Souhlasné stanovisko k provedení výzkumného šetření jsem dostala ze dvou fakultních nemocnic, kde byl realizován výzkum u pacientů na chirurgických odděleních.

Ze strany obou zdravotnických zařízení mi byl umožněn přímý sběr dat. Cílovou skupinu respondentů tvořili pacienti, kteří prošli zákrokem, vyžadujícím anesteziologickou péči, kdy konkrétní pacienty ke sběru dat vždy zvolila staniční sestra daného oddělení. Skupinu respondentů tvořili pacienti na jednotkách intenzivní péče a standardních lůžkových oddělení chirurgických klinik. Sběr dat na obou klinikách probíhal od 1. srpna 2015 do 12. února 2016. Distribuováno bylo celkem 69 dotazníků. Návratnost byla 100%.

4.3 Analýza dat

Údaje zjištěné z dotazníků byly zpracovány pomocí jazyku a prostředí R, které se zabývá statistickým hodnocením. Jako uživatelské prostředí pro tento jazyk byl zvolen program RStudio. Výsledky šetření jsou znázorněny pomocí sloupcových grafů a tabulek a jsou vždy zobrazeny pod slovním popisem výsledků. Tabulky obsahují relativní četnosti, které

jsou uváděny na dvě desetinná čísla. V grafech jsou zobrazeny absolutní četnosti. Slovní popis výsledků obsahuje jak relativní tak i absolutní četnosti (hodnoty jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo, kde bylo použito matematického vzorce k zaokrouhlování a to tak, že čísla 0,01 až 0,04 byla zaokrouhlena dolů a čísla 0,05 až 0,09 byla zaokrouhlena nahoru. Slovní popis zároveň obsahuje četnosti absolutní).

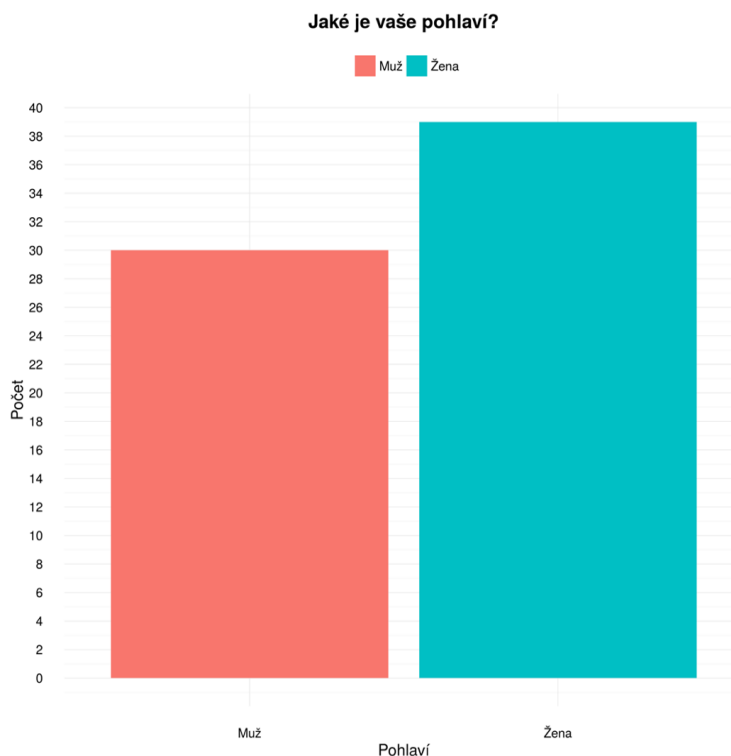
4.4 Charakteristika respondentů

Výběr vhodných pacientů ke sběru dat byl zvolen metodou účelového výběru, na základě spolupráce se staniční sestrou z daného oddělení. Skupinu respondentů tvořili pacienti na jednotkách intenzivní péče a standardních lůžkových oddělení chirurgických klinik, kteří prošli zákrokem, vyžadujícím anesteziologickou péči. Respondenti byli zvoleni bez ohledu na pohlaví a vzdělání, ve věkovém rozmezí 18 let a výše. Celkový počet respondentů výzkumného šetření byl 69 (100%). Z tohoto počtu respondentů bylo zastoupení v počtu 39 (56,5%) žen a 30 (43,5%) mužů.

4.5 Výsledky dotazníkového šetření

V následujících grafech jsou odpovědi respondentů uvedeny ve dvou skupinách, které je definováno pohlavím. Jednu skupinu respondentů tvoří ženy a druhou muži. Celkový počet respondentů výzkumného šetření byl 69 (100%). Z tohoto počtu respondentů bylo zastoupení v počtu 39 (56,5%) žen a 30 (43,5%) mužů.

Graf 1 Pohlaví



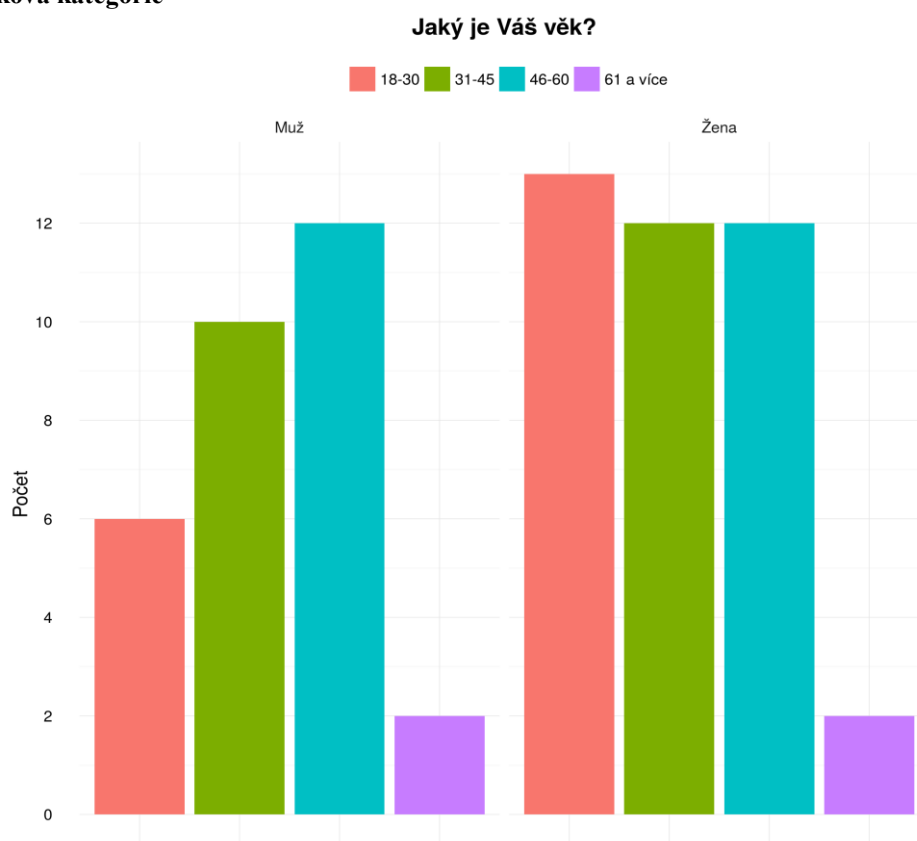
Tabulka 2 Pohlaví

	Muž	Žena
Pohlaví	43.48	56.52

Následující tři grafy a tabulky znázorňují základní demografické ukazatele.

Věkovou kategorii v rozmezí 18 - 30 let zastoupilo 13 (18,8%) žen a 6 (8,7%) mužů. Kategorii v rozmezí 31 – 45 let zastoupilo 12 (17,4%) žen a 10 (14,5%) mužů. Kategorii v rozmezí 46 – 60 let zastoupilo vyrovnaně žen i mužů a to v počtu 12 (17,4%) žen a 12 (17,4%) mužů. Poslední věková kategorie 61 let a více byla opět zastoupena vyrovnaně u obou pohlaví v počtu 2 (2,9%) žen a 2 (2,9%) mužů. Z výsledků též vyplývá, že z celého vzorku respondentů zastoupili v nejmenším počtu respondenti nad 61 let a v nejvyšším počtu respondenti mladšího věku v rozmezí 18 – 30 let. Konkrétní respondenti byli vybíráni na základě absolvování operačního zákroku vyžadující anesteziologickou péči, tento detail je tedy zanedbatelný vzhledem k tomu, že věk nebyl kritériem pro výběr respondentů.

Graf 2 Věková kategorie

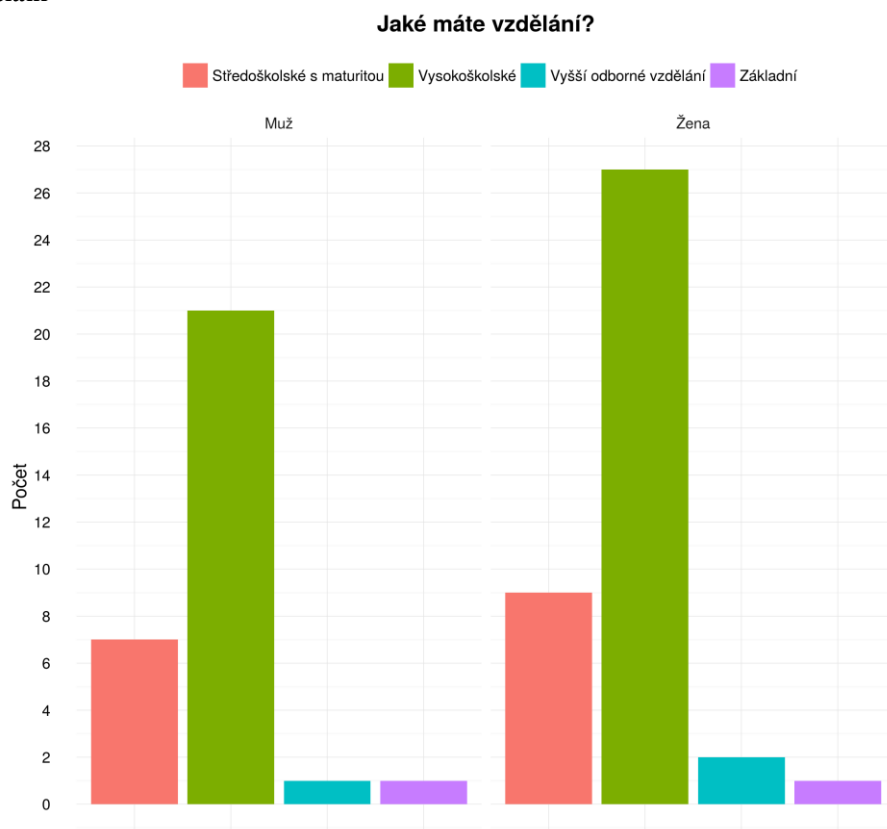


Tabulka 3 Věková kategorie

	Muž	Žena
18-30	8.70	18.84
31-45	14.49	17.39
46-60	17.39	17.39
61 a více	2.90	2.90

Další demografická otázka zjišťuje nejvyšší dosažené vzdělání, kdy základní vzdělání bylo zastoupeno vyrovnaně 1 (1,5%) ženou a 1 (1,5%) mužem. V kategorii středoškolského vzdělání zastupovalo 9 (13%) žen a 7 (10,1%) mužů. Kategorii vyšší odborné školy zastupovaly 2 (3%) ženy a 1 (1,5%) muž. Nejvyšší počet respondentů byl v kategorii s vysokoškolským vzděláním, a to 27 (39,1%) žen a 21 (30,4%) mužů.

Graf 3 Vzdělání

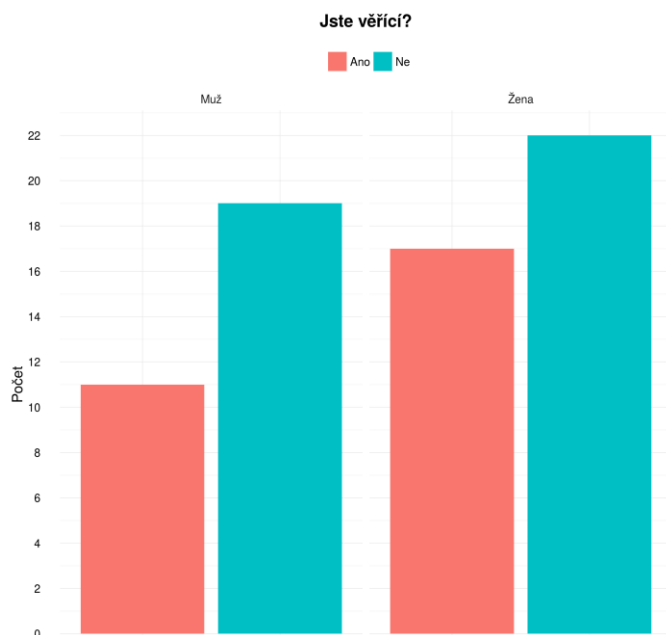


Tabulka 4 Vzdělání

	Muž	Žena
Středoškolské s maturitou	10.14	13.04
Vysokoškolské	30.43	39.13
Vyšší odborné vzdělání	1.45	2.90
Základní	1.45	1.45

Poslední demografický ukazatel zobrazuje otázku víry. Respondenti, kteří se přihlásili k víře, byli zastoupeni v počtu 17 (24,6%) žen a 11 (15,9%) mužů. Větší část respondentů se k víře nepřihlásila a to v počtu 22 (31,9%) žen a 19 (27,5%) mužů.

Graf 4 Víra



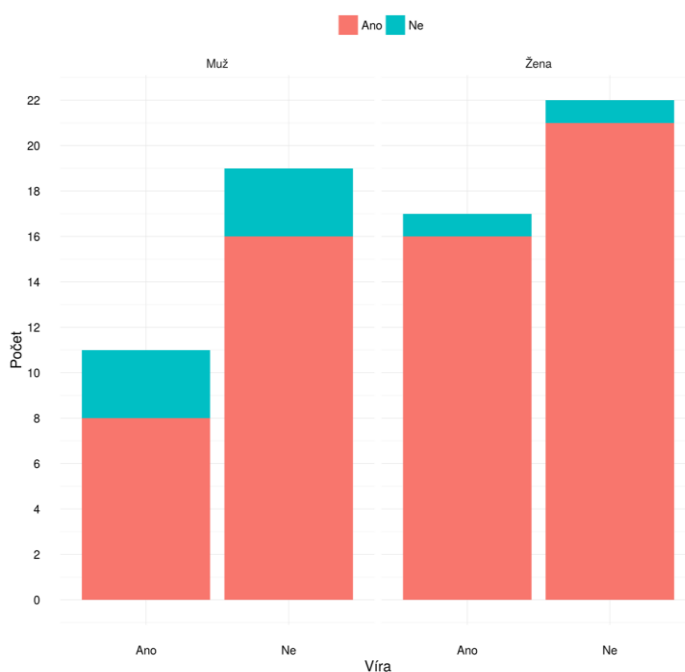
Tabulka 5 Víra

	Muž	Žena
Ano	15.94	24.64
Ne	27.54	31.88

Následující výsledky se již orientují na otázky z oblasti edukace anesteziologické péče. Otázka je zaměřena na zjištění, zda respondenti prošli již v minulosti operačním zákrokem vyžadujícím anesteziologickou péči. Počet respondentů, kteří prošli zákrokem vyžadující anesteziologickou péči byl zastoupen 39 (53,6%) ženami a 24 (34,8%) muži. Respondenti, kteří neměli v minulosti operační zákrok vyžadující anesteziologickou péči, byli zastoupeni v počtu 2 (2,9%) žen a 6 (5,8%) mužů.

Graf 5 Operační zákrok v minulosti

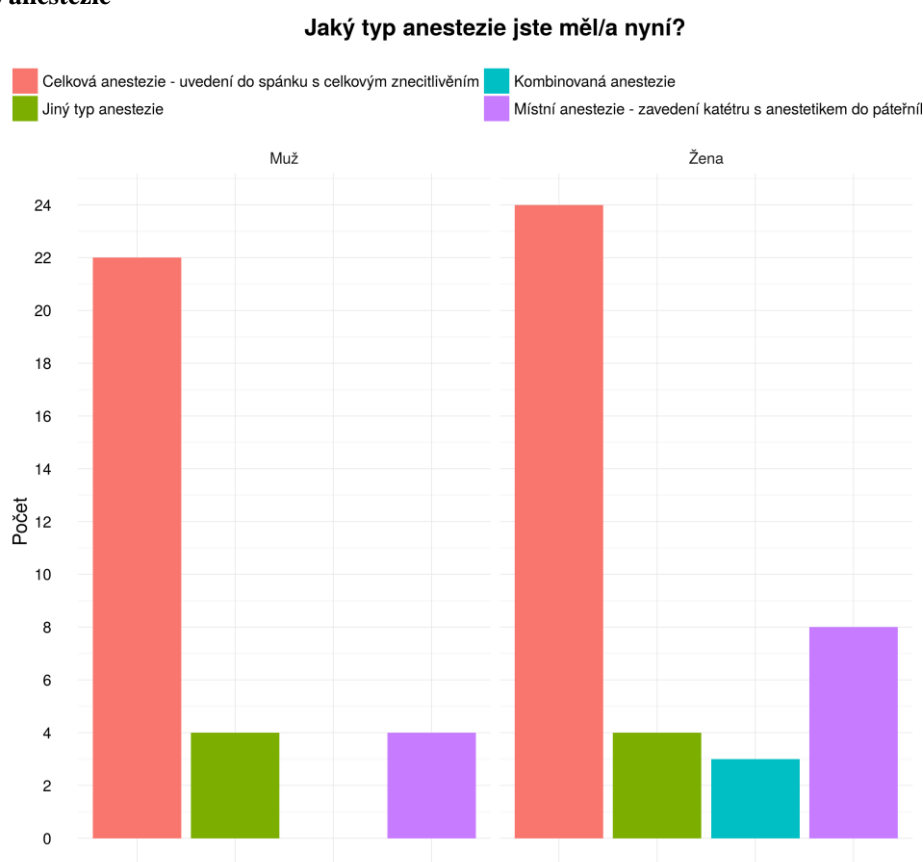
Měl/a jste již v minulosti operační zákrok, který vyžadoval anestezii?



