

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

CELKOVÁ A REGIONÁLNÍ ANESTÉZIE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA FOROSOVÁ, DiS

Praha 2015

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Celková a regionální anestézie

Bakalářská práce

VERONIKA FOROSOVÁ, DiS

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Lukáš Pavlovský

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Forosová Veronika
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

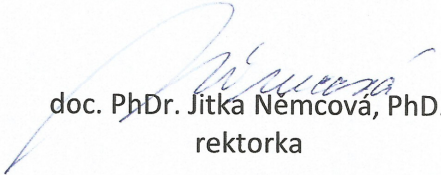
Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče při celkové a regionální anestezii

Nursing Process in General and Regional Anesthesia

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Lukáš Pavlovský

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

.....

V Praze dne 30. března 2015

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji MUDr. Lukáši Pavlovskému za cenné rady, podněty, pomoc a veškerý čas, který mi věnoval při konzultacích, ochotu, porozumění a připomínky při zpracování bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat široké veřejnosti, která se zúčastnila průzkumu k vypracování této bakalářské práci. Dále bych chtěla poděkovat všem osloveným ambulancím v Karlovarském kraji za spolupráci a za získání důležitých a potřebných údajů potřebným pro zpracování bakalářské práce.

Rovněž bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mi s prací velmi pomohli.

.....

V Praze dne 30. března 2015

ABSTRAKT

FOROSOVÁ, Veronika. *Celková a regionální anestézie*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Lukáš Pavlovský. Praha 2015. 77 s.

Tématem bakalářské práce je celková a regionální anestézie. Téma bylo zvoleno pro jeho aktuálnost a ne příliš výraznou známost mezi laickou veřejností. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou, v rámci které je popsáno, provedené výzkumné šetření. V teoretické části se práce zaměřuje na historii a současnost oboru anestézie a významné osobnosti daného oboru. Teoretická část práce je vypracována za využití odborných literárních zdrojů. Obsahuje vysvětlení pojmů celková a regionální anestézie, jejich jednotlivé způsoby využití v praxi. Jelikož mnoho osob si často tyto pojmy zaměňuje a nerozumí jejich významu. Nedílnou součástí je také informovanost a edukace pacienta a laické veřejnosti.

Nosnou částí práce je výzkumná část, kde bylo představeno a zrealizováno za využití kvantitativní metodologie. Technikou sběru dat bylo dotazníkové šetření.

Cílem práce bylo zjistit jaké znalosti má laická veřejnost o typech anestézií, se zaměřením na jejich zkušenosti se samotným průběhem anestézie, formou, případnou edukací a jejich následným anesteziologickým výkonem.

Klíčová slova

Anestézie, rozdělení anestézie, pacient a veřejnost, výzkum

ABSTRACT

FOROSOVÁ, Veronika. General and Regional Anesthesia. Medical College. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: MUDr. Lukáš Pavlovský. Praha 2015. 77 pages.

The theme of the Bachelor's thesis is the Total and Regional Anesthesia. The topic was chosen for its timeliness and not too strong acquaintance among the general public. The thesis is divided into a theoretical part and practical part, which is described by the research investigation. In the theoretical part of the work focuses on the history and present of the anesthesia and important personalities of the given scope.

The theoretical part of the work is drawn up for the use of literary sources. Contains an explanation of the concepts of total and regional anesthesia, in their individual ways to use in practice. Since many people often confused and not understand these concepts and their importance. It is also an integral part of the awareness and education of the patient and general public.

The carrier work is a research section, where it was introduced and performed for the use of quantitative methodology. The technique of data collection was a questionnaire survey. The aim of the work was to find out what the general public has knowledge about the types of anesthesia, focusing on their experience with the course of anesthesia, in the form of education, a possible anesthesiology and their subsequent performance.

Key words

Anesthesia, division anesthesia, Patient and the public, research

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD	15
1 ANESTÉZIE	17
1.1 Vymezení oboru anestézie	17
1.1.1 Bolest a její aspekty	17
1.2 Historické aspekty.....	18
1.3 Podoba současné anestézie	20
1.4 Dělení anestézie	21
1.4.1 Celková anestézie	21
1.4.2 Lokální anestézie	24
1.4.3 Analgosedace	27
1.5 Komplikace v anestézii.....	28
1.5.1 Komplikace celkové anestézie.....	29
1.5.2 Regionální anestézie a její komplikace.....	31
1.6 Informovaný souhlas s anestézií.....	34
2 EDUKACE	35
2.1 Pojem edukační proces	35
2.2 Význam edukace ve zdravotnictví.....	36
2.3 Fáze edukačního procesu	36
2.4 Typy edukace v ošetrovatelství.....	37
2.5 Faktory edukace	37
3 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	38
3.2 Hypotézy	38
4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
4.1 Výzkumná metodika a technika sběru dat	39
4.2 Cílový soubor respondentů	39
4.3 Pilotní šetření	40
5 VÝSLEDKY	41