Tabulka 6 Operační zákrok v minulosti

	Muž	Žena
Ano	34.78	53.62
Ne	8.70	2.90

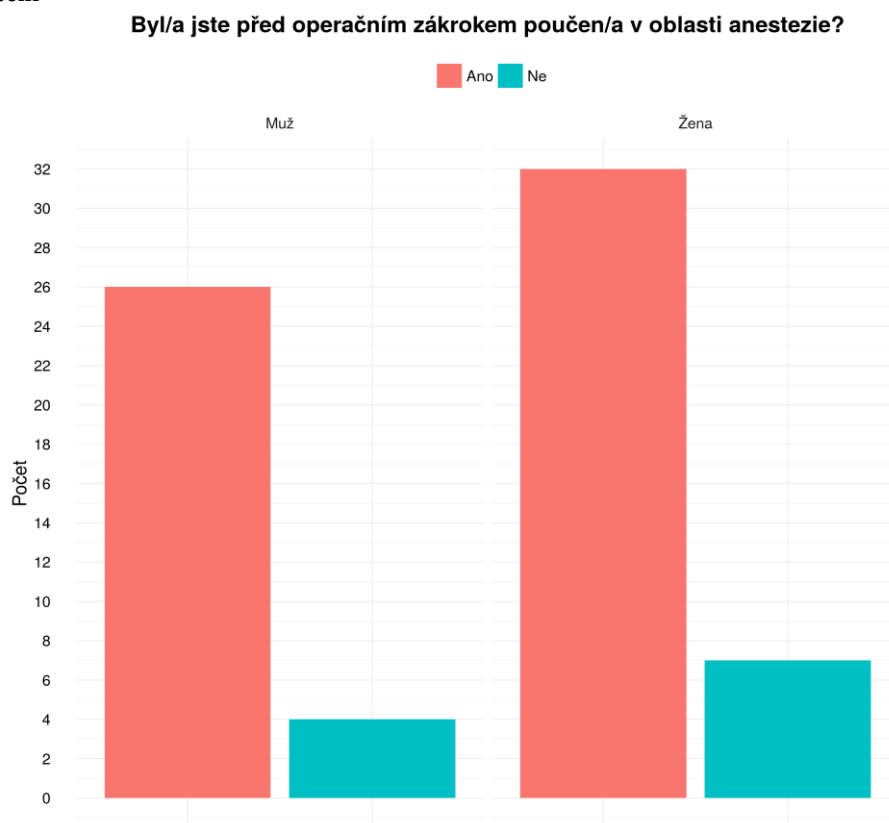
Graf znázorňuje různé typy anestezie, kterými respondenti v rámci výkonu prošli. Nejčastějším typem anestezie byla anestezie celková. Celkový počet respondentů, kteří prošli celkovou anestézií byl poměrně vyrovnaně zastoupen a to 23 (34,8%) ženami a 22 (31,9%) muži. Místní typ anestezie podstoupilo 8 (11,6%) žen a 4 (5,8%) muži. Kombinovaným typem anestezie prošly 3 (4,4%) ženy a žádný muž. Respondenti také uvedli odpověď, že prošli jiným typem anestezie, který nebyl konkretizován a to ve vyrovnaném počtu 4 (5,8%) žen a 4 (5,8%) mužů.

Graf 6 Typ anestezie**Tabulka 7 Typ anestezie**

	Muž	Žena
Celková anestezie - uvedení do spánku s celkovým znecitlivěním	31.88	34.78
Jiný typ anestezie	5.80	5.80
Kombinovaná anestezie	0.00	4.35
Místní anestezie - zavedení katétru s anestetikem do páteřního kanálu	5.80	11.59

Další graf znázorňuje, zda respondenti byli poučeni v oblasti anestezie. Tato otázka je poměrně klíčová pro zjištění, zda byli všichni respondenti poučeni v oblasti anestezie před operačním výkonem. Z celkového počtu respondentů, bylo poučeno 31 (46,4%) žen a 26 (37,7%) mužů. Ostatní respondenti udávají, že poučení v oblasti anestezie nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 4 (5,8%) mužů. Počet respondentů, kteří nebyli poučeni v oblasti anestezie, je vzhledem k celkovému vzorku respondentů vysoký. Tento fakt bude pravděpodobně z části způsoben odpověďmi respondentů, kteří absolvovali neodkladný operační výkon nebo byli již hospitalizováni v bezvědomí.

Graf 7 Poučení

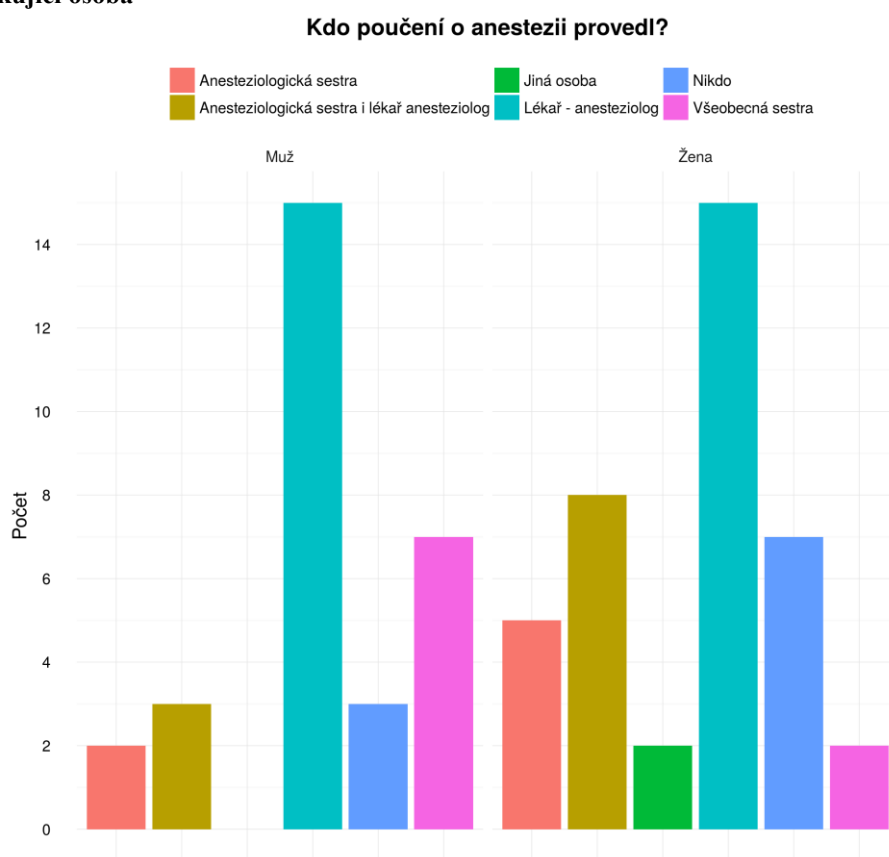


Tabulka 8 Poučení

	Muž	Žena
Ano	37.68	46.38
Ne	5.80	10.14

Graf znázorňuje výsledky odpovědí respondentů na otázku, kdo poučení v rámci edukace provedl. Respondenti ve vysokém a naprosto vyrovnaném počtu 15 (21,7%) žen a 15 (21,7%) mužů uvedli, že poučení provedl lékař – anesteziolog. Respondenti poučení anesteziologickou sestrou i lékařem byli zastoupeni v počtu 8 (11,6%) žen a 3 (4,4%) mužů. Anesteziologickou sestrou byli respondenti poučeni v počtu 5 (7,3%) žen a 2 (2,9%) mužů. Všeobecnou sestrou byli respondenti poučeni v počtu 2 (2,9%) žen a 7 (10,1%) mužů. Respondenti poučení jinou osobou byli zastoupeni jen v počtu 2 (2,9%) žen, žádný muž tuto odpověď neuvedl. Ostatní respondenti udávají, že poučení v oblasti anestezie nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) muži. Z výzkumu vyplývá, že největší podíl na podání poučení pacienta před anestézií má lékař anesteziolog, posléze lékař anesteziolog ve spolupráci s anesteziologickou sestrou.

Graf 8 Edukující osoba

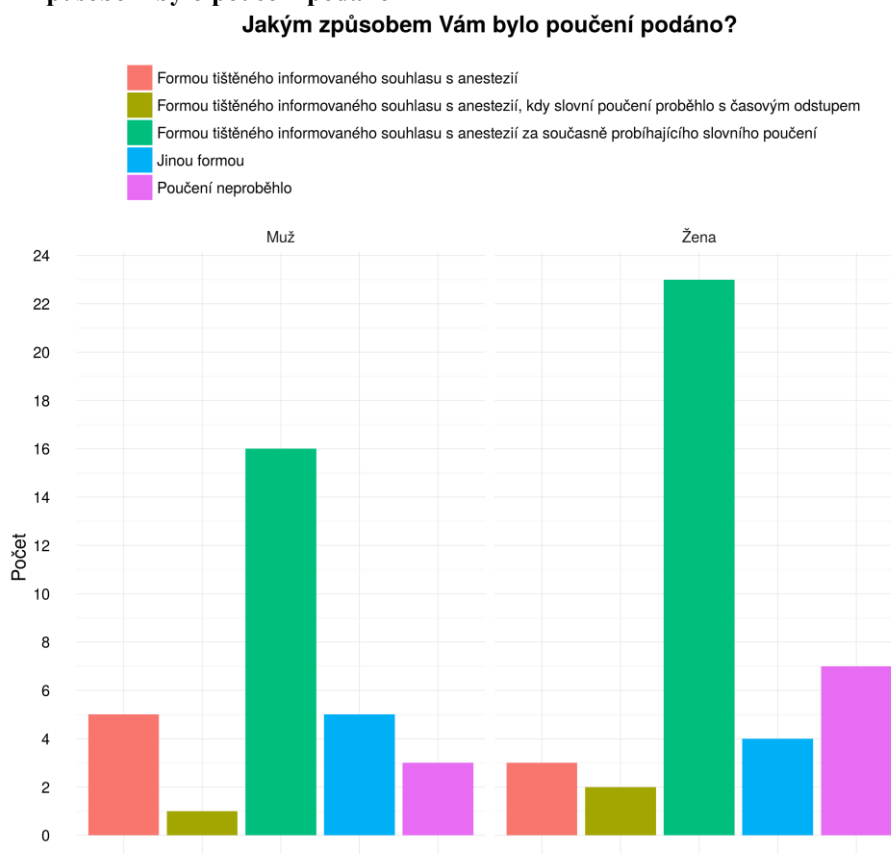


Tabulka 9 Edukující osoba

	Muž	Žena
Anesteziologická sestra	2.90	7.25
Anesteziologická sestra i lékař anesteziolog	4.35	11.59
Jiná osoba	0.00	2.90
Lékař - anesteziolog	21.74	21.74
Nikdo	4.35	10.14
Všeobecná sestra	10.14	2.90

Další graf znázorňuje, jakým způsobem bylo poučení v oblasti anestezie respondentům podáno. Z celkového počtu respondentů uvedlo odpověď formu tištěného informovaného souhlasu v kombinaci se slovním poučením a to v nejvyšším počtu 23 (33,3%) žen a 16 (23,2%) mužů. Možnost odpovědi formou informovaného souhlasu uvedly 3 (33,3%) ženy a 5 (23,2%) mužů. Odpověď formou informovaného souhlasu s dodatečným slovním poučením uvedly 2 (2,9%) ženy a 1(1,5%) muž. Jinou formou byli poučeni respondenti v počtu 4 (5,8%) žen a 5 (7,3%) mužů. Ostatní respondenti udávají, že poučení v oblasti anestezie nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů. Forma informovaného souhlasu v kombinaci se současným slovním poučením vplynula jako nejvhodnější a nejčastěji používaná forma poučení. Tento výsledek je možné předpokládat vzhledem k faktu, že získání informovaného souhlasu s anestezií u plánovaných diagnostických a terapeutických výkonů operační a neoperační povahy je nutnou součástí anesteziologické péče.

Graf 9 Jakým způsobem bylo poučení podáno

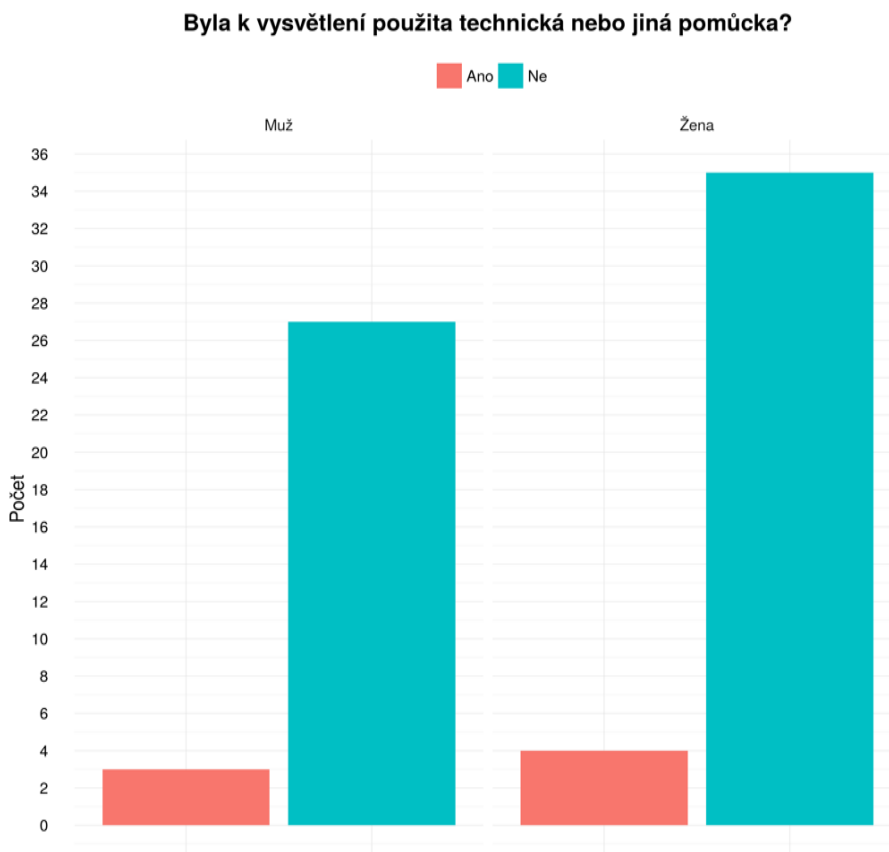


Tabulka 10 Jakým způsobem bylo poučení podáno

	Muž	Žena
Formou tištěného informovaného souhlasu s anestezií	7.25	4.35
Formou tištěného informovaného souhlasu s anestezií, kdy slovní poučení proběhlo s časovým odstupem	1.45	2.90
Formou tištěného informovaného souhlasu s anestezií za současně probíhajícího slovního poučení	23.19	33.33
Jinou formou	7.25	5.80
Poučení neproběhlo	4.35	10.14

Graf znázorňuje, zda byla k vysvětlení poučení použita technická nebo jiná pomůcka. Z celkového počtu respondentů uvádí výrazná menšina respondentů, že edukující osoba použila pomůcku a to v počtu 4 (5,8%) žen a 3 (4,4%) mužů. Ve většině odpovědí respondentů převažuje odpověď, že pomůcka nebyla použita a to v zastoupení 35 (50,7%) žen a 27 (39,1%) mužů.

Graf 10 Pomůcka

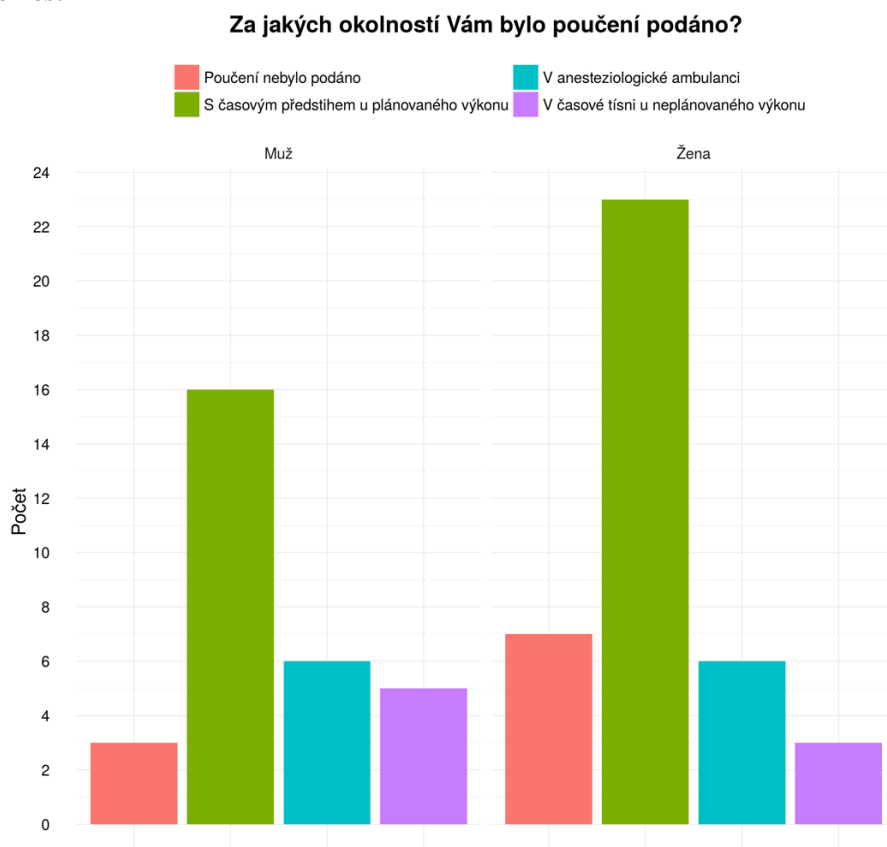


Tabulka 11 Pomůcka

	Muž	Žena
Ano	4.35	5.80
Ne	39.13	50.72

Graf znázorňuje okolnosti, za kterých bylo poučení podáno. Z celkového počtu respondentů uvádí, že bylo podáno s časovým předstihem u plánovaného výkonu a to v počtu 23 (33,3%) žen a 16 (23,2%) mužů. Odpověď v anesteziologické ambulanci uvedlo vyrovnaně 6 (8,7%) žen a 6 (8,7%) mužů. Další respondenti uvádí, že poučení bylo podáno v časové tísni u neplánovaného výkonu a to v počtu 3 (4,4%) žen a 5 (7,3%) mužů. Ostatní respondenti udávají, že poučení v oblasti anestezie nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 11 Okolnosti

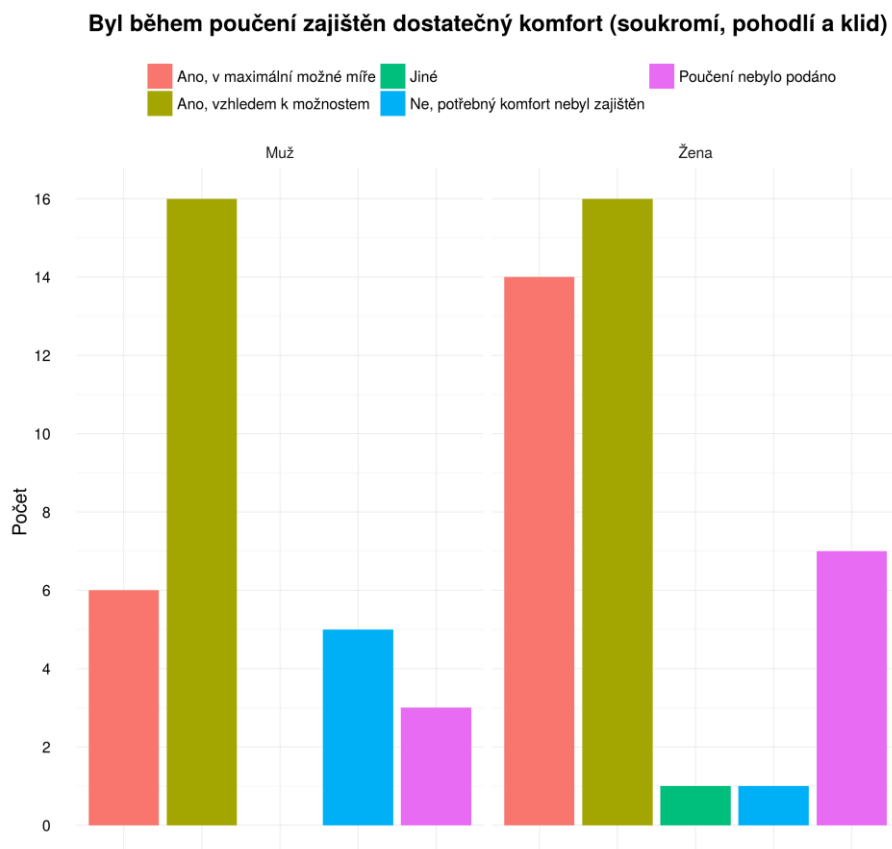


Tabulka 12 Okolnosti

	Muž	Žena
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14
S časovým předstihem u plánovaného výkonu	23.19	33.33
V anesteziologické ambulanci	8.70	8.70
V časové tísni u neplánovaného výkonu	7.25	4.35

Graf znázorňuje, zda měli respondenti během poučení zajištěn dostatečný komfort. Z celkového počtu respondentů uvádí, že byl zajištěn vzhledem k možnostem a to ve vyrovnaném počtu 16 (23,2%) žen a 16 (23,2%) mužů. Odpověď, že komfort byl zajištěn v maximální možné míře byl zastoupen v počtu 14 (20,3%) žen a 6 (8,7%) mužů. Další část respondentů uvádí, že potřebný komfort nebyl zajištěn a to v počtu odpovědí 1(1,5%) ženy a 5 (7,3%) muži. Jen 1 (1,5%) žena uvedla možnost odpovědi jiné. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 12 Komfort

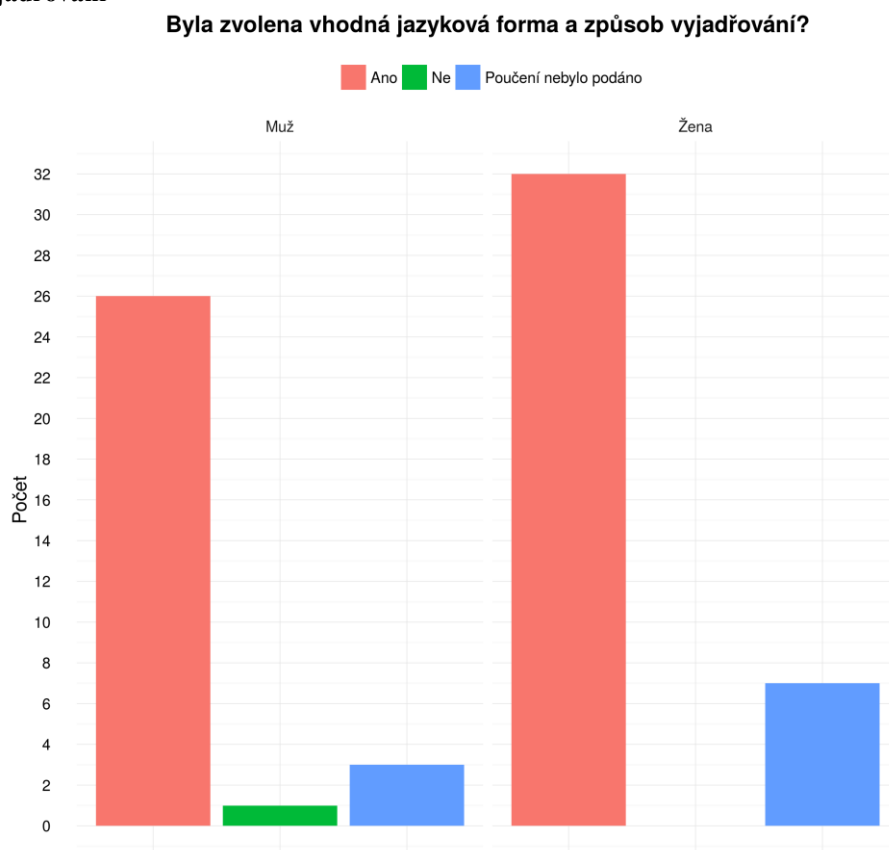


Tabulka 13 Komfort

	Muž	Žena
Ano, v maximální možné míře	8.70	20.29
Ano, vzhledem k možnostem	23.19	23.19
Jiné	0.00	1.45
Ne, potřebný komfort nebyl zajištěn	7.25	1.45
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14

Graf znázorňuje, zda byla zvolena vhodná jazyková forma a způsob vyjadřování k podání poučení. Převážná většina z celkového počtu respondentů uvedla, že ano a to v počtu 32 (46,9%) žen a 26 (37,7%) mužů. Jen 1 (1,5%) muž uvedl odpověď ne. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 13 Vyjadřování

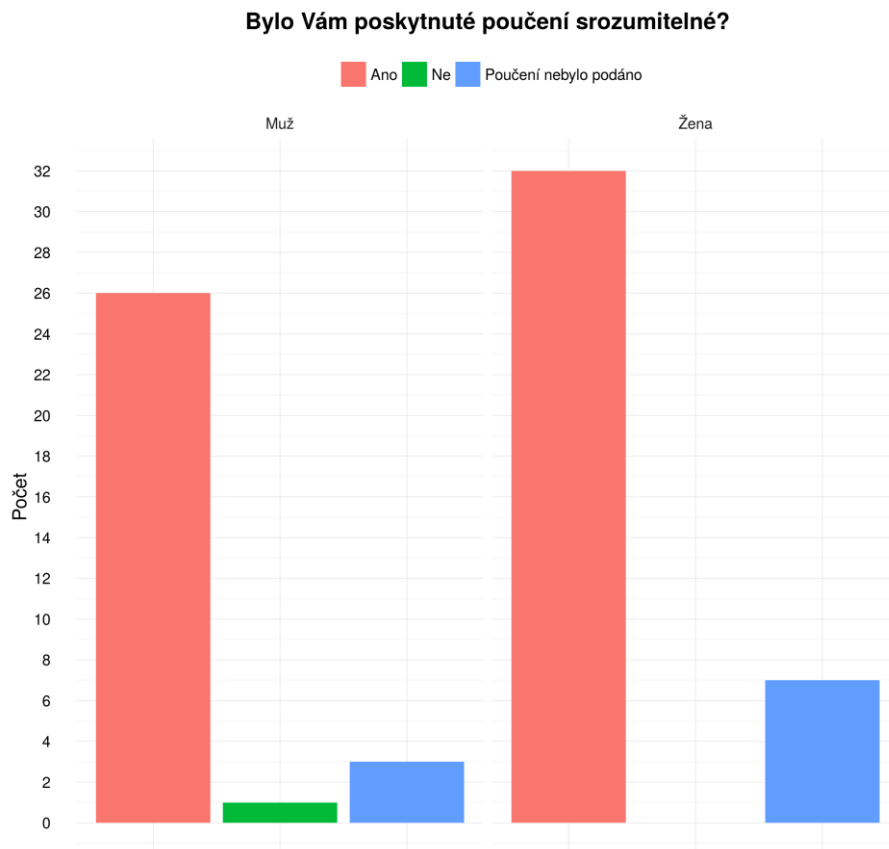


Tabulka 14 Vyjadřování

	Muž	Žena
Ano	37.68	46.38
Ne	1.45	0.00
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14

Graf znázorňuje, zda bylo poskytnuté poučení srozumitelné. Převážná většina z celkového počtu respondentů uvedla, že poučení bylo dostatečně srozumitelné a to v počtu 32 (46,9%) žen a 26 (37,7%) mužů. Jen 1 (1,5%) muž uvedl odpověď ne. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 14 Srozumitelnost



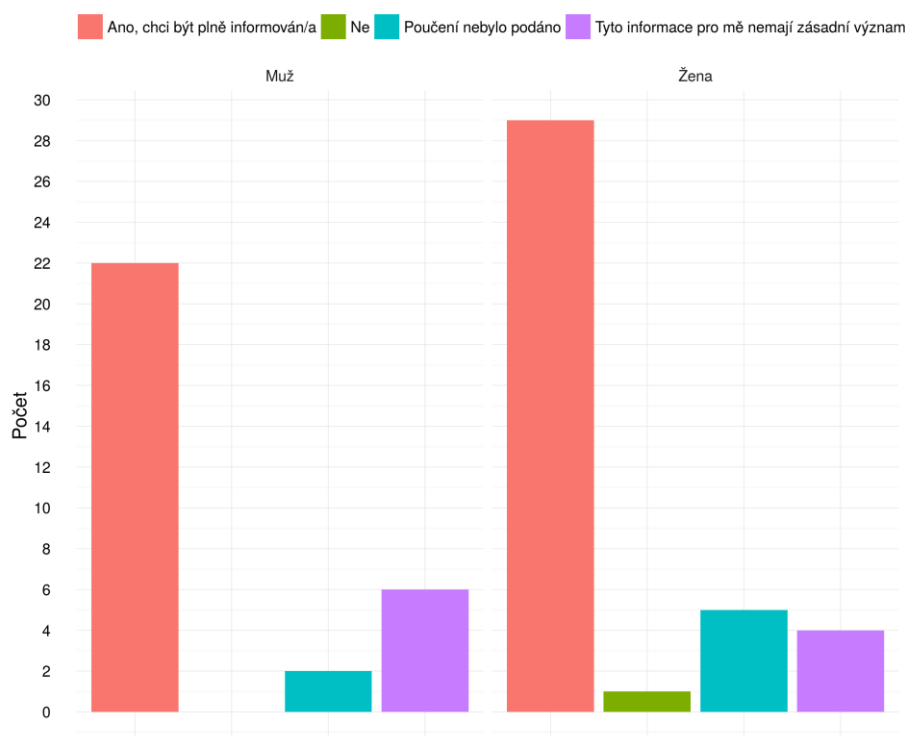
Tabulka 15 Srozumitelnost

	Muž	Žena
Ano	37.68	46.38
Ne	1.45	0.00
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14

Graf znázorňuje, zda si respondenti přejí být plně informováni o rizicích a komplikacích spojených s anestezií. Převážná většina z celkového počtu respondentů uvedla, že si přejí být plně informováni o všech rizicích a komplikacích spojených s anestezií a to v počtu 29 (42,0%) žen a 22 (31,9%) mužů. Další část respondentů uvedla, že pro ně tyto informace nemají zásadní význam a to v počtu 4(5,8%) žen a 6 (8,7%) mužů. Jen 1 (1,5%) žena uvedla odpověď, že nechce být informována. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 5 (7,3%) žen a 2 (2,9%) mužů.

Graf 15 Informace o rizicích a komplikacích

Přejete si být plně informován/a o všech rizicích a komplikacích spojených s anestezií přesto, že poskytnutí těchto informací je povinné?



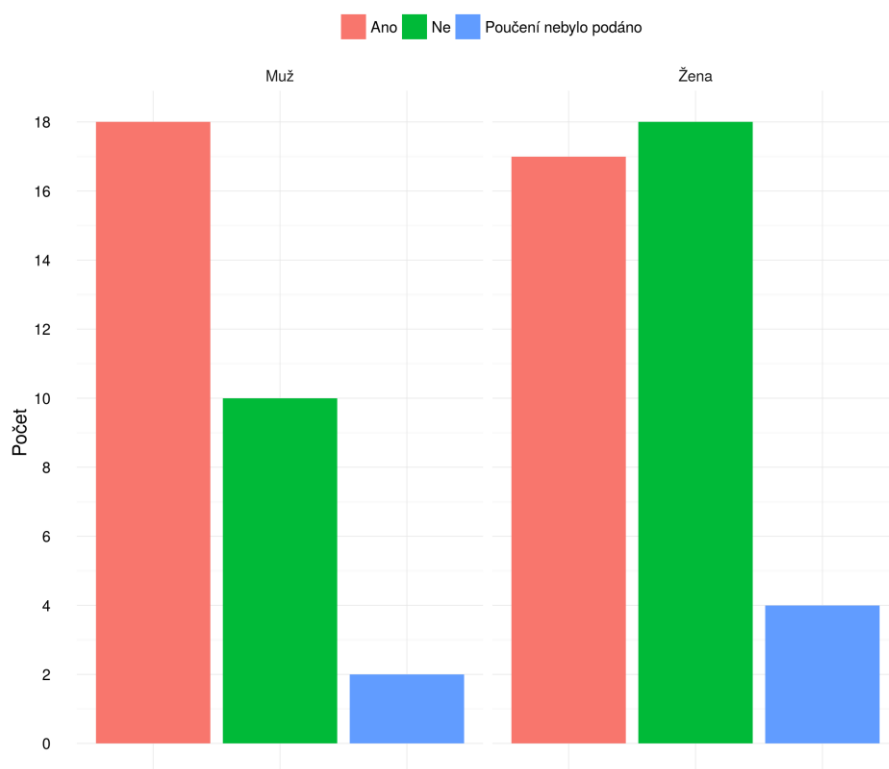
Tabulka 16 Informace o rizicích a komplikacích

	Muž	Žena
Ano, chci být plně informován/a	31.88	42.03
Ne	0.00	1.45
Poučení nebylo podáno	2.90	7.25
Tyto informace pro mě nemají zásadní význam	8.70	5.80

Graf znázorňuje, zda informace o rizicích a komplikacích spojených s anestezií jsou pro respondenty vyvolávajícím faktorem obav a strachu z anestezie. Z celkového počtu respondentů uvedla v počtu 17 (24,6%) žen a 18 (26,1%) mužů, že tento typ informací vyvolává obavy a strach z anesteziologického výkonu. Další část respondentů uvedla odpověď, že tento typ informací nevyvolává obavy a strach a to v počtu 18 (26,1%) žen a 10 (14,5%) mužů. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 4 (5,8%) žen a 2 (2,9%) mužů.

Graf 16 Strach a obavy

Domníváte se, že jsou informace o rizicích i komplikacích spojených s anestezií vyvolávajícím faktorem obav a strachu z anestezie?