6 DISKUZE	58
6.1 Diskuze s užitou metodikou a technikou sběru dat.....	58
6.2 Vyhodnocení výzkumných hypotéz.....	59
6.3 Zhodnocení výsledků výzkumu	60
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Aj – a jiné

Apod – a podobně

Např – například

Pí – paní

Tj – to je/to jsou

Tzv – tak zvaný

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Acidóza – porucha homeostázy vnitřního prostředí, porucha acidobazické rovnováhy

Algeziologie – lékařský obor zabývající se léčbou bolesti a bolestivých stavů

Anafylaxe – náhle vzniklý a život ohrožující stav

Analgetika – látky, které přímo potlačují bolest

Analgoosedace – slabší forma anestézie, kombinace látek tlumících a sedativ, pacient může po výraznějším impulsu navázat verbální kontakt

Anestetika – látky, které znecitlivují místně nebo celkově

Anestézie – znecitlivění, odstranění bolesti při odborných výkonech, vyřazení veškerého cití

Artoskopie – operační výkon, vyšetřovací nebo léčebná metoda, kdy lékař může kloub přímo prohlédnout a pomocí endoskopického nástroje provést chirurgický výkon

Arytmie – porucha rytmu (srdečního)

Aspirace – vdechnutí cizího tělesa nebo tekutiny do dýchacích cest

Atonie – ztráta napětí tonu svalů

Bradykardie – zpomalení srdeční frekvence, pomalý nebo nepravidelný rytmus

Bronchospasmus – zúžení průdušek bronchů, křeč svalstva průdušek s následným zúžením jejich průsvitu

Dysetézie – porucha smyslové citlivosti

Dyskrazie – porucha ve složení tělních tekutin

Edukace – vychovávat, vést vpřed

Fascikulace – samovolné záškuby svalových vláken

Fissura – štěrbina, trhlina

Fraktura – označení pro zlom nebo zlomeninu

Homeostáza – udržování stálosti vnitřního prostředí organismu

Hypertermie – zvýšení vnitřní teploty těla nad normální rozmezí

Hypnotika – látky navozující spánek a tlumí psychomotorickou aktivitu

Hypotenze – nízký krevní tlak

Hysterektomie – chirurgické odstranění dělohy

Infekce – nákaza, přítomnost mikroorganismu

Inhalační – způsob aplikace do dýchacích cest

Insuficience – nedostatečnost, selhávání

Intramuskulární – způsob aplikace do svalu

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Laryngospasmus – křečovitě uzavření hrtanu

Lumbální (anestézie) – anestetikum je aplikováno přímo do páteřního kanálu v bederní krajině

Morbidita – označení nemocnosti nebo chorobnosti u lidí

Myorelaxancia – látky, které navozují relaxaci svalů a svalových skupin

Nauzea – pocit nevolnosti s nutkáním ke zvracení

Oftalmolog – oční lékař, zabývá se onemocněním a chirurgií zrakových drah

Prevence – soustava opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu

Rektální – způsob aplikace do rekta/konečnicku

Retence – zadržení, podržení

Sedativa – látky se zklidňujícím účinkem

Spasmus – nefyziologický stav, kdy dochází k nadměrnému či dlouhodobému stahu kosterní nebo hladké svaloviny

Subarachnoideální (anestézie) – zavedení anestetika do vaku tvrdé pleny míšní

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Typy lokálně působících anestetik	26
Tabulka 1 Přehled inhalačních anestetik	22
Tabulka 2 Ramsayovo skóre.....	28
Tabulka 3 Zdroj informací pro respondenta	52
Graf 1 Pohlaví respondentů	41
Graf 2 Věk oslovených respondentů.....	42
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	43
Graf 4 Druh anestézie užitá u respondenta	44
Graf 5 Zkušenosti respondentů s prodělanou anestézií	45
Graf 6 Rozdíl mezi celkovou a místně působící anestézií dle respondentů.....	46
Graf 7 Edukace pacientů před provedením anestézie	47
Graf 8 Informovanost respondenta před anestézií o jejich případných komplikacích ...	48
Graf 9 Kdo ze zdravotnických pracovníků edukaci u respondenta prováděl	49
Graf 10 Míra informovanosti respondenta.....	50
Graf 11 Skutečnost, zda si respondenti zjišťovali informace sami.....	51
Graf 12 Efektivnost edukačního procesu u respondenta	53
Graf 13 Poučení respondenta o opatřeních před a po podání anestézie.....	54
Graf 14 Opatření	55
Graf 15 Dodržení režimových opatření respondentem.....	56