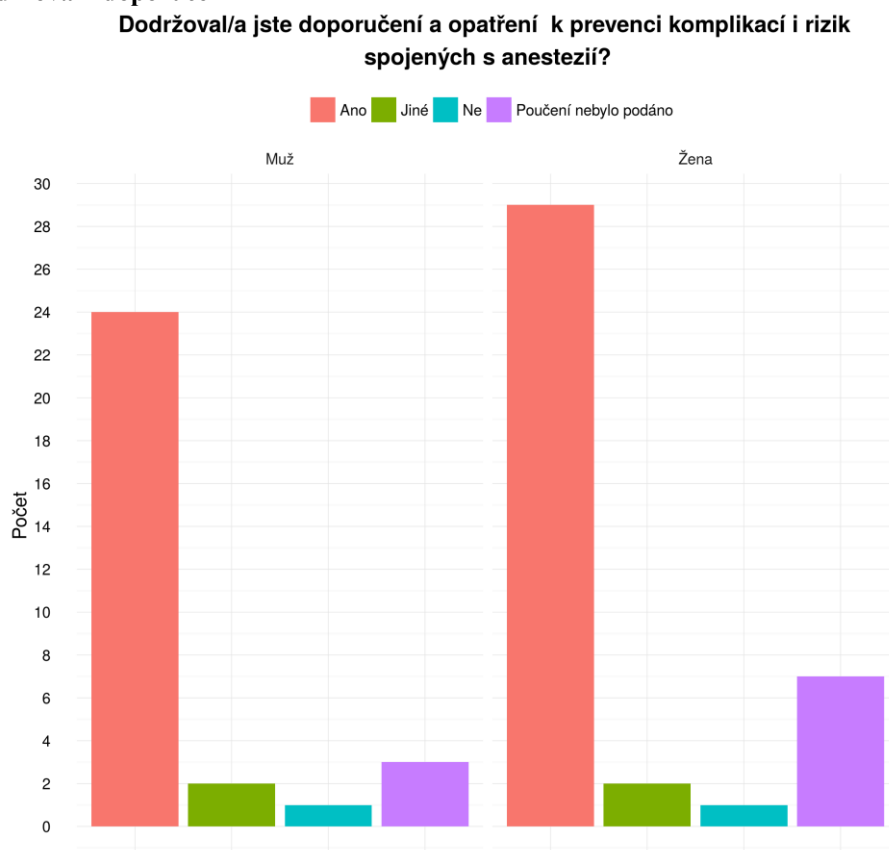


Tabulka 17 Strach a obavy

	Muž	Žena
Ano	26.09	24.64
Ne	14.49	26.09
Poučení nebylo podáno	2.90	5.80

Graf uvádí výsledky odpovědí respondentů týkajících se doporučení a opatření k prevenci komplikací a rizik spojených s anestezií. Převážná většina respondentů uvedla, že doporučení dodržovala a to v počtu 29 (42,0%) žen a 24 (34,8%) mužů. Další část respondentů uvedla odpověď, že tato doporučení a opatření nedodržovala a to v počtu 1 (1,5%) žen a 1 (1,5%) mužů. Odpověď jiné zvolili respondenti v počtu 2 (2,9%) žen a 2 (22,9%) mužů. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 17 Dodržování doporučení

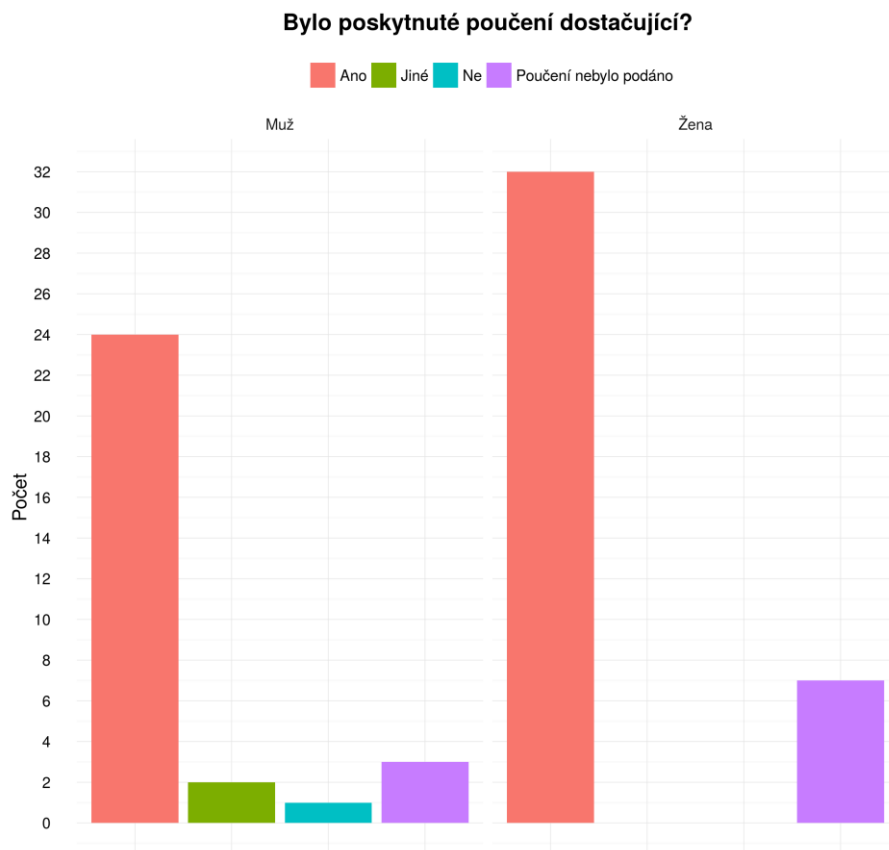


Tabulka 18 Dodržování doporučení

	Muž	Žena
Ano	34.78	42.03
Jiné	2.90	2.90
Ne	1.45	1.45
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14

Graf znázorňuje, zda bylo pro respondenty poučení dostačující. Převážná většina respondentů uvedla, že poučení bylo dostačující a to v počtu 32 (46,4%) žen a 24 (34,8%) mužů. Jen 1 (1,5%) muž uvedl odpověď, že nebylo dostačující a 1 (1,5%) muž uvedl možnost odpovědi jiné. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 18 Dostatečnost



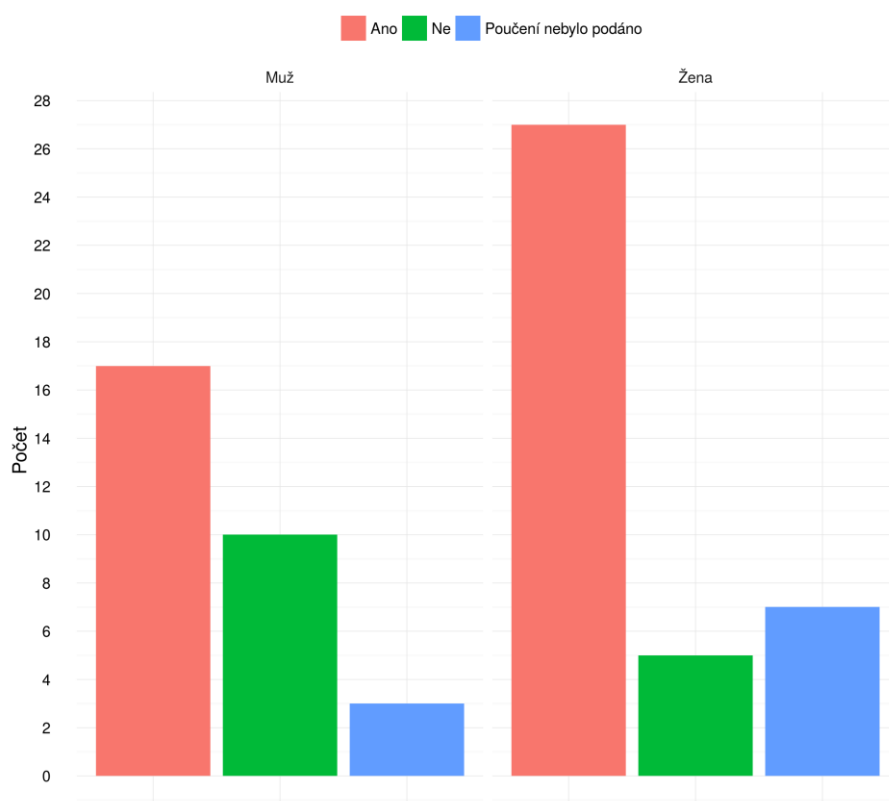
Tabulka 19 Dostatečnost

	Muž	Žena
Ano	34.78	46.38
Jiné	2.90	0.00
Ne	1.45	0.00
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14

Graf znázorňuje, zda respondenti dostali možnost si podané poučení o anestezii doplnit nebo objasnit. Většina respondentů uvedla odpověď ano a to v počtu 27 (39,1%) žen a 17 (24,6%) mužů. Respondenti, kteří uvedli, že tuto možnost nedostali by ly zastoupeny v počtu 5 (7,3%) žen a 10 (14,5%) mužů. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 19 Doplnění a objasnění

Dostal/a jste možnost si podané poučení o anestezii doplnit nebo objasnit?

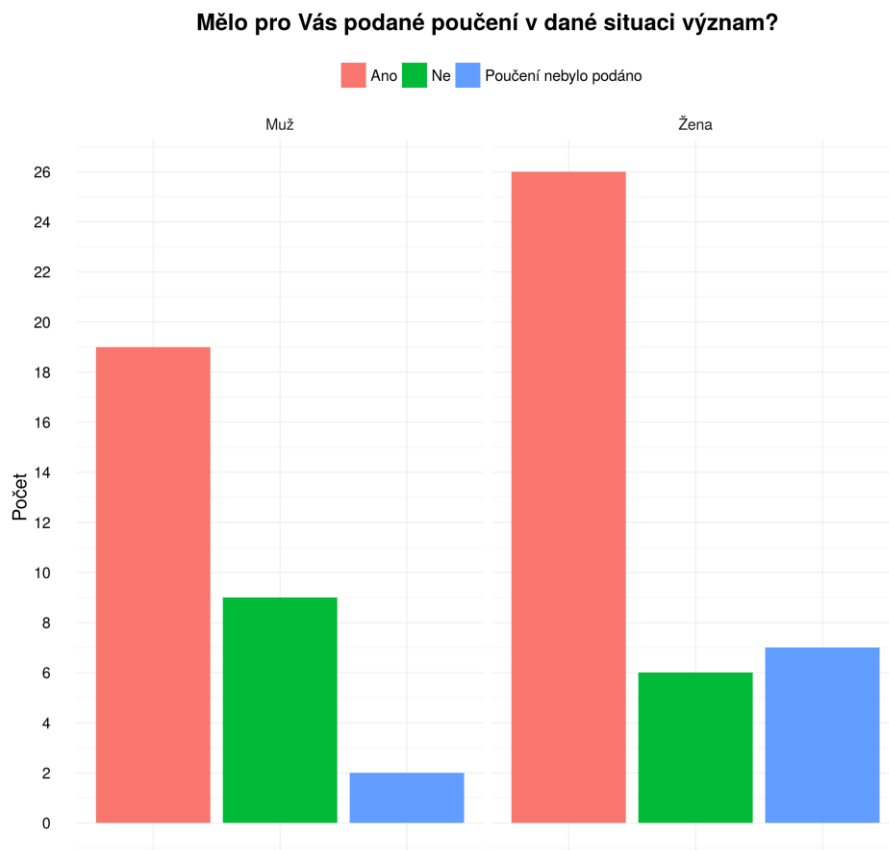


Tabulka 20 Doplnění a objasnění

	Muž	Žena
Ano	24.64	39.13
Ne	14.49	7.25
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14

Graf znázorňuje, zda mělo poučení pro respondenty v dané situaci význam. Z celkového počtu respondentů odpovědělo kladně 26 (37,7%) žen a 19 (27,5%) mužů. V dalším případě respondenti odpověděli, že poučení nemělo v dané situaci význam a to v počtu 6 (8,7%) žen a 9 (13,0%) mužů. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 2 (2,9%) mužů.

Graf 20 Význam



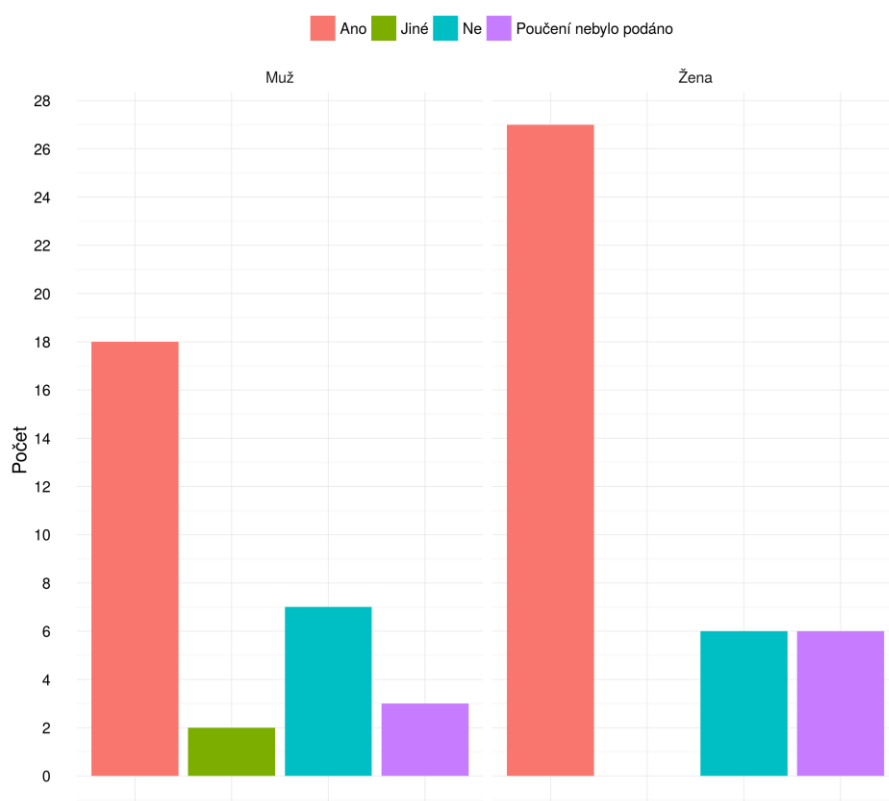
Tabulka 21 Význam

	Muž	Žena
Ano	27.54	37.68
Ne	13.04	8.70
Poučení nebylo podáno	2.90	10.14

Graf znázorňuje odpovědi na otázku obsahu podaných informací v oblasti osobní a zdravotní anamnézy. Převážná většina respondentů uvedla, že součástí poučení byl sběr informací týkajících se osobní a zdravotní anamnézy a to v počtu 27 (39,1%) žen a 18 (26,0%) mužů. Respondenti, kteří uvedli, že tyto informace nebyly součástí sběr, byli zastoupeni 6 (8,7%) ženami a 7 (10,1%) muži. Jen 2 (2,9%) muži uvedli možnost odpovědi jiné. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 6 (8,7%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 21 Osobní a zdravotní anamnéza

Byl součástí podaných informací sběr osobní a zdravotní anamnézy?

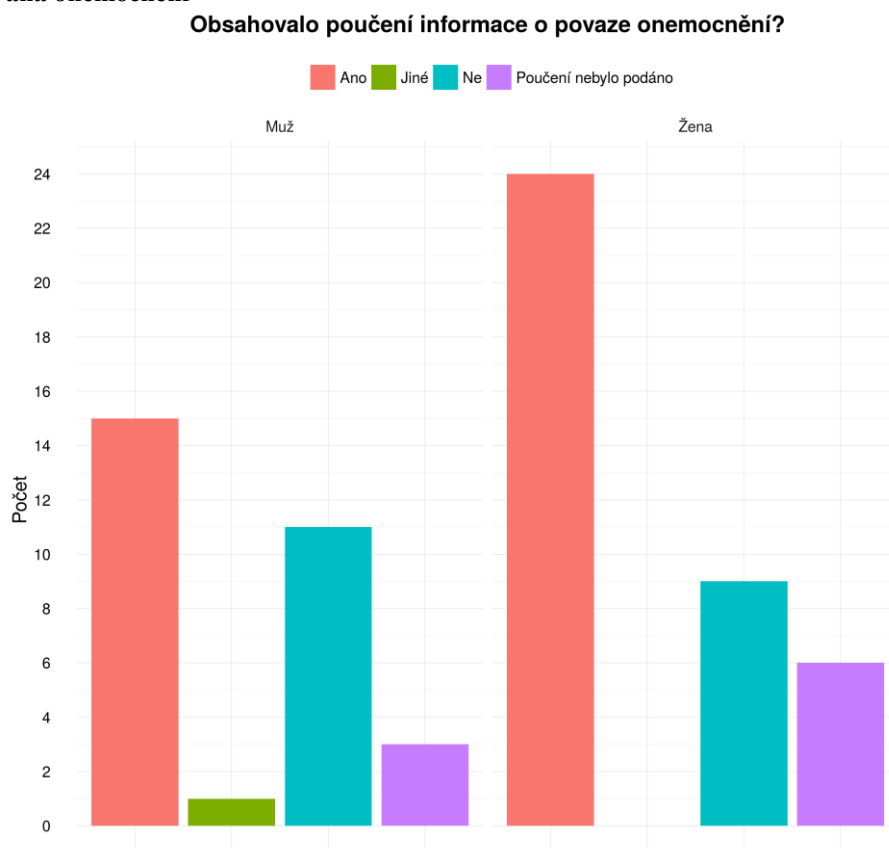


Tabulka 22 Osobní a zdravotní anamnéza

	Muž	Žena
Ano	26.09	39.13
Jiné	2.90	0.00
Ne	10.14	8.70
Poučení nebylo podáno	4.35	8.70

Graf znázorňuje odpovědi na otázku obsahu podaných informací o povaze onemocnění. Převážná většina respondentů uvedla, že součástí poučení byly informace o povaze onemocnění a to v počtu 24 (34,8%) žen a 15 (21,7%) mužů. Respondenti, kteří uvedli odpověď, že poučení tyto informace neobsahovalo, byli zastoupeni v počtu 9 (13,0%) žen a 11 (15,9%) mužů. Jen 1 (1,5%) muž uvedl možnost odpovědi jiné. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 6 (8,7%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 22 Povaha onemocnění

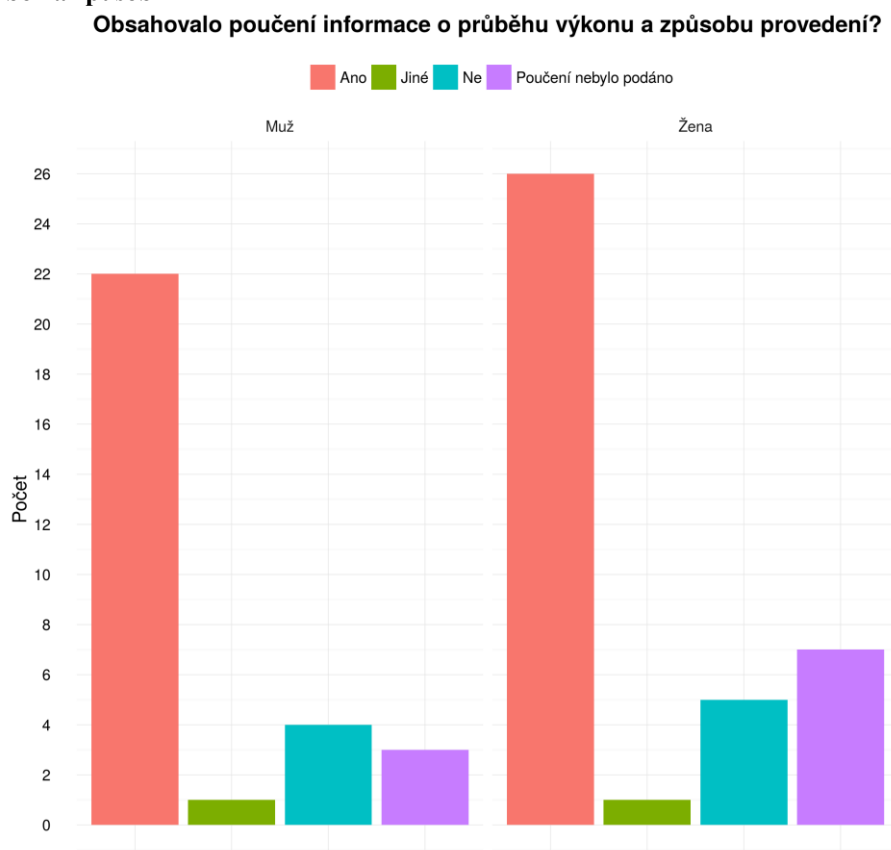


Tabulka 23 Povaha onemocnění

	Muž	Žena
Ano	21.74	34.78
Jiné	1.45	0.00
Ne	15.94	13.04
Poučení nebylo podáno	4.35	8.70

Graf znázorňuje odpovědi na otázku obsahu podaných informací o průběhu výkonu a způsobu provedení. Převážná většina respondentů uvedla, že součástí poučení byly informace o průběhu výkonu a způsobu provedení a to v počtu 26 (37,7%) žen a 22 (31,9%) mužů. Respondenti, kteří uvedli, že tento typ informací nebyl součástí poučení, byli zastoupeni v počtu 5 (7,3%) žen a 4 (5,8%) mužů. Možnost odpovědi jiné uvedla 1 (1,5%) žena a 1 (1,5%) muž. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 23 Průběh a způsob



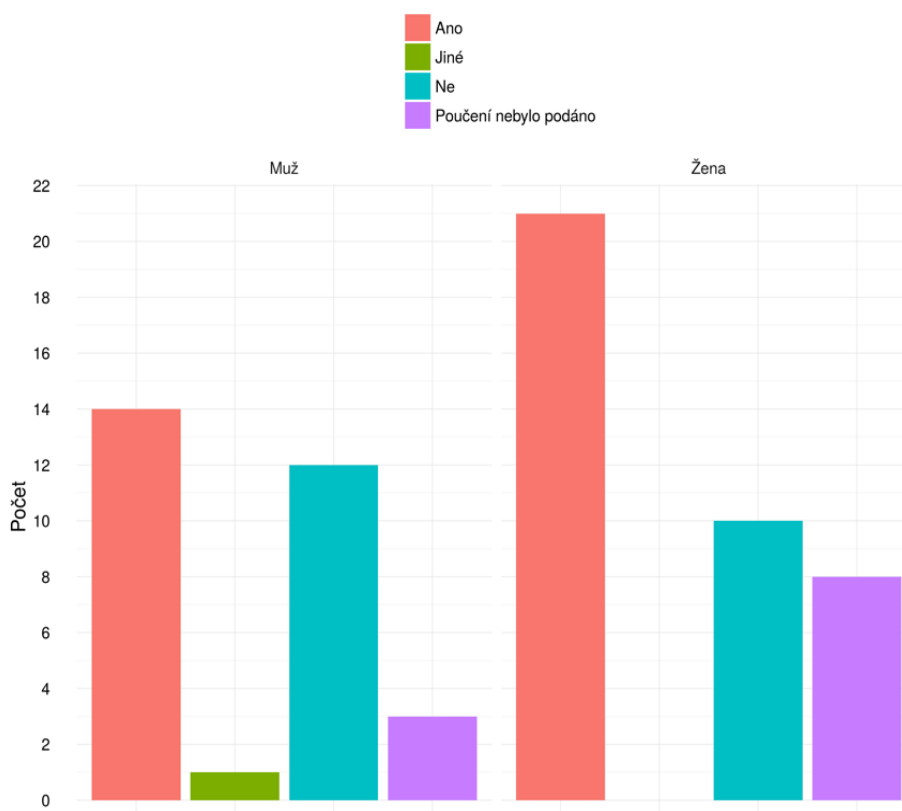
Tabulka 24 Průběh a způsob

	Muž	Žena
Ano	31.88	37.68
Jiné	1.45	1.45
Ne	5.80	7.25
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14

Graf znázorňuje odpovědi na otázku obsahu podaných informací o typech anestezie, doporučení vhodného typu a návrhu jiných možností. Převážná většina respondentů uvedla, že součástí poučení byly informace o typech anestezie, doporučení vhodného typu a návrhu jiných možností a to v počtu 21 (30,4%) žen a 14 (20,3%) mužů. Respondenti, kteří uvedli, že tento typ informací nebyl součástí poučení, byli zastoupeni v počtu 10 (14,5%) žen a 12 (17,4%) mužů. Možnost odpovědi jiné uvedl 1 (1,5%) muž. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 8 (11,6%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 24 Poučení o typu anestezie, doporučení, možnosti

Obsahovalo poučení informace o typech anestezie, doporučení vhodného typu návrh případných možností?

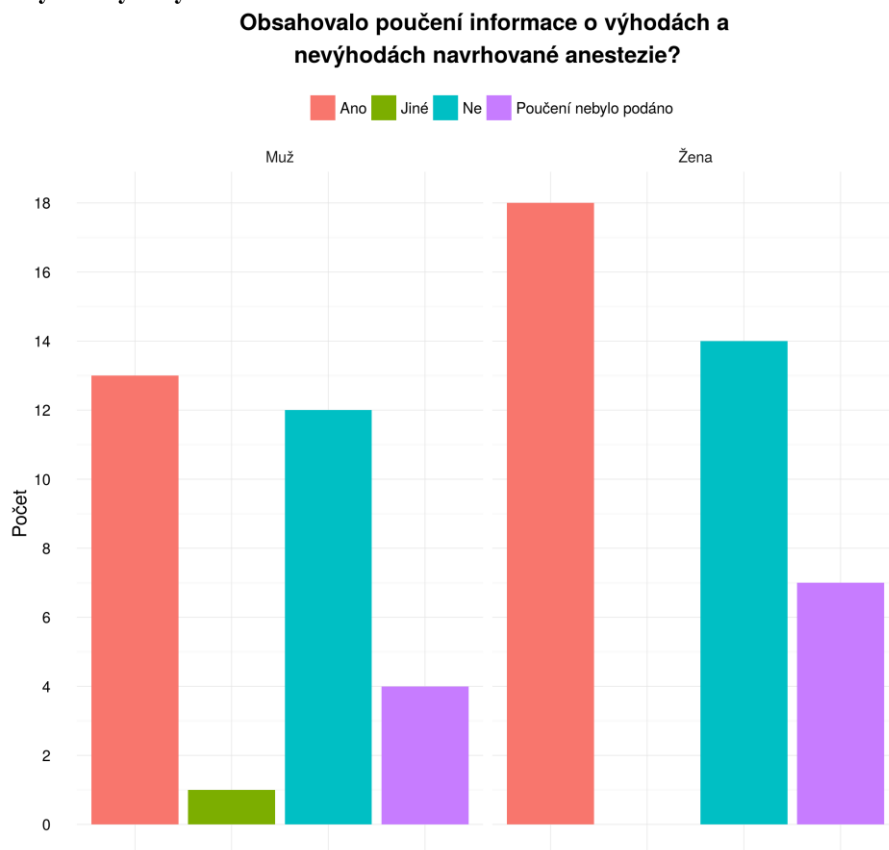


Tabulka 25 Poučení o typu anestezie, doporučení, možnosti

	Muž	Žena
Ano	20.29	30.43
Jiné	1.45	0.00
Ne	17.39	14.49
Poučení nebylo podáno	4.35	11.59

Graf znázorňuje odpovědi na otázku obsahu podaných informací o výhodách a nevýhodách navrhované anestezie. Převážná většina respondentů uvedla, že součástí poučení byly informace o výhodách a nevýhodách navrhované anestezie a to v počtu 18 (26,1%) žen a 13 (18,8%) mužů. Respondenti, kteří uvedli odpověď, že tento typ informací nebyl součástí poučení, byli zastoupeni v počtu 14 (20,3%) žen a 12 (17,4%) mužů. Možnost odpovědi jiné uvedl 1 (1,5%) muž. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 4 (5,8%) mužů.

Graf 25 Výhody a nevýhody

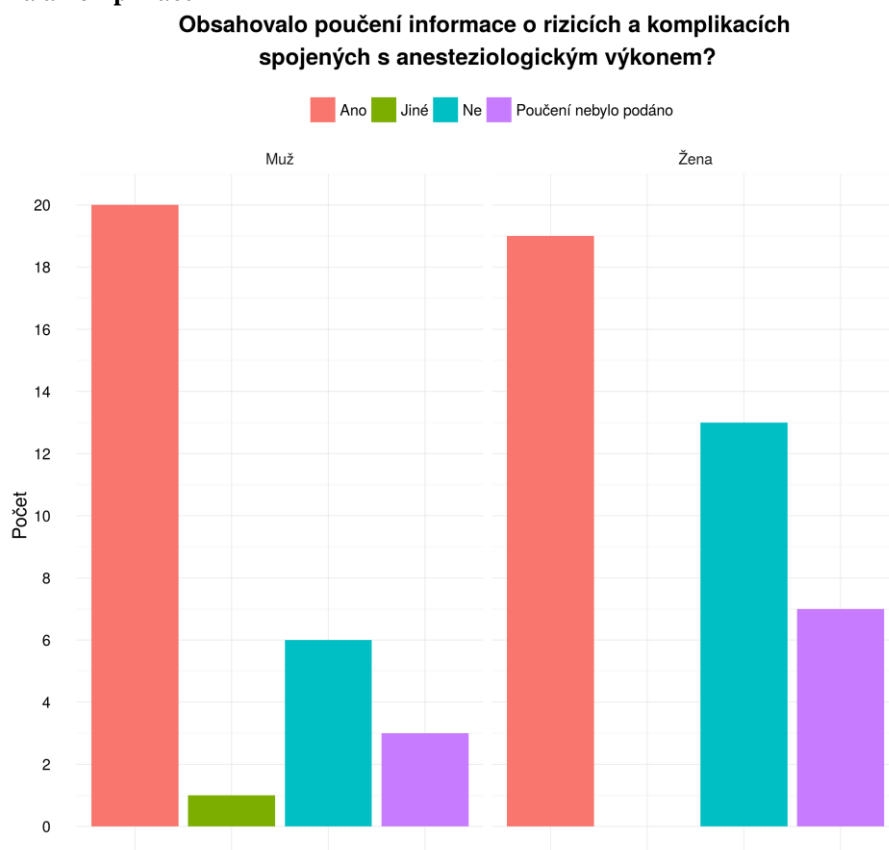


Tabulka 26 Výhody a nevýhody

	Muž	Žena
Ano	18.84	26.09
Jiné	1.45	0.00
Ne	17.39	20.29
Poučení nebylo podáno	5.80	10.14

Graf znázorňuje odpovědi na otázku obsahu podaných informací o rizicích a komplikacích spojených s anestezií. Převážná většina respondentů uvedla, že součástí poučení byly informace o rizicích a komplikacích spojených s anestezií a to v počtu 19 (27,5%) žen a 20 (29,0%) mužů. Respondenti, kteří uvedli odpověď, že tento typ informací nebyl součástí poučení, byli zastoupeni v počtu 13 (18,8%) žen a 6 (8,7%) mužů. Možnost odpovědi jiné uvedl 1 (1,5%) muž. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 26 Rizika a komplikace



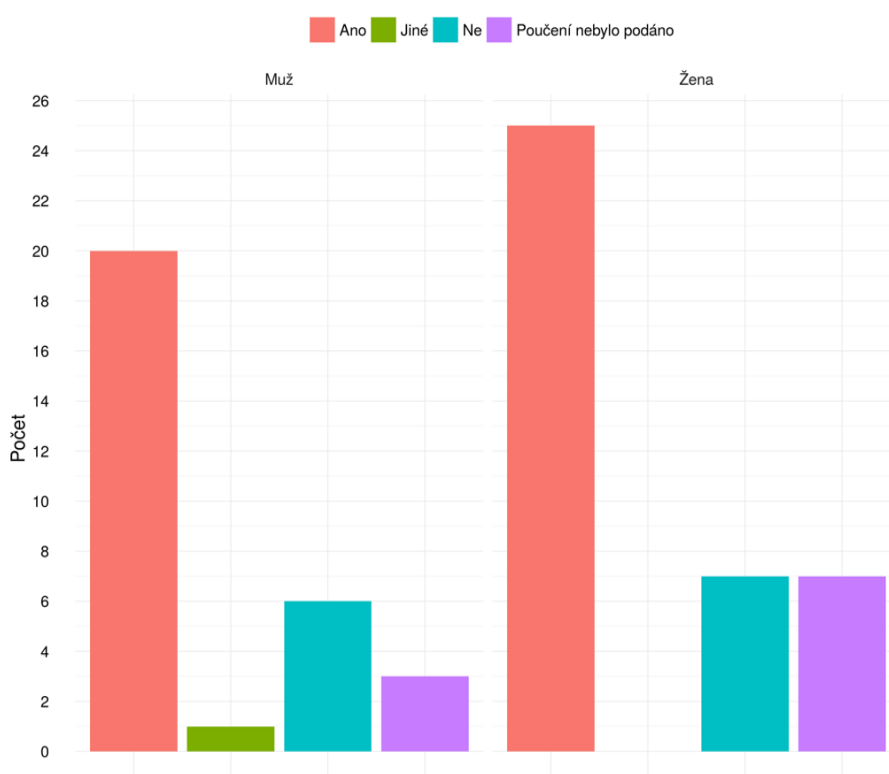
Tabulka 27 Rizika a komplikace

	Muž	Žena
Ano	28.99	27.54
Jiné	1.45	0.00
Ne	8.70	18.84
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14

Graf znázorňuje odpovědi na otázku obsahu podaných informací o nutnosti dodržování doporučení a opatření k prevenci komplikací a rizik spojených s anestezií. Převážná většina respondentů uvedla, že součástí poučení byly informace o nutnosti dodržování doporučení a opatření k prevenci komplikací a rizik spojených s anestezií a to v počtu 25 (36,2%) žen a 20 (29,0%) mužů. Respondenti, kteří uvedli odpověď, že tento typ informací nebyl součástí poučení, byli zastoupeni v počtu 7 (10,1%) žen a 6 (8,7%) mužů. Možnost odpovědi jiné uvedl 1 (1,5%) muž. Ostatní respondenti udávají, že poučení nebyli vůbec a to v počtu 7 (10,1%) žen a 3 (4,4%) mužů.

Graf 27 Nutnost dodržování poučení

Obsahovalo poučení informace o nutnosti dodržování doporučení a opatření k prevenci komplikací a rizik spojených s anestezií?



Tabulka 28 Nutnost dodržování poučení

	Muž	Žena
Ano	28.99	36.23
Jiné	1.45	0.00
Ne	8.70	10.14
Poučení nebylo podáno	4.35	10.14

5 Diskuse

Výzkumné šetření práce bylo zaměřeno na přínos poskytované edukace pro pacienta před aplikací anestezie.

Důležitým prvkem byl výběr vhodných pacientů ke sběru dat a to metodou účelového výběru.

Co se týká vzorku respondentů, tak nebylo nutné pro dotazníkové šetření více specifikovat kritéria. Jediné kritérium byla podmínka, že pacient, který se sběru dat účastní, je pacient, který prošel edukací před aplikací anestezie, tedy pacient, který podstoupil zákrok vyžadující anesteziologickou péči.

Distribučováno bylo celkem 69 dotazníků a jejich návratnost byla 100%, vzhledem k tomu, že jsem prováděla přímý sběr dat přímo u lůžek dotazovaných pacientů, což identifikuji jako přínosné.

Sběr dat jsem prováděla na standardních lůžkových odděleních, kde byli pacienti ve stavu, který jim neznemožňoval dotazníkové šetření podstoupit. Na odděleních intenzivní péče bylo již složitější nalézt pacienty psychicky i fyzicky schopné dotazníkové šetření podstoupit. Vzhledem k tomuto faktu přikládám význam v nesrovnalostech výsledků konkrétních odpovědí, které specifikují, zda vůbec byl respondent poučen. Jedna z možností odpovědi byla, že poučení nebylo podáno. Zde jsem odhalila nesrovnalosti v počtech odpovědí, které udávají, že respondent poučení nedostal, ale v některých otázkách, kdy měla být opět odpověď, že poučení nebylo podáno, respondent uvedl jinou s nabízených odpovědí a tím zkreslil výsledky odpovědí na danou otázku.

Pro výzkumné šetření v oblasti edukace pacientů před anestezií jsem zvolila kvantitativní metodu, konkrétně metodu dotazníku vlastní konstrukce.

Zde bych zhodnotila rozsah dotazníku a přínos kladených otázek a jejich odpovědí. Rozsah dotazníku činil 27 otázek. Podle mého pozorování pacientů během sběru dat jsem zaregistrovala, že rozsah vyššího počtu otázek by mohl být pro pacienta již obtížně zpracovatelný a bylo by složité udržet pacientovu koncentraci při vyplňování takového dotazníku.