Graf 16 Důvod respondenta pro nerespektování režimových opatření stanovených lékařem.....	57
---	----

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je Celková a regionální anestézie. Toto téma bylo zvoleno pro jeho aktuálnost a ne příliš výraznou známost mezi laickou veřejností. Mnoho osob si často zaměňuje pojmy celková a regionální anestézie. Každá hospitalizace pacienta, která je spojená s nutností aplikace anestézie, je pro nemocného velmi zatěžující a stresující situací. S termínem anestézie se pojí pojem bolest, což je vůbec nejčastější důvod aplikace anestézie. Bolest jako taková je velmi nepříjemným a stresujícím faktorem, který provází mnohé choroby nebo úrazy nebo je důvodem pro podání celkové anestézie (úrazy). V současné době jsou k dispozici mnohé farmakologické i nefarmakologické metody (např. psychoterapie, akupunktura) léčby bolesti, ale skutečností je, že bolest se nedá zcela odstranit, ve většině případech se daří ji pouze zmírňovat či minimalizovat. Velmi záleží na zdroji bolesti (bolest poúrazová, bolest pooperační, bolest vznikající na podkladě onkologického onemocnění).

Mimo jiné jsou také důležité další osobností charakteristiky a osobnostní profil daného nemocného (např. věk, pohlaví, vzdělání, minulé zkušenosti s bolestí, způsob reagování a chování apod.). Úleva či zmírnění od bolesti je základním posláním kvalitního a efektivního ošetrovatelského přístupu. Snaha po zmírnění bolesti je jednou z nejdůležitějších základních potřeb každého živého tvora. Aby mohla být léčba bolesti kvalitní, musí být dodržen předpoklad individuálního přístupu k nemocnému a to v rámci tzv. multidisciplinárního přístupu (lékař, sestry, psycholog, fyzioterapeut a další).

Bakalářská práce je standardně rozčleněna na část teoretickou a na část praktickou, v rámci které je popsáno, provedené výzkumné šetření. V teoretické části se práce zaměřuje na historii a současnost oboru anestézie a významné osobnosti daného oboru. Dále je zde popsáno rozdělení anestézie (regionální anestézie, celková anestézie a analgosedace). Teoretická část práce je vypracována za využití odborných literárních či internetových zdrojů, jejichž seznam je prezentován v příslušné kapitole na konci bakalářské práce.

V rámci praktické části bakalářské práce bylo představeno provedené výzkumné šetření, které bylo zrealizováno za využití kvantitativní metodologie, kdy technikou sběru dat bylo dotazníkové šetření. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké znalosti mají

respondenti o typech anestézie, jaké jsou jejich zkušenosti se samotným průběhem anestézie a také forma a míra jejich edukace před anesteziologickým výkonem. Respondenti byli osoby, které minimálně jedenkrát podstoupili anesteziologický výkon a jejich věk se pohybuje nad 18 let.

1 ANESTÉZIE

V rámci této kapitoly se jsem se zaměřovala na popsání minulosti a současnosti vývoje anestézie a typů anestézie. Dále je zde prezentováno dělení anesteziologických výkonů na regionální, celkovou anestézii a analgosedaci.

1.1 VYMEZENÍ OBORU ANESTÉZIE

Anestézie znamená výkon, při kterém buď dochází k úplnému, tedy celkovému, uspání pacienta, nebo je aplikována tzv. regionální (místní) anestézie, jejímž prostřednictvím dochází k umrtvení pouze té části těla, kde mám být proveden konkrétní diagnostický nebo terapeutický zásah. Jednoduše řečeno anestézie představuje znecitlivění, tedy odstraňuje bolest při prováděných výkonech (Bártlová, 2006).

1.1.1 BOLEST A JEJÍ ASPEKTY

Bolest je považována za komplexní jev, jehož vnímání a prožívání je ovlivňováno působením mnoha rozmanitých aspektů a faktorů. Také reakce na bolest jsou přísně individuální a zcela specifické. Z tohoto důvodu je tedy bolest jako pojem obtížné jednoznačně definovat (Stoklasová, 2009). Tóthová uvádí, že: „nemocný prožívá bolest jako negativním, nepříjemný pocit, ale bolest v sobě nese i pozitivní prvek. Na počátku onemocnění je bolest varovným signálem - informuje nás o poškození orgánu, což nás může chránit před dalším poškozením“ (Rothová, 2000, s. 230).