Dotazník byl členěn do 6 tématických bloků, které popíši dále. Otázky obsahovaly podle oblasti dvě až šest možností odpovědi. Pokud nebyly odpovědi specifikovány k dané oblasti, byly možnosti odpovědi ve většině otázek následující: Ano, Ne, Poučení nebylo podáno a Jiné. U otázek, které měly tématicky specifikované odpovědi, jsem neshledala žádný problém s jejich vyhodnocením. U možností odpovědi typu Ano, Ne, Poučení nebylo podáno, Jiné, jsem shledala především zásadní nedostatek, že jsem neumožnila konkretizovat odpověď „Jiné“. Stejný problém jsem spatřila u možností odpovědi „Ano“ a „Ne“, kdy jsem měla umožnit odpověď k jejich doplnění.

Tento nedostatek omezuje širší vhléd do problematiky, který by mohl být využit pro další výzkumný záměr nebo jen lepšímu pochopení dané problematiky.

Jako další bod diskuze bych zmínila dostupnost kvalitních zdrojů pro teoretickou část práce. Vzhledem k tomu, že řešitel výzkumného šetření musí mít nejprve teoretický základ, postavený na kvalitních a současně aktuálních zdrojích informací dané problematiky, jsem se potýkala s problémem takovéto zdroje nalézt v dostatečném množství. Nabídka v českém prostředí je poměrně omezená, vzhledem k tomu, že zdroje si jsou obsahově velmi podobné a neumožňují širší vhléd do problematiky. Jako další negativum jsem vnímala dostupnost aktuálních zdrojů v dané problematice. Většina kvalitních zdrojů jsou starší 10 let a pro použití jako zdroj v diplomové práci jsou bohužel nepoužitelné. Zahraniční zdroje jsem shledala jako aktuální v dané problematice a umožňovaly i potřebný širší vhléd do problematiky, jediným problémem, který jsem pocítila, bylo složité dohledávání těchto zdrojů.

Zde se přesouvám ke konkrétním cílům stanovených pro výzkumné šetření. Pokusila jsem se poskytnout srovnání výsledků svého výzkumného šetření s výsledky výzkumných šetření jak z českého, tak zahraničního prostředí a to na společné téma edukace pacientů v rámci anestezie.

Hlavní cíl byl zaměřen na obsah podaného poučení. Z výsledků svého výzkumného šetření vyplynulo, že informace konkrétních oblastí edukace před anesteziologickým výkonem odpovídaly informacím, které jsou součástí informovaného souhlasu s anesteziologickým výkonem. Tímto pacienti, kteří uvedli, že byli poučeni, zároveň potvrdili, dostali všechny povinné informace před anesteziologickým výkonem. Dále bylo ale zjištěno, že tyto informace dostalo z celkového počtu jen 55% dotázaných pacientů.

Výsledky prezentované ve výzkumné diplomové práci s názvem „Způsoby edukace o perioperačním období u pacientů ve zdravotnických zařízeních“ (Urbaníková, 2014) je uveden výsledek, že pacienti, kteří hodnotili, na jaké téma byli edukováni nejvíce, vyplynulo, že jím byla perioperační příprava.

Dovolila bych si tvrdit, že výsledky obou šetření mají společné to, že edukace před operačním nebo anesteziologickým výkonem je poměrně dostačující, bez ohledu na počet pacientů, kteří poučení dostanou.

Další stanovený cíl se týkal počtu pacientů, kteří byli edukováni v oblasti anestezie. Cílem bylo zjistit, zda všichni respondenti byli edukováni v oblasti anestezie. V této konkrétní oblasti jsem nenašla podobný zdroj, ale jen v oblasti způsobu podání edukace, kdy ze svých výsledků šetření vyplynulo, že z celkového počtu respondentů uvedlo odpověď formu tištěného informovaného souhlasu v kombinaci se slovním poučením a to v nejvyšším počtu. Forma informovaného souhlasu v kombinaci se současným slovním poučením vyplynula jako nejvhodnější a nejčastěji používaná forma poučení. Tento výsledek je možné předpokládat vzhledem k faktu, že získání informovaného souhlasu s anestezií u plánovaných diagnostických a terapeutických výkonů operační a neoperační

povahy je nutnou součástí anesteziologické péče. Tento výsledek podporují i výsledky prezentované ve výzkumné diplomové práci s názvem „Způsoby edukace o perioperačním období u pacientů ve zdravotnických zařízeních“ (Urbaníková, 2014) je uveden výsledek, že pacienti porozumí předávaným informacím mnohem lépe, když je použito více metod současně, než u pacientů, kteří jsou informováni jen ústní formou.

Z výsledků týkajících se cíle, který byl zaměřen na srozumitelnost edukace. Pacienti ve vysokém počtu hodnotili srozumitelnost poučení jako dostačující. Pacienti byli také dotazováni, zda edukující osoba využila k podání poučení pomůcku. Pacienti uvedli jen v malém počtu, že osoba, která poučení podávala, určitou pomůcku využila. Většinou šlo o informační leták.

Podle výsledků studie zpracované Angelou Cheung a kolektivem, vyplývá, že jednoduše zpracovaný, ilustrovaný informační leták pro pacienty je účinným prostředkem podání informací o rizicích a přínosech anestezie. Svoji srozumitelností a jednoduchými ilustracemi je vhodný i pro kulturně odlišnou populaci (Cheung, 2007).

Tento výzkumný fakt podporuje smysl používání pomůcek v rámci edukace. Bohužel se výsledek studie odlišuje od výsledků zjištěných v rámci svého výzkumného šetření.

Dalším faktorem ovlivňujícím srozumitelnost byla otázka okolností, za kterých bylo poučení podáno. Většina pacientů dostala poučení v časovém předstihu u plánovaného výkonu, což je pro srozumitelnost obsahu poučení pozitivní předpoklad.

Dalším stanoveným cílem bylo zjistit, zda si pacienti přejí být plně edukováni v oblasti anestezie včetně informací o rizicích a komplikacích spojených s anestezií. Velká většina dotázaných pacientů uvedlo, že chtějí být plně informováni. Pacienti také uvedli, že informace týkajících se rizik a komplikací spojených s anestezií v nich vyvolávají obavy a strach z anesteziologického výkonu.

Zde jsem použila výsledek studie Rebekky Straessle a kolektivu, ze kterého vyplývá, že informovaný souhlas (obsahující zejména informace o rizicích a komplikacích spojených s anestezií), zlepšuje vnímání podaných informací předanesteziologické konzultace, jejího přínosu a zvyšuje úroveň spokojenosti (Straessle, 2011).

Na druhou stranu studie zpracovaná Rosique a kolektivem uvádí, že pacienti po přečtení informovaného souhlasu by si více než polovina z nich přála, aby vůbec tyto informace nedostala (Rosique, 2006).

Poslední cíl byl zaměřen na dostatečnost poučení pro pacienty, kdy výsledek je pro výzkumnou oblast bezvýznamný. Z výsledků vyplynulo, že pro pacienty bylo poučení plně dostačující a to u převážné většiny z nich. Dále více než polovina pacientů uvedla, že dostali možnost si informace podaného poučení i doplnit a objasnit. Ani jiné zdroje neuvádějí, že by tato oblast edukace měla větší význam pro zkoumání nebo určitý výzkumný přínos.

Na problematiku edukace pacientů před anestezií by bylo vhodné zaměřit další výzkumné šetření. Konkrétně v oblasti podávání poučení pacientům v souvislosti s využíváním technických a jiných pomůcek pro srozumitelnější, dostatečnější a efektivnější edukaci.

6 Závěr

Diplomová práce pojednává o edukaci pacientů před aplikací anestezie.

Teoretická část práce je zaměřena na oblast edukace a k ucelenému přehledu dané problematiky je teoretická část věnována i oblasti anestezie.

Obsah zkoumání v empirické části byl zaměřen na přínos poskytované edukace pro pacienta. Výzkum byl realizován kvantitativní metodou, konkrétně metodou dotazníku vlastní konstrukce. Cílovou skupinu respondentů tvořili pacienti, kteří prošli zákrokem, vyžadujícím anesteziologickou péči. Distribuováno bylo celkem 69 dotazníků. Návratnost byla 100%. Ženy tvořily 43,48% a muži 56,52% z celkového počtu respondentů. Zde jsem uvedla základní informace z výsledků výzkumného šetření.

Hlavní cíl byl zaměřen na obsah podaného poučení. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že informace konkrétních oblastí edukace před anesteziologickým výkonem odpovídaly informacím, které jsou součástí informovaného souhlasu s anesteziologickým výkonem. Z toho je zřejmé, že pacienti, kteří uvedli, že byli poučeni, dostali všechny povinné informace před anesteziologickým výkonem. Dále bylo ale zjištěno, že tyto informace dostalo z celkového počtu jen 55% dotázaných pacientů.

Další stanovený cíl se týkal počtu pacientů, kteří byli edukováni v oblasti anestezie. Poučení se dostalo 84,1% dotázaných pacientů. Dále bylo zjištěno, že největší podíl na edukaci pacientů mají lékaři – anesteziologové a to ve 43,4%. Lékaři tedy zastávají v edukaci pacienta významnou roli. Dále vyplynulo, že nejpoužívanější formou podání poučení je prostřednictvím informovaného souhlasu za současného slovního poučení. Tato forma poučení je nejefektivnější vzhledem k tomu, že pacient má možnost si informace přečíst a zároveň má možnost dostat slovní vysvětlení, včetně doplnění a objasnění.

Z výsledků týkajících se cíle, který byl zaměřen na srozumitelnost edukace pro pacienty vyplynulo, že 84,6% dotázaných pacientů hodnotili srozumitelnost poučení jako dostačující. Pacienti byli také dotazováni, zda edukující osoba využila k podání poučení pomůcku. Pacienti uvedli jen v 10%, že osoba, která poučení podávala, určitou pomůcku využila. Většinou šlo o informační leták. Dalším faktorem ovlivňujícím srozumitelnost byla otázka okolností, za kterých bylo poučení podáno. Většina pacientů dostala poučení v časovém předstihu u plánovaného výkonu, což je pro srozumitelnost obsahu poučení pozitivní předpoklad.

Dalším stanoveným cílem bylo zjistit, zda si pacienti přejí být plně edukováni v oblasti anestezie včetně informací o rizicích a komplikacích spojených s anestezií. 73,9% z celkového počtu dotázaných pacientů uvedlo, že chtějí být plně informováni. V 50,7% pacienti také uvedli, že informace týkajících se rizik a komplikací spojených s anestezií v nich vyvolávají obavy a strach z anesteziologického výkonu. Dále vyplynulo, že většina pacientů dodržela doporučení a opatření prevence komplikací a rizik spojených s anestezií.

Poslední cíl byl zaměřen na dostatečnost poučení pro pacienty. Z výsledků vyplynulo, že 81,2% dotázaných pacientů uvedlo, že pro ně bylo poučení plně dostačující. Více než polovina pacientů uvedla, že dostali možnost si informace podaného poučení doplnit a objasnit.

Na základě výsledků šetření bych uvedla některé oblasti, které by členové anesteziologického týmu mohli vylepšit nebo zdokonalit v rámci edukace pacientů před anestezií. Jedná se o vynaložení větší snahy informovat a edukovat co nejvyšší počet pacientů před anesteziologickým výkonem.

Další oblastí, kterou bych uvedla, je využívání pomůcek ke snazšímu podání poučení před anestezií. Jak jsem již zmínila, edukující osoby velmi zřídka pomůcky využijí. Využívání pomůcek by mělo být v rámci edukace samozřejmostí. Pomáhají pacientovi lépe pochopit obsah podaného poučení a také mají nemalý vliv na zmírnění obav z anesteziologického výkonu.

Členové anesteziologického týmu by měli být schopni jednoduchým způsobem pacientovi podat informace tak, aby byly pro pacienta srozumitelné, dostačující a efektivní.

Ke kvalitnější edukaci pacientů by mohl přispět informační leták pro anesteziologické sestry, obsahující stručný a jednoduchý návod, který jim usnadní v rychlosti vytyčit důležité body týkající se edukace pacienta před anestezií.

Tato práce by mohla motivovat členy anesteziologického týmu k zamyšlení se nad potřebou pacienta získat kvalitní edukaci před anesteziologickým výkonem. Výsledky výzkumu by mohly vést k uvědomění si kvalitních a kladných faktorů edukace, které jsou přínosem jednak pro pacienta a stejně tak pro průběh anesteziologické péče. Na druhé straně mohou výsledky poskytnout možnost identifikovat faktory působící negativní dopad na pacienta a anesteziologickou péči a její průběh.

7 Seznam použité literatury:

93584. Informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb. www.epravo.cz. [online]. 15.5.2016 [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/informovany-souhlas-pacienta-s-poskytovanim-zdravotnich-sluzeb-93584.html>

ADAMUS, Milan. Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 358 s. : il., tab. ; 24 cm. ISBN: 978-80-244-2996-0

BRATOVÁ, Andrea a Ján MURGAŠ. Bezpečnost pacientů při anestezii. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 7-8, s. 44-45. ISSN: 1210-0404.

CVACHOVEC, Karel a Vladimír ČERNÝ, Ivan HEROLD et al. Zásady bezpečné anesteziologické péče. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, 2012, roč. 23, č. 1, s. 50-51. ISSN: 1214-2158.

CVACHOVEC, Karel. Prof. K. Cvachovec: Nepodceňujme poanestetickou péči. *Zdravotnické noviny*, 2011, roč. 60, č. 31-32 (Lékařské listy), s. 1, 2 příl. ISSN: 0044-1996.

ČERNÝ, Vladimír a Tomáš GABRHELÍK, Ivan HEROLD et al. Doporučený postup analgezie a sedace dospělých pacientů v intenzivní péči. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, 2014, roč. 25, č. 5, s. 392-396. ISSN: 1214-2158.

ČERNÝ, Vladimír. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, 2014, roč. 25, č. 3, s. 244-246. ISSN: 1214-2158.

ČERNÝ, Vladimír. Předoperační vyšetření. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, 2012, roč. 23, č. 5, s. 275-276. ISSN: 1214-2158.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Historie a vývoj oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína v České republice z pohledu časových milníků a statistických čísel. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, 2012, roč. 23, č. 6, s. 287-289. ISSN: 1214-2158.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Informované souhlasy a stížnostní agenda jsou bez hranic. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2011, roč. 58, č. 6, s. 390-391. ISSN: 1212-3048.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Perioperační přístup k pacientům, závislým na opioidech a se zvýšenou tolerancí [[elektronický zdroj]]. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2013, roč. 60, č. 3 (Supplementum), s. 37-41. ISSN: 1212-3048.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Spánková deprivace, plánované operační výkony a bezpečnost pacienta - splňují důvody pro nový informovaný souhlas?. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2011, roč. 58, č. 1, s. 84-85. ISSN: 1212-3048.

DUBOIS, Carl-Ardy (ed.) — MCKEE, Martin (ed.) — NOLTE, Ellen (ed.). Human resources for health in Europe. 1st ed. Maidenhead : Open University Press, 2006. ISBN: 0-335-21855-5; 978-0335-21855-4; 0-335-21856-3; 978-0335-21856-1.

DUŠOVÁ, Bohdana. Edukace v ošetrovatelství. II. část. [Ostrava : s.n., 2006]. 67 s.

EGBERT, Lawrence D.; JACKSON, Stephen H. Therapeutic benefit of the anesthesiologist–patient relationship. The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 2013, 119.6: 1465-1468.

GULÁŠOVÁ, Ivica a Lenka GÖRNEROVÁ, Lada CETLOVÁ et al. Strach pacienta před operací. Sestra, 2014, roč. 24, č. 2, s. 38-39. ISSN: 1210-0404.

GUO, Ping. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: A review of randomised controlled trials. Journal of clinical nursing, 2015, 24.1-2: 34-46.

HALL, Judith A., et al. How patient-centered do female physicians need to be? analogue patients' satisfaction with male and female physicians' identical behaviors. Health communication, 2015, 30.9: 894-900.

HELLEROVÁ, Markéta a Stanislava PÁNOVÁ, Helena SAJDLOVÁ. Rádce pacienta: příručka ke zlepšení bezpečí pacienta. Vyd. 1. Praha : Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009.

HEROLD, Ivan. Současná koncepce analgosedace v intenzivní péči. Anesteziologie & intenzivní medicína, 2013, roč. 24, č. 4, s. 276-284. ISSN: 1214-2158.

HESS, Ladislav. Jak působí anestetika na mozek. Anesteziologie & intenzivní medicína, 2012, roč. 23, č. 2, s. 102. ISSN: 1214-2158.

HORÁČEK, Michal. Dlouhodobé důsledky celkové anestezie. Lékařské listy, 2013, roč. 2013, č. 7 (Anesteziologie, resuscitace, algeziologie), s. 8-9.

CHEUNG, Angela, et al. A patient information booklet about anesthesiology improves preoperative patient education. Canadian Journal of Anesthesia, 2007, 54.5: 355-360.

CHYTRA, Ivan a Vladimír ČERNÝ. Premedikace a lačnění. Anesteziologie & intenzivní medicína, 2014, roč. 25, č. 3, s. 239-240. ISSN: 1214-2158.

Informovaný souhlas pacienta. zdravi.euro.cz. [online]. 15.5.2016 [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/informovany-souhlas-pacienta-458294>

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.

KAVANAGH, Trevor a Donal J. BUGGY. Může anesteziologický postup ovlivnit pooperační výsledky?. Current opinion in anaesthesiology, 2012, roč. 3, č. 2, s. 36-48. ISSN: 1804-204X.

KITZLEROVÁ, Eva. Desatero pro úzkostné pacienty. 2010. Psychiatrická klinika I. LF UK FN Praha 2, 2010. populární práce: informační letáky pro pacienty.

KLAFTA, Jerome M.; ROIZEN, Michael F. Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthesia: a review. Anesthesia & Analgesia, 1996, 83.6: 1314-1321.

KOLÁŘ, Jiří, et al. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. 4. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.

LACROIX, Anne et Jean-Philippe ASSAL. Therapeutic education of patients: new approaches to chronic illness. Paris : Vigot, 2000. ISBN: 2-7114-1496-5.

LARSEN, Reinhard. Anestezie. Vyd. 2. české. Praha: Grada, 2004, 1376 s. ISBN 80-247-0476-5.

LINCOVÁ, Dagmar a Hassan FARGHALI. Základní a aplikovaná farmakologie. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, xxiv, 672 s. ISBN 978-80-7262-373-0.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve. Martin : Osveta, c2009. ISBN: 978-80-8063-326-4.

MÁLEK, Jiří. Praktická anesteziologie. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 188 s. : il., tab. ; 24 cm + 1 DVD. ISBN: 978-80-247-3642-6.

MAVRIDOU, P., et al. Effect of previous anesthesia experience on patients' knowledge and desire for information about anesthesia and the anesthesiologist: a 500 patients' survey from Greece. Acta Anæsthesiologica Belgica, 2011, 63.2: 63-68.

MAVRIDOU, Paraskevi, et al. Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. Journal of anesthesia, 2013, 27.1: 104-108.

PACHL, Jan a Karel ROUBÍK. Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí. Vyd. české 1. Praha: Karolinum, 2003, 374 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0479-5.

POKORNÝ, Jiří. Poselství anesteziologům. Anesteziologie & intenzivní medicína, 2011, roč. 22, č. 6, s. 349-354. ISSN: 1214-2158.

PRŮCHA, Jan. Moderní pedagogika. 2., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8631-4.

RAY, William T.; DESAI, Sukumar P. The history of the nurse anesthesia profession. Journal of Clinical Anesthesia, 2016, 30: 51-58.

WAGNER, Robert. Kardioanestezie a perioperační péče v kardiochirurgii. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing as, 2009. 336 s. ISBN 987-80-247-1920-7.

ROSIQUE, I., et al. Use and Usefulness of Information for Patients Undergoing Anesthesia, The. Med. & L., 2006, 25: 715.

RŮŽIČKOVÁ-JAREŠOVÁ, Lucie. Lokální anestezie, její typy, užívaná anestetika. Dermatologie pro praxi, 2012, roč. 6, č. 2, s. 100-101. ISSN: 1802-2960.

SHIN, Sujin; PARK, Jin-Hwa; KIM, Jung-Hee. Effectiveness of patient simulation in nursing education: Meta-analysis. Nurse education today, 2015, 35.1: 176-182.

SKŘIPSKÝ, Roman a Jitka NOVÁKOVÁ. Volba anestezie, rizika a požadavky na předoperační vyšetření pacienta k elektivnímu výkonu. Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR, 2011, roč. 21, č. 5, s. 18-23. ISSN: 1212-6152.

STRAESSLE, Rebekka, et al. Is a pre-anaesthetic information form really useful?. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2011, 55.5: 517-523.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha : Galén, 2012. ISBN: 978-80-7262-845-2.

SVÍTEK, Marek a Jan BRUTHANS, Richard ČEŠKA. Požadavky na předoperační vyšetření z pohledu anesteziologa. Vnitřní lékařství, 2012, roč. 58, č. 7-8, s. 591-596 (e CD208-CD213). ISSN: 0042-773X.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2012. ISBN: 978-80-7394-246-5.

TUNAJEK, Sandra. Easing patients' fears about anesthesia-Research initiatives, the development of protocols and standards, and the enhancement of education requirements for new anesthesia providers are all ways to. Nurse Practitioner, 2006, 9: 4-5.

URBANÍKOVÁ, Ivana. Způsoby edukace o perioperačním období u pacientů ve zdravotnických zařízeních. 2014.

WOLESKÁ, Jana. Význam psychologické předoperační přípravy u pacientů vyššího věku [[elektronický zdroj]]. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2013, roč. 60, č. 2, s. 14-17. ISSN: 1212-3048.

WYATT, Andrea; ARCHER, Frank; FALLOWS, Brian. Use of simulators in teaching and learning: Paramedics' evaluation of a Patient Simulator?. Australasian Journal of Paramedicine, 2015, 5.2.

Zajištění anesteziologické péče lékařem je naší výhodou - rozhovor. Medical tribune, 2012, roč. 8, č. 20, B2. ISSN: 1214-8911.

ZEMANOVÁ, Jitka. Základy anesteziologie. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009-, ^^^sv. ISBN 978-80-7013-505.

Seznam použitých zkratk:

ASA	American Society of Anesthesiologists
MAC	minimální alveolární koncentrace
NMBA	neuromuscular blocking agent
TIVA	totální intravenózní anestezie
VIMA	výlučně inhalační anestezie

Seznam tabulek:

Tabulka 1 Edukace a ošetrovatelský proces	15
Tabulka 2 Pohlaví	30
Tabulka 3 Věková kategorie	31
Tabulka 4 Vzdelání	32
Tabulka 5 Víra	33
Tabulka 6 Operační zákrok v minulosti.....	34
Tabulka 7 Typ anestezie	34
Tabulka 8 Poučení	35
Tabulka 9 Edukující osoba	36
Tabulka 10 Jakým způsobem bylo poučení podáno	37
Tabulka 11 Pomůcka	38
Tabulka 12 Okolnosti.....	39
Tabulka 13 Komfort.....	40
Tabulka 14 Vyjadřování	41
Tabulka 15 Srozumitelnost	42
Tabulka 16 Informace o rizicích a komplikacích	43
Tabulka 17 Strach a obavy.....	44
Tabulka 18 Dodržování doporučení	45
Tabulka 19 Dostatečnost.....	46
Tabulka 20 Doplnění a objasnění	47
Tabulka 21 Význam.....	48
Tabulka 22 Osobní a zdravotní anamnéza.....	49
Tabulka 23 Povaha onemocnění	50
Tabulka 24 Průběh a způsob	51
Tabulka 25 Poučení o typu anestezie, doporučení, možnosti.....	52
Tabulka 26 Výhody a nevýhody	53
Tabulka 27 Rizika a komplikace	54
Tabulka 28 Nutnost dodržování poučení	55

Seznam obrázků:

Graf 1 Pohlaví.....	30
Graf 2 Věková kategorie.....	31
Graf 3 Vzdělání.....	32
Graf 4 Víra.....	33
Graf 5 Operační zákrok v minulosti	33
Graf 6 Typ anestezie	34
Graf 7 Poučení	35
Graf 8 Edukující osoba	36
Graf 9 Jakým způsobem bylo poučení podáno	37
Graf 10 Pomůcka	38
Graf 11 Okolnosti	39
Graf 12 Komfort	40
Graf 13 Vyjadřování	41
Graf 14 Srozumitelnost.....	42
Graf 15 Informace o rizicích a komplikacích	43
Graf 16 Strach a obavy	44
Graf 17 Dodržování doporučení	45
Graf 18 Dostatečnost	46
Graf 19 Doplnění a objasnění	47
Graf 20 Význam.....	48
Graf 21 Osobní a zdravotní anamnéza.....	49
Graf 22 Povaha onemocnění.....	50
Graf 23 Průběh a způsob.....	51
Graf 24 Poučení o typu anestezie, doporučení, možnosti.....	52
Graf 25 Výhody a nevýhody.....	53
Graf 26 Rizika a komplikace	54
Graf 27 Nutnost dodržování poučení.....	55

Přílohy:

Příloha A: Informovaný souhlas FN v Motole

Příloha B: Informovaný souhlas VFN v Praze

Příloha C: Žádost o umožnění dotazníkové akce ve FN v Motole

Příloha D: Žádost o umožnění dotazníkové akce ve VFN v Praze

Příloha E: Vyjádření etické komise VFN v Praze

Příloha F: Dotazník

Příloha G: Edukační leták

Příloha H: Souhlas se zveřejněním závěrečné práce v ÚVI



FN MOTOL

Razítko pracoviště

**Informovaný souhlas zákonného zástupce
s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů) osobě jím
zastupované**

Příjmení: Jméno: RČ pacienta:

1. Název zdravotního výkonu:

- anestézie pro vyšetřovací nebo léčebný výkon

2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

-

3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:

a) Celková anestézie (narkóza)

Celková anestézie znamená lékařem pomocí léků navozená a dále řízená ztráta vědomí po dobu nezbytně nutnou k provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu. Během celkové anestézie je vyřazeno jak vědomí, tak i vnímání bolesti. Účelem anestézie je zajištění klidného a bezbolestného průběhu operačního výkonu nebo vyšetření.

Příprava k celkové anestézii začíná podrobným předoperačním vyšetřením, které provádí na požádání operátora praktický lékař pacienta, při komplikujících onemocněních lékař-specialista. K vyšetření patří i vyšetření krve, moči, EKG, RTG plic nebo další nezbytná speciální vyšetření dle doporučení lékaře-specialisty nebo operátora. Pacient a zákonný zástupce jsou dále informováni o předoperačních opatřeních (omezení jídla a pití, zákaz kouření a další dle typu výkonu) včetně užívání léků. Pokud je předpokládán výkon akutní, probíhají veškerá předoperační vyšetření v nemocnici.

Součástí anestézie je i tzv. premedikace. Večer v den před anestézií a ráno v den výkonu je pacientovi podán lék na zklidnění a odstranění úzkosti. Většinou se jedná o podání ústy (tablety, kapky), výjimečně injekčně do svalu nebo pod kůži. Po podání premedikace by pacient neměl vstávat z lůžka bez doprovodu zdravotnického pracovníka pro možné riziko pádu při možné ztrátě koordinace pohybu.

Po převzetí pacienta na operačním sále zavádí anesteziologická sestra nebo lékař pacientovi do žíly na horní končetině nitrožilní kanylku z umělé hmoty. Ta slouží k podávání

infuzních roztoků, transfuzních přípravků a léků potřebných k zahájení a dalšímu vedení anestézie.

Pro bezpečné vedení anestézie je pacient během anestézie trvale sledován monitorovacím systémem. Měření krevního tlaku se provádí v pravidelných intervalech pomocí manžety přiložené na paži (před usnutím pocit tlaku při nafouknutí manžety).

Pacientovi jsou na tělo nalepeny elektrody k sledování EKG a na prst ruky je připevněn snímač obsahu kyslíku v krvi.

Anestézie je zahájena podáním léků k úvodu do anestézie, pacient usíná a anestézie dále pokračuje dle potřeb operátora a také s ohledem k zdravotnímu stavu pacienta.

Dýchání je zajištěno u krátkých výkonů při vlastním dýchání pacienta anesteziologickou maskou, jinak jsou dýchací cesty zajištěny tzv. intubační rourkou. Ta je z umělé hmoty a zavádí se do průdušnice pacienta již v anestézii ústy nebo nosem. V některých případech je možné použít k zajištění dýchacích cest pomůcku – laryngeální masku.

Dokonalé a bezpečné zajištění dýchacích cest je nezbytné pro další bezpečný průběh výkonu. V některých výjimečných případech (úrazy obličeje, anatomické poměry) je nezbytné použít i speciální postupy a techniku (video, fibrooptický zavaděč).

Zejména při takovémto obtížném zajištění dýchacích cest nebo při špatném stavu chrupu pacienta může dojít k jeho poškození (i nesnímatelných protéz). Je proto nezbytné anesteziologa při pohovoru informovat o stavu chrupu, případně před výkonem navštívit zubního lékaře.

Po ukončení anestézie přechodně přetrvává účinek anestetik, pacient již reaguje na oslovení, ale na bezprostřední pooperační období si nepamatuje, postupně se spánek změkčuje k plnému vědomí.

V pooperačním období jsou pacientovi podávány léky proti bolesti, přičemž výběr léků-analgetik a cesta a způsob podání analgetik jsou závislé na povaze a rozsahu operačního výkonu. Pacient by v pooperační době neměl trpět bolestí! Nebojte se ohlásit ošetřující sestře nebo lékaři, že máte bolest, nesnažte se bolest překonat. Nikoho neobtěžujete!

b) Svodná anestézie a analgezie (epidurální, subarachnoidální (spinální), periferní nervové blokády)

Použitím místních anestetik dojde v určené oblasti těla k úplnému vyrazení bolesti, tím je umožněné provést operační zákrok.

Příprava pacienta je stejná jako u celkové anestézie: interní předoperační vyšetření, premedikace.

Při epidurální nebo subarachnoidální („spinální“) analgézi a anestézii je podáváno místní anestetikum do prostor, kde probíhají nervová vlákna z míchy. Podle místa operace je voleno i místo podání. Převážně se jedná o oblast bederní páteře, event. hrudní páteř. Znečitlivění se provádí speciálními jehlami, které jsou upravené zvláště pro tyto účely a významně snižují riziko komplikací. Vpich v předem určeném prostoru se provádí u pacienta v poloze na boku s pokrčenými dolními končetinami, předkloněnou hlavou a vyhrbenými zády (*poloha „kočičí hřbet“*). Další možnost podání je vsedě v předklonu.

Po desinfekci místa vpichu se znečitliví kůže místním anestetikem, dále se provede nalezení příslušného prostoru a podání anestetika. Při podání do epidurálního prostoru je možné zároveň zavést tenkou cévku k podávání analgetik jak během operace, tak i v pooperačním období k zajištění bezbolestnosti.

Při subarachnoidálním podání anestetika je se ztrátou citlivosti spojena i přechodná ztráta pohyblivosti anestetizované oblasti.

Periferní nervové blokády – podáním místního anestetika dojde k znečtivění příslušné oblasti, která je daným nervovým svazkem ovlivňována. Nervové blokády se užívají k méně rozsáhlým nebo speciálním operacím na končetinách, ale i na krku.

Detekce příslušného nervového svazku se provádí pomocí přístroje, který vysílá drobné elektrické impulsy přes k tomu určenou jehlu. Elektrické impulsy vyvolají drobné záškuby svalstva, které je příslušným nervem řízené. Poté se podá místní anestetikum.

Svodná anestézie neovlivňuje vědomí pacienta. Vzhledem k tomu, že prostředí operačního sálu, operace a zvuky jsou pro pacienta stresující, jsou mu podávána během operace sedativa do žíly. Pacient ospává, je ale probuditelný a na pobyt většinou nemá nepříjemné vzpomínky.

Všechny výše popsané způsoby svodné anestézie je možné kombinovat jak mezi sebou, tak i s celkovou anestézií. To platí zejména v případech, kdy zvolená svodná anestézie není plně dostačující pro předpokládaný výkon (rozšíření výkonu, délka výkonu, nedostatečná anestézie rozsahem nebo intenzitou).

c) Analgosedace – podání analgetik a sedativ nitrožilně, operační výkon probíhá bezbolestně, pacient je v lehkém umělém spánku, kdykoliv probuditelný.

4. Rizika zdravotního výkonu:

Celková anestézie: zejména bolest v krku, chrapot, pooperační nevolnost až zvracení, bolest svalů, poranění cév, zubů, dýchacích cest, zvýšená únava, alergická nebo toxická reakce na podané léky.

Svodná anestézie: zejména poranění cév, bolesti zad při znečtivění v oblasti páteře, bolesti hlavy, vzácně porucha citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znečtivění, zadržetí moče, toxická nebo alergická reakce na anestetikum, nedostatečná účinnost svodné anestézie.

Zcela výjimečně může v souvislosti s podáním anestézie následovat přechodné nebo i trvalé postižení jedné nebo více životně důležitých funkcí nebo úmrtí.

5. Alternativy zdravotního výkonu:

Anesteziolog jako lékař specialista navrhuje Vámi zastupované osobě co možná nejvhodnější druh anestézie vzhledem k rozsahu operace nebo výkonu a zároveň k stávajícímu zdravotnímu stavu osoby Vámi zastupované.

Jako alternativy se nabízí:

celková anestézie
spinální anestézie
kontinuální epidurální pooperační analgezie
analgosedace
epidurální anestézie
jiná svodná anestézie

Prohlášení zákonného zástupce o výběru druhu anestézie:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem anesteziologem srozumitelně poučen o jednotlivých druzích anestézie a rozhodl jsem se pro:

.....

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Předpokládaná doba hospitalizace:

- anestézie bez komplikací nemá vliv na délku hospitalizace

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- 24 hodin od celkové anestézie. U spinální anestézie po dobu 8 hodin, u epidurální anestézie a analgezie po dobu zavedení katetru.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- 24 hodin od celkové anestézie. U spinální anestézie po dobu 8 hodin, u epidurální anestézie a analgezie po dobu zavedení katetru.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- v souvislosti s jakýmkoliv typem anestézie nejsou žádná

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

Je nezbytné, aby zákonný zástupce zajistil osobě jím zastupované transport z nemocnice a doprovod, a do 24 hodin po celkové i svodné anestézii trvajícím dohled k tomu vhodné osoby; důrazně se nedoporučuje jezdit bez doprovodu prostředky hromadné dopravy.

Zákonnému zástupci je sděleno telefonické spojení na Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol.

Do 24 hodin od anestézie se pacient nesmí věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost.

Do 24 hodin od anestézie pacient nesmí požívat alkoholické nápoje nebo jiné návykové látky.

Příprava pro pacienty přicházející do nemocnice v den výkonu, který bude proveden v anestézii, je součástí „Poučení pro pacienty podstupující výkon v celkové anestézii“.

8. Poučení zákonného zástupce a pacienta a zjištění názoru pacienta:

Zákonný zástupce má právo svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb osobě jím zastupované, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Vždy je však třeba zjistit názor nezletilého pacienta, který je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se, a názor pacienta s omezenou svéprávností k právním úkonům.

(*zakroužkujte jednu z možností a-c)

a) Nezletilý pacient je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se a s navrhovaným zdravotním výkonem souhlasí (pacient s omezenou svéprávností s navrhovaným zdravotním výkonem souhlasí).

b) Nezletilý pacient je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se, ale s navrhovaným zdravotním výkonem nesouhlasí, a to z následujících důvodů (pacient s omezenou svéprávností s navrhovaným zdravotním výkonem nesouhlasí):

.....
.....

c) Názor pacienta nemohl být zjištěn z následujících důvodů:

.....

9. Odpovědi na doplňující otázky zákonného zástupce a pacienta:

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného zákonného zástupce a pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o zdravotním stavu pacienta a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas zákonného zástupce:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované (viz výše), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi.

Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

.....