Definici pojmu bolesti, která byla přijata Mezinárodní společností pro studium bolesti v roce 1979 a dále byla přijata Světovou zdravotnickou organizací zní, že bolest je nepříjemnou sensorickou a emocionální zkušeností jedince, která je úzce spojena s akutním či potencionálním poškozením organismu, jeho tkání a orgánů. Tato definice mimo jiné uvádí, že bolest je vždy subjektivního charakteru. V souvislosti s bolestí Světová zdravotnická organizace poukazuje na souvislost mezi tělesnými a psychickými prožitky při působení bolesti (Janáčková, 2009).

Algeziologie je lékařský obor věnující se léčbě bolesti a bolestivých stavů. Jedná se o obor, který spadá do novodobých dějin lékařské péče.

Analgezie se zaměřuje především na léčbu bolesti chronické (maligní nádorové stavy, neuralgie trigeminu aj.). Zakladatelem oboru analgezie je John J. Bonica, což byl americký lékař věnující se anesteziologii (Rokyta a kolektiv, 2009). Gross uvádí, že: „všechny bolestivé stavy, jež možno úspěšně léčit místním znecitlivěním jsou chronické“ (Gross, 1997, s. 44). Za zcela specifickou indikaci k léčbě místní anestézií je považován tzv. periferní iritační syndrom, který je charakterizován poruchou senzitivity (disestézie), homeostázy (dyskrazie) a hybnosti (Gross, 1997).

1.2 HISTORICKÉ ASPEKTY

Tyll, Dostálová, Netuka a kolektiv uvádějí, že: „objev, respektive zavedení anestézie v lékařství byl klíčový milník pro rozvoj chirurgie. Postupem doby se anesteziologie stala samostatným oborem“ (Tyll, Dostálová, Netuka a kolektiv, 2014, s. 11).

Počátky anestézie a anesteziologického oboru spadají do doby starověku, kdy již ve starověkém Egyptě a v Sýrii byly používány rozmanité odvary, nejčastěji, z opia, které vedly k potlačení a snížení bolesti při léčebných procedurách. Po celá staletí mnoho lékařů a dalších odborníků hledalo možnosti jak by bylo možné se bolesti zcela zbavit a realizovat tak velmi bolestivé a náročné zákroky, při nichž není žádoucí, aby jedinec byl při vědomí (náročné operace apod.). Průlom v této oblasti nastal až v roce 1846, kdy vyvrcholily výzkumy, které se zabývaly tématem odstranění či alespoň zmírnění bolesti. Důležitou osobou této doby byl W. Morton, který v Bostonu v místní nemocnici narkotizoval nemocného, který se podroboval operačnímu zákroku. Jednalo se o vůbec první bezbolestný zákrok, kdy za narkotickou látku byl užit éter. (Rokyta a kolektiv, 2009).

Tento nový typ bezbolestných operací se rychle rozšířil a kromě éteru se začalo využívat i narkotických účinků chloroformu. Další významný pokrok v oblasti anestézie byl zaznamenán až v roce 1884, kdy bylo k anestézii využito látky kokainu. V době po první světové válce došlo k výraznému rozvoji a pokroku v oblasti anesteziologie, kdy byla objevena a hojně následně využívána látka Thiopental, která se aplikovala intravenózně. Za vůbec největší pokrok bylo považováno objevení svalových relaxantů, která dokáží blokovat přenos na nervosvalových ploténkách, ve 40. letech 20. století.

Za užití těchto anestetik bylo zajištěno, že u nemocných (operandů) je možno provádět zcela bezbolestné operační či diagnostické zákroky a výkony (Tóthová, 2000).

V našich zemích historie anesteziologie spadá do období kolem roku 1847, kdy Celestin Opitz jako první užil éterovou anestézií v nemocnici Na Františku v Praze. Jako první tuto metodu anestézie vyzkoušel nejprve na zvířatech a následně ji začal užívat i u lidí.

Vůbec první anesteziologické oddělení bylo v Čechách založeno až po druhé světové válce a to v Ústřední vojenské nemocnici, která sídlila v Praze, v nemocnici v Krči a v nemocnici v Brně (Larsen, 2004).

Užívání anestetik k místnímu znecitlivění se používá již od pradávna. Například v jihoamerických společenstvích, ještě dávno před Kryštofem Kolumbem, se lékaři (chirurgové) při provádění operací nabuzovali a stimulovali žvýkáním listů koky a následně své sliny plivali do operačních ran pacientů, což mělo snižovat bolest a citlivost při zákroku (Larsen, 2004). Jednalo se tedy o prapůvodní formu lokální anestézie, která byla praktikována za využití alkaloidu kokainu. Kokain byl izolován kolem roku 1860. Například Sigmund Freud se zabýval zkoumáním účinků kokainu na lidskou psychiku, psychické a kognitivní pochody. Vzorek kokainu poskytl oftalmologovi jménem Koller, který si zcela náhodně olízl prsty potřísněné touto látkou a došlo u něho k znecitlivění špičky jazyka. Tento objev byl následně zkoušen a začal být hojně využíván při léčbě nemocných. Výrazným negativem kokainu a jeho účinků je skutečnost, že kokain je vysoce návykovou látkou a také má na organismus toxický vliv. Z tohoto důvodu byl v roce syntetizován tzv. Procain, který se užívá i v dnešní medicíně (Benešová, 2001).

1.3 PODOBA SOUČASNÉ ANESTÉZIE

V současnosti se k aplikaci anestézie využívá velké množství anesteziologických látek a také se provádějí různé typy anestézie, celková anestézie, regionální znecitlivění a analgosedace. K uvedení pacienta do anestézie se používají tyto látky:

- Sedativa, látky se zklidňujícím účinkem.
- Hypnotika, tj. látky, které navozují spánek a tlumí psychomotorickou aktivitu jedince.
- Analgetika, což jsou látky, které přímo potlačují bolest.
- Anestetika jsou látky, které znecitlivují a to buď místně nebo celkově.
- Myorelaxancia představují látky, které navozují relaxaci svalů a svalových skupin (Larsen, 2004).

Výše uvedené látky, které se používají k navození anestézie jsou nejčastěji buď intravenózního nebo inhalačního charakteru (Rokyta a kolektiv, 2009).

Anestézie sama o sobě nemá žádný terapeutický účinek, neboť její indikací je nutnost provedení operačního, diagnostického a terapeutického výkonu, který je pro pacienta výrazně bolestivý nebo i jinak nepříjemný a u pacienta tak způsobuje jednak bolest, ale i strach, úzkost, nejistotu nebo dokonce hrozí riziko, že provedení daného výkonu u pacienta nebude možné (Málek a kolektiv, 2014).

Pro nutnost zhodnocení, který typ anestézie aktuálně užít je důležité si určit následující aspekty:

- Zda se jedná o dospělého osobu nebo o dítě.
- Zda se jedná o krátkodobý či dlouhodobý výkon (výkon nad 40 minut a déle).
- V jaké tělesné lokalitě má být operační či jiný výkon realizován.
- Morbidita pacienta a jeho celkový aktuální stav.
- Skutečnost, zda se jedná o urgentní nebo plánovaný operační výkon.
- U pacientů, kteří, z důvodu choroby nebo psychického stavu, nejsou schopni při chystaném výkonu spolupracovat (Larsen, 2004).

Neustále se farmaceutické firmy a odborníci snaží nalézt ideální místně působící anestetikum, které by mělo efektivní účinek, velmi krátkou dobu nástupu účinku (umrtvení) a dlouho dobu působení. Důležitým faktem je, aby nepůsobilo toxicky

na nemocného jedince. Zároveň by bylo vhodné, aby nezpůsobovalo alergické reakce (kožní alergické reakce) a bylo cenově dostupné. Takováto látka, která by naplňovala všechna uvedená kritéria zatím nebyla objevena, i když mnoho místně působících anestetik některá z uvedených parametrů alespoň částečně naplňuje (Benešová, 2001).

1.4 DĚLENÍ ANESTÉZIE

Anestézii je možno dělit, dle účinku, na celkovou anestézii, na lokální anestézii a na analgosedaci. Každý z těchto uvedených typů anestézie má svá specifika a indikaci k podání.

1.4.1 CELKOVÁ ANESTÉZIE

Celkovou anestézii neboli laicky narkózu je možné použít při provádění velmi rozsáhlých, náročných, urgentních nebo bolestivých výkonů. Za druhy tzv. celkové anestézie je považována:

- Inhalační typ anestézie,
- Intravenózní typ anestézie,
- Intramuskulární typ anestézie,
- Rektální anestézie (Tóthová, 2000).

Celková anestézie je charakterizována jako reverzibilní útlum ve fungování centrální nervové soustavy. Jedná se o stav, který nemocnému napomáhá překonat a zvládnout operační výkon, diagnostické postupy apod. Mnoho nemocných, ale i zdravotnických pracovníků se domnívá, že se jedná o stav, který je navozen farmakou a způsobuje změněný stav chování a jednání nemocné osoby. Tento stav bývá jimi definován jako dočasná ztráta vědomí spojená s imobilitou a vymizením některých reakcí jedince na působení vnějších stimulů (Horáček, 2013).

Před provedením celkové anestézie u pacienta je realizováno tzv. anesteziologické vyšetření, které provádí lékař anesteziolog, který nemocného vyšetří a současně jej seznámí s veškerými informacemi, které se týkají samotné celkové anestézie – edukuje jej (Bártlová, 2006). Poté pacient podepíše informovaný souhlas s anestézií, kdy

podepisuje, že je mimo jiné seznámen s tím, že anestézie může mít dopad na jeho obvyklý způsob života, dále na pracovní schopnost (jako je práce ve výškách, řízení automobilu aj.) a to po dobu až 24 hodin po aplikaci celkové anestézie (Horáček, 2013).

Inhalační anestézie je realizována tak, že jsou zaváděny anestetické plyny (viz tabulka 1) nebo anestetické páry do dýchacích cest a plic pacienta. Z dýchacích cest se anestetika dále dostávají přes tzv. alvelokapilární membránu do krevního řečiště, odkud jsou dopravována do mozkové tkáně, což je cílovým místem působení anestetik při uvedení pacienta do celkové anestézie. Úvod do anestézie je charakterizován dobou mezi podáním anestetika do organismu nemocného až po dosažení stavu, kdy je již možno realizovat chystaný výkon. U nemocného dochází k situaci, že v jeho organismu narůstá dávka příslušného anestetika a to až do chvíle, kdy pacient usíná (Larsen, 2004).

Následně je nutné zajistit zcela bezproblémový a bezrizikový průběh anestézie, kdy je nutné, aby byl pacient zaintubován, aby byla zajištěna průchodnost jeho dýchacích cest a to po celou dobu výkonu, dále aby byla zajištěna a udržována dostatečná plicní ventilace a okysličování tkání těla pacienta, především mozkové tkáně. V době anestézie je lékař anesteziolog zodpovědný za zajištění základních životních funkcí (dechová frekvence, akce srdeční, rohovkový reflex, krevní tlak) (Tóthová, 2000).

Tabulka 1 Přehled inhalačních anestetik

Inhalační anestetika	
Typ inhalačního anestetika	Bod varu anestetika
<u>Halotan</u>	50 °C
<u>Enfluran</u>	56 °C
<u>Isofluran</u>	49 °C
<u>Oxid dusný</u>	-88 °C
<u>Diethylether</u>	35 °C
<u>Sevofluran</u>	58 °C
<u>Desfluran</u>	23 °C

Zdroj: (Málek a kolektiv, 2011), (Larsen, 2004).

Horáček uvádí, k problematice celkové anestézie, že: „celková anestetika jsou dnes podezřívána z toho, že narušují fungování mozku dlouhodobě“ (Horáček, 2013). Toto podezření je prezentováno především u velmi malých dětí, starých osob nebo osob, které jsou tzv. polymorbidní, kdy mozková tkáň je velmi senzitivní k narušení vnitřní homeostázy organismu (Horáček, 2013).

Intravenózní anestézie představuje situaci, kdy jsou anestetika aplikována nemocnému přímo žilním vstupem do cévního řečiště. Intravenózní anestézie je poměrně, v současné době, hojně užívanou anesteziologickou technikou. Užívají se tzv. barbiturátová anestetika (např. Thiopental, Pentobarbital aj.) a nebarbiturátová anestetika (např. Ketamin, Propanidid apod.). Dále je k intravenózní anestézii možno ještě užít benzodiazepinových hypnotik, kam patří Diazepam, Lorazepam a další.

Výhody intravenózní anestézie jsou ty, že dochází k rychlému probouzení z anestézie a umožnění rychlé a plné výkonnosti operované osoby, snižuje se také intenzita pooperační bolesti. Uvedená intravenózní anestetika jsou v doporučených dávkách pro organismus neškodná a nepůsobí na něj tedy toxicky (Larsen, 2004).

Nevýhody intravenózní aplikace je možno rozdělit na nežádoucí účinky v průběhu samotné anestézie a v době po výkonu, tedy po probuzení pacienta. V průběhu anestézie se často jedná o prezentaci mimovolních salových fascilitací (záškubů), škytavku, salivaci, kašel, vznik bronchospasmu a laryngospasmu. Dále se objevuje vyšší riziko poklesu krevního tlaku, což je důležité především u osob, které primárně trpí nižšími hodnotami krevního tlaku (hypotenze). Je možná i přítomnost srdečních arytmií, respiračních depresí a dýchacích insuficiencí, nauzey či dokonce zvracení. Mezi nežádoucí účinky intravenózní aplikace anestézie, které se prezentují po výkonu můžeme zařadit nejčastěji vznik atonie, která se může objevovat jak v oblasti trávicího traktu (atonie střev), tak v uretrální soustavě. Dále se objevuje acidóza a zvýšení některých enzymů (např. jaterní enzymy). Častá je také nauzea, zvracení a bolest hlavy, malátnost (Tóthová, 2000).

Intramuskulární anestézie se většinou podává v těch případech, kdy se jedná o zcela nevladatelného pacienta, např. dítě nebo handicapovanou osobu, která potřebuje ošetřit. Intramuskulární anestézie se podává jako prvotní zklidnění pacienta a možnosti zajištění jeho žilního přístupu pro podání intravenózní anestézie. K intramuskulární

anestézii se často podává Ketamin, který lze aplikovat intramuskulárně (Málek a kolektiv, 2011).

Rektální forma anestézie představuje podání anestetika v podobě čípku či podání rektálního nálevu. Tento typ anestézie se volí především u menších výkonů nebo u dětí a polymorbidních osob. Rektální anestézie bývá využíváno spíše ojediněle, často jako možnost utlumení pacienta před nepříjemným či invazivním diagnostickým výkonem (např. počítačová tomografie s kontrastní látkou, magnetická rezonance s kontrastní látkou, aj.). (Málek a kolektiv, 2011).

U dospělých jedinců se často k úvodu do anestézie používá intravenózní aplikace anestetik, u dětí se využívá spíše formy inhalační či aplikace anestetik do svalové tkáně (intramuskulární aplikace) (Larsen, 2004). Při provádění anestézie se aplikuje takové množství anestetika (dle věku a dle hmotnosti), které pacienta uvede do spánku, ale poté je z organismu odbouráváno, což se projevuje tím, že se nemocný z narkózy probouzí (Bártlová, 2006).

V případě, že se při podávání anestézie, podává kombinace více způsobů anestézie současně, tak se jedná o tzv. anestézii doplňovanou, která se skládá z následujících částí: hypnotikum, opioid, anestetikum inhalačního charakteru a svalové myorelaxans. Hlavním cílem a efektem podávání doplňované anestézie je skutečnost, že se dávky jednotlivých látek podávají ve sníženém množství a tak se snadněji z organismu odbourávají a také se snižuje riziko výskytu a prezentace vedlejších účinků těchto látek (Larsen, 2004).

1.4.2 LOKÁLNÍ ANESTÉZIE

Regionální neboli místní či lokální anestézie představuje znecitlivění pouze vybrané a především místně ohraničené části na těla (např. končetina). Místního znecitlivění je možno dosáhnout také užitím nadměrného chladu nebo tlaku na vybrané místo. Účinek místně působících anestetik spočívá v tom, že dochází k zablokování nervosvalového přenosu v dané lokalitě a nemocný tedy nepocítuje bolest při výkonu (Benešová, 2001). Benešová uvádí, že: „místní znecitlivění (anestézie) vede k vyřazení vnímání veškerých podnětů z určité oblasti těla“ (Benešová, 2001).

V lokální anestézii je využíváno účinku místních anestetik, která působí buď na periferní či na míšní nervy. Místní anestetika se odlišují od většiny celkově působících anestetik tím, že se aplikují přímo k nervovým strukturám, které mají být znecitlivěny a ovlivněny (Málek a kolektiv, 2011).

Za hlavní indikace pro aplikaci lokální anestézie jsou považovány buď chirurgické výkony (drobné operační výkony) nebo nechirurgické výkony, jako jsou nejčastěji výkony spojené s léčbou bolesti (např. opich bolestivého místa), léčba svalových spasmů a místní poruchy krevní cirkulace (Benešová, 2001).

Dělení lokální anestézie je na:

Topická místní anestézie čili anestézie povrchová, kdy se anestetika aplikují ve formě roztoku, gelu nebo masti přímo na pokožku nebo na sliznice, kde má být výkon realizován (obory oftalmologie, otorinolaryngologie, dermatologie aj.) (Rokyta a kolektiv, 2009).

Infiltrační lokální anestézie je typ znecitlivění, kdy se do podkoží nebo do oblasti svalu v okolí místa operačního zákroku aplikuje místně působící anestetikum.

Svodná anestézie nebo anestézie blokuující nervové struktury. V tomto případě se aplikuje anestetikum do blízkosti nervového kmene a tím dojde k přerušení šíření nervových vzruchů v požadované oblasti, která je daným nervovým kmenem zásobena. Užití tohoto typu místní anestézie je především ve stomatologii nebo při tzv. epidurální anestézii, kdy se anestetikum aplikuje přímo do epidurálního prostoru, a zde působí na kořeny míšních nervů (Benešová, 2001).

Subarachnoideální neboli lumbální anestézie je prováděna tak, že je anestetikum aplikováno přímo do páteřního kanálu, kde se nachází mozkomíšní mok (likvor), a to tak, aby při vpichu nedošlo k poškození míchy. Vlastní resorpce lokálně aplikovaného anestetika do páteřního kanálu je velmi pomalá a tedy dlouhodobě účinkující (Benešová, 2001).

V lokální anestézii lze operovat veškeré operační zákroky na dolních končetinách (např. křečové žíly, artroskopie kloubů, fraktury kostí, nebo provedení totální endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu aj.) (Málek a kolektiv, 2011). Z gynekologických výkonů se provádí císařský řez, hysterectomie (odstranění dělohy

vaginální nebo abdominální cestou). Operační výkony, které jsou lokalizovány v dolní části břicha, výkony na střevech nebo provedení appendektomie. Zcela nevhodné pro užití lokální anestézie jsou tzv. laparoskopické výkony, kdy se do břišní dutiny aplikuje oxid uhličitý, břišní dutina se jím nafukuje a vyklenuje, neboť při tomto výkonu je nutné znecitlivění rozsáhlejší oblasti břišní stěny (Benešová, 2001). Indikováni k tomuto typu anestézie jsou také nemocní, u kterých nelze, ze zdravotních důvodů nebo vysokého věku, užít celkovou anestézii (Larsen, 2004).

Rozdělení lokálně působících anestetik (viz obrázek 1). Esterová lokálně působící anestetika mají velmi krátkou dobu účinku. Kokain se z důvodu vysoké a především rychle vznikající závislosti a toxicity na organismus téměř nevyužívá. Jedná se o látku, která podléhá legislativním předpisům, které se týkají omamných a psychotropních látek. Prokain je krátkodobě působící látka, která při podání současně zvyšuje i účinek místně působící myorelaxans. Tetrakain je několikanásobně účinnější než-li Prokain a jeho nástup účinku je velmi rychlý s dlouhým působením. Jeho velmi významnou nevýhodou je toxicita, proto se od jeho používání ustupuje. Amidová lokální anestetika se nejvíce užívají, neboť se u nich objevuje velice málo alergických reakcí. Cinchokain je považován za jeden z nejúčinnějších, ale také nejtoxičtějších místně působících anestetik, neboť u něho dochází k absorpci do krevního řečiště. Toto místně působící anestetikum se používá pouze k tzv. topické anestézii, kdy je součástí mastí, čípků aj. Nejčastěji se využívá k léčbě hemoroidů, bolestivých análních fissur (trhliny) (Benešová, 2001).

Obrázek 1 Typy lokálně působících anestetik



Zdroj: (Benešová, 2001).

1.4.3 ANALGOSEDACE

Analgoosedace je typ anestézie, kterého se využívá u drobných a časově nenáročných invazivních diagnostických a terapeutických výkonů. Stav analgoosedace je navozen tak, že se nemocnému aplikuje současně analgetikum a sedativum. Hlavním cílem analgoosedace je tedy jednak utlumení bolesti, ale i zklidnění pacienta s navozenou svalovou relaxací. Při analgoosedaci nedochází u nemocného ke stavu bezvědomí jako je tomu u celkově působící anestézie. Analgoosedace ve srovnání s celkovou anestézií představuje pro organismus mnohem menší zdravotní zátěž a výskyt nežádoucích komplikací (Horáček, 2013).

Výhodou analgoosedace je fakt, že veškeré pocity strachu, nervozity a úzkosti u nemocného jsou zcela odstraněny, neboť pacient po celou dobu výkonu pospává a na průběh ošetření si nepamatuje. Stav analgoosedace lze navodit například preparátem Dormicum nebo Propofol. Indikací k aplikaci analgoosedace jsou nejčastěji stomatologické výkony a to především u dětských pacientů nebo u osob, které mají panický strach ze zubaře (Www.mojezubniordinace.cz, 2