V Praze, dne

.....
Podpis zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Odmítá-li se zákonný zástupce podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen odmítnutí:

Jméno a příjmení svědka:

Důvody nepodepsání souhlasu:

V Praze, dne

.....
Podpis svědka

Příloha B Informovaný souhlas VFN v Praze

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Informovaný souhlas
--

Lékař, který provedl poučení: _____

Pacient _____

Jméno, příjmení, rodné číslo

Zákonný zástupce pacienta _____

Jméno, příjmení, rodné číslo, trvale bytem

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který *mi/osobě, které jsem zákonným zástupcem*, má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Celková, místní, svodná, kombinovaná (= celková + místní) anestezie (= znečitlivění), analgosedace (= zklidnění + snížení vnímání bolesti).

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

zajistit klidný a nebolestivý průběh operačního výkonu nebo vyšetření.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Lékař specialista (dále jen anesteziolog) mne poučí o výkonu a provede vstupní vyšetření, zhodnotí můj celkový stav/*celkový stav osoby, které jsem zákonným zástupcem* a typ operačního výkonu nebo vyšetření a doporučí mi typ anestezie, analgosedace či analgezie vhodný pro klidný průběh výkonu.

Celková anestezie zcela vyřazuje vědomí a vnímání bolesti v celém těle. Spolu se svodnou anestézií se používá u většiny rozsáhlých výkonů. Užívá se při ní směsí látek navozujících spánek, silné léky proti bolesti a látky uvolňující svalové napětí. Cesty podání těchto léků jsou nejčastěji nitrožilní a inhalační.

Celková analgezie (analgosedace) potlačuje vnímání bolesti v celém těle, pocity tlaku, dotyku apod. zůstávají zachovány. Vlivem tisících léků může být pacient v polospánku a na výkon si nepamatuje.

Místní anestézie vyřazuje vnímání bolesti v určité oblasti těla (= svodné znečitlivění, kdy anesteziolog aplikuje léky do okolí míšních kořenů či nervových pletení) či pouze v operované tkáni (= infiltrační anestézie – provádí je většinou sám operatér). Podle rozsahu a způsobu svodné anestezie rozlišujeme anestezii epidurální, subarachnoideální (v oblasti páteřního kanálu a míchy) či blokády periferních nervů.

Místní analgezie potlačí pouze bolestivé vjemy v operované oblasti, je možno ji využít i pooperačně.

Na volbu druhu znečitlivění má vliv Váš zdravotní stav/*zdravotní stav osoby, které jsem zákonným zástupcem*, prodělaná předchozí onemocnění, věk a charakter plánované operace. Součástí anesteziologické péče po výkonu je péče o důležité životní funkce, především dýchání, krevní oběh a vědomí.

Byl/a jsem poučen/a anesteziologem o jednotlivých druzích znečitlivění a rozhodl/a jsem se pro:

(vybrané označte křížkem)

- celkovou anestezii
- svodnou anestezii epidurální
- svodnou anestezii subarachnoideální
- jinou svodnou anestezii
- infiltrační anestezii
- anestezii kombinovanou (celkovou a svodnou / infiltrační)
- analgosedaci či analgezii

Byl/a jsem poučen/a, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:

- mezi nežádoucí účinky plynoucí ze zvoleného typu anestezie či analgezie patří bolesti svalů a hlavy, nevolnost, zvracení, přechodná ospalost a porucha koordinace, bolesti v krku, chrapot, poranění cév,

nervu, bolesti zad při znecitlivění v oblasti páteře, vzácně poruchy citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znecitlivění, zadržetí moče,

- dále se vyskytují závažné komplikace, včetně život ohrožujících, vznikajících v souvislosti s anesteziologickým postupem nebo s komplikujícími onemocněními (např. alergické reakce, toxické reakce na místní anestetika, poranění tkání jehlou při zvolené technice místního znecitlivění, selhání dýchání či krevního oběhu, selhání ledvin, jater),
- neočekávané prodloužení chirurgického výkonu a technická náročnost svodných anestezií přináší riziko konverze na celkovou anestezii.

Souhlasím s těmito následujícími léčebnými postupy a vyšetřeními v nutném rozsahu, který sníží rizika anestezie, analgosedace, analgezie :

Mezi tyto základní postupy patří zajištění dostatečné plicní ventilace a průchodnosti dýchacích cest pomocí speciálních pomůcek a postupů (nejčastěji tzv. tracheální intubací). Vzácně při ní (je-li obtížná) může dojít k poškození chrupu včetně nesnímatelných náhrad či poranění měkkých tkání v ústní nebo nosní dutině. Dále je nezbytné sledování životních funkcí neinvazivní, případně invazivní metodou (kanylace tepny nejčastěji na zápěstí a centrální žíly v oblasti krku či klíční kosti), což je opět spojeno s možností komplikací (např. pneumothorax, poranění plíce, poranění cévy).

Souhlasím též s nezbytným podáním krevních derivátů během výkonu a jsem si vědom/a, že i přes pečlivou kontrolu krevních derivátů jak ze strany transfúzního oddělení VFN, tak ze strany anesteziologa, může dojít ve výjimečných případech ke komplikacím spojených s převodem krevních derivátů (horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob atd.).

Byl/a jsem poučen/a o nutnosti předoperační přípravy (především omezení přísunu jídla, pití a kouření, podání premedikace) a ve vlastním zájmu dodržím všechna nařízení anesteziologa, včetně nutnosti nezbytné spolupráce podle poučení anesteziologa v případě výběru některé z technik místního znecitlivění. Prohlašuji, že jsem anesteziologovi sdělil/a všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh výkonu (užívané léky, alergie, všechna přidružená onemocnění).

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu/bude osoba, které jsem zákonným zástupcem do jisté míry omezen/a v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti. Především může být po určité době (až 24 hod.) ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti. V případě ambulantních výkonů je proto nezbytné si zajistit i doprovod. V následujících 24 hod. se nebudu/ nebude osoba, které jsem zákonným zástupcem věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost (např. řízení motorového vozidla).

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu.

Beru na vědomí, že během anestezie, analgosedace, analgezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu vyžadující modifikaci předem domluveného postupu při výkonu a dávám svolení k překročení tohoto oprávnění v zájmu zajištění života a zdraví mého/ osoby, které jsem zákonným zástupcem včetně návazné resuscitační či intenzivní péče.

Současně **prohlašuji**, že v případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré potřebné a neodkladné výkony a léčebné postupy nutné k záchraně života nebo zdraví mého/osoby, které jsem zákonným zástupcem.

V Praze dne :

Vlastnoruční podpis pacienta / zákonného zástupce

Podpis lékaře, který poučení provedl

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

Příloha C Žádost o umožnění dotazníkové akce ve FN v Motole

Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací na téma: Edukace pacientů před aplikací anestezie

Vážená paní náměstkyně,

Žádám Vás o umožnění dotazníkové akce na oddělení III. chirurgické klinice FN Motol. Dotazník se týká edukace pacientů před aplikací anestezie, kdy dotazníková akce proběhne až po anesteziologickém výkonu a to na oddělení chirurgie. Předmětem zkoumání je zjistit, kdo se podílí na edukaci, jaký byl obsah edukace, jaké metody používají členové anesteziologického týmu, jak pacienti hodnotí poskytovanou edukaci a vliv správně poskytnuté edukace na průběh a toleranci anestezie. Pro úplnost přikládám dotazník.

Předem děkuji za schválení.

Gabriela Vizinová
Studentka navazujícího magisterského
oboru intenzivní péče a resuscitace
1.lf UK




V Praze dne 27.5. 2015

SOUHLASÍM


Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

Příloha D Žádost o umožnění dotazníkové akce ve VFN v Praze

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	VIZINOVÁ GABRIELA		
Kontaktní adresa	NA PANKRÁCI 5, PRAHA 4, 140 00		
Telefon	777 702 717	e-mailová adresa	VIZINGAB@GMAIL.COM
Škola / fakulta	1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY		
Obor studia	NAVAZUJÍCÍ MAGISTERSKÉ - INTENZIVNÍ PÉČE		
Téma závěrečné práce	EDUKACE PACIENTŮ PŘED APLIKACÍ ANESTEZIE		
Termín sběru dat	1.8. - 15.8. 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	I. CHIRURGICKÁ KLINIKA VFN		
Zjišťované informace	KDO SE PODÍLÍ NA EDUKACI PACIENTŮ PŘED APLIKACÍ ANESTEZIE JAKÉ METODY EDUKACE POUŽÍVÁJI ČLENOVÉ ANESTEZIOLOG. TÝMU JAK PACIENTI JSMI HODNOTI POSEJTOVANOU EDUKACI OBSAH EDUKACE, VLIV SPRÁVNĚ TOUKJTNUTE EDUKACE NA TRŽEBŮ A TOLER. ANEES.		
Forma prezentace dat:	INFORMAČNÍ LETÁK PRO ANESTEZIOLOGICKE SESTRY		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	10.3.2015	Podpis žadatele	<i>Vizina</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	27.5.2015	Podpis	<i>Vizina</i> Mgr. Petra Čamrová Vrchní sestra I. chirurgická klinika
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele	Mgr. DITA SVOBODOVÁ, Ph.D., MBA		
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Částka	
Datum		Podpis	<i>Dita Svobodová</i> VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE NAMĚSTEK PRO NELEKÁŘSKÁ ZDRAVOTNICKÁ POVOLÁNÍ A KVALITU 128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2 - 1-06-2015 Mgr. Dita Svobodová, Ph.D.

Příloha E Vyjádření etické komise VFN v Praze

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel. 224964131
e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní

Bc. Gabriela Vizinová
I. chirurgická klinika VFN a I.LF UK
U Nemocnice 2
128 08 Praha 2

25.6.2015
čj.: 1177/15 S-IV (ind.výzkum)

Zasílací adresa: Na Pankráci 5, 140 00 Praha 4

Vážená paní bakalářko,
Etická komise VFN projednala na svém zasedání dne 25.6.2015 Vámi předložený projekt – ind.výzkum:
čj.: 1177/15 S-IV.

Název studie: Diplomová práce: Edukace pacientů před aplikací anestezie.

Datum doručení žádosti: 9.6.2015

- **Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement:** 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/ Other
- Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion: Ano/Yes Ne, zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session: 25.6.2015 (15,30 – 18,30 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled / List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Bc. Gabriela Vizinová, I. chirurgická klinika hrudní břišní a úrazové chirurgie VFN a I.LF UK, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů/ List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis z 27.5.2015	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii u pacientů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacienty, česká nedatovaná verze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci podepsaná Mgr. Svobodovou, vč. Souhlasu vrchní sestry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN v Praze bez finanční podpory třetím subjektem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Bc. Gabriela Vizinová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise: EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a souhlasí s jeho realizací na I. chirurgické klinice VFN a I. LFUK.

Podpis předsedy EK / Signature of Chairperson 1/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Speciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA., Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column :

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 25.6.2015

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

2/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze

Příloha F Dotazník

Vážená paní, vážený pane.

Jmenuji se Gabriela Vizinová a jsem studentkou magisterského oboru Intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. K dokončení svého studia potřebuji obhájit diplomovou práci na téma Edukace před aplikací anestezie. Proto Vás prosím o pečlivé přečtení každé otázky a pravdivé odpovědi. Dotazník je dobrovolný a anonymní a poslouží pouze k vypracování mé diplomové práce.

Děkuji Vám za spolupráci.

Prosím, zaškrtněte vyhovující odpověď.

1. JAKÉ JE VAŠE POHLAVÍ?

- Žena
- Muž

2. JAKÝ JE VÁŠ VĚK?

- 18-30
- 31-45
- 46-60
- 61 a více

3. JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské

4. JSTE VĚŘÍCÍ?

- Ano
- Ne

5. MĚL/A JSTE JIŽ V MINULOSTI OPERAČNÍ ZÁKROK, KTERÝ VYŽADOVAL ANESTEZII?

- Ano
- Ne

6. JAKÝ TYP ANESTEZIE JSTE MĚL/A NYNÍ?

- Celková anestezie - uvedení do spánku s celkovým znecitlivěním
- Místní anestezie - zavedení katétru s anestetikem do páteřního kanálu
- Kombinovaná anestezie
- Jiný typ anestezie

7. BYL/A JSTE PŘED OPERAČNÍM ZÁKROKEM POUČEN/A V OBLASTI ANESTEZIE?

- Ano
- Ne

8. KDO POUČENÍ O ANESTEZII PROVEDL?

- Všeobecná sestra
- Anesteziologická sestra
- Lékař – anesteziolog
- Anesteziologická sestra i lékař – anesteziolog
- Nikdo
- Jiná osoba

9. JAKÝM ZPŮSOBEM VÁM BYLO POUČENÍ PODÁNO?

- Formou tištěného informovaného souhlasu s anestezií
- Formou tištěného informovaného souhlasu s anestezií za současně probíhajícího slovního poučení
- Formou tištěného informovaného souhlasu s anestezií, kdy slovní poučení proběhlo s časovým odstupem
- Poučení neproběhlo
- Jinou formou

10. BYLA K VYSVĚTLENÍ POUŽITA TECHNICKÁ NEBO JINÁ POMŮCKA?

- Ano
- Ne
- Pokud ano, jaká (doplňte).....

11. ZA JAKÝCH OKOLNOSTÍ VÁM BYLO POUČENÍ PODÁNO?

- V anesteziologické ambulanci
- S časovým předstihem u plánovaného výkonu
- V časové tísni u neplánovaného výkonu
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

12. BYL BĚHEM POUČENÍ ZAJIŠTĚN DOSTATEČNÝ KOMFORT? (soukromí, pohodlí a klid)

- Ano, v maximální možné míře
- Ano, vzhledem k možnostem
- Ne, potřebný komfort nebyl zajištěn
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

13. BYLA ZVOLENA VHODNÁ JAZYKOVÁ FORMA A ZPŮSOB VYJADŘOVÁNÍ?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

14. BYLO VÁM POSKYTNUTÉ POUČENÍ SROZUMITELNÉ?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

15. BYLO POSKYTNUTÉ POUČENÍ DOSTAČUJÍCÍ?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

16. DOSTAL/A JSTE MOŽNOST SI PODANÉ POUČENÍ O ANESTEZII DOPLNIT NEBO OBJASNIT?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

17. MĚLO PRO VÁS PODANÉ POUČENÍ V DANÉ SITUACI VÝZNAM?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

18. PŘEJETE SI BÝT PLNĚ INFORMOVÁN/A O VŠECH RIZICÍCH A KOMPLIKACÍCH SPOJENÝCH S ANESTEZIÍ PŘESTO, ŽE POSKYTNUTÍ TĚCHTO INFORMACÍ JE POVINNÉ?

- Ano, chci být plně informován/a
- Tyto informace pro mě nemají zásadní význam
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

19. DOMNÍVÁTE SE, ŽE JSOU INFORMACE O RIZICÍCH I KOMPLIKACÍCH SPOJENÝCH S ANESTEZIÍ VYVOLÁVAJÍCÍM FAKTOREM OBAV A STRACHU Z ANESTEZIE?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

20. DODRŽOVAL/A JSTE DOPORUČENÍ A OPATŘENÍ K PREVENCI KOMPLIKACÍ I RIZIK SPOJENÝCH S ANESTEZIÍ?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

21. BYL SOUČÁSTÍ PODANÝCH INFORMACÍ SBĚR OSOBNÍ A ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZY?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

22. OBSAHOVALO POUČENÍ INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

23. OBSAHOVALO POUČENÍ INFORMACE O PRŮBĚHU VÝKONU A ZPŮSOBU PROVEDENÍ?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

24. OBSAHOVALO POUČENÍ INFORMACE O TYPECH ANESTEZIE, DOPORUČENÍ VHODNÉHO TYPU A NÁVRH PŘÍPADNÝCH MOŽNOSTÍ?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

25. OBSAHOVALO POUČENÍ INFORMACE O VÝHODÁCH A NEVÝHODÁCH NAVRHOVANÉ ANESTEZIE?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

26. OBSAHOVALO POUČENÍ INFORMACE O RIZICÍCH A KOMPLIKACÍCH SPOJENÝCH S ANESTEZOLOGICKÝM VÝKONEM?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

27. OBSAHOVALO POUČENÍ INFORMACE O NUTNOSTI DODRŽOVÁNÍ DOPORUČENÍ A OPATŘENÍ K PREVENCI KOMPLIKACÍ A RIZIK SPOJENÝCH S ANESTEZIÍ?

- Ano
- Ne
- Poučení nebylo podáno
- Jiné

Ještě jednou Vám děkuji za Váš čas, který jste věnoval/a vyplnění tohoto dotazníku.

Edukace pacientů před aplikací anestezie pro anesteziologické sestry

Připrav se na edukaci...

- ❖ Připrav si potřebné pomůcky a materiál
- ❖ Zajisti soukromí, pohodlí a klidné prostředí
- ❖ Osvěž si teoretické znalosti dané edukace
- ❖ Vymezi si dostatek času

Dodržuj následující pravidla edukace...

- ❖ Použij vhodnou jazykovou formu a způsob vyjadřování
- ❖ Vyjadřuj se srozumitelně
- ❖ Přizpůsob edukaci stavu, věku a vzdělání pacienta
- ❖ Nezapomeň na trpělivost
- ❖ Umožni pacientovi si informace doplnit nebo objasnit

Nezapomeň pacienta poučit v těchto oblastech v rámci tvých kompetencí...

- ❖ Osobní a zdravotní anamnéza
- ❖ Povaha onemocnění
- ❖ Způsob provedení a průběh výkonu
- ❖ Rizika a komplikace anestezie
- ❖ Výhody a nevýhody anestezie
- ❖ Nutnost dodržování doporučení a opatření

Ujistí se, že...

- ❖ Pacient porozuměl poučení
- ❖ Netrpí obavami a strachem
- ❖ Pacient chápe i své povinnosti

Příloha H Souhlas se zveřejněním závěrečné práce v ÚVI

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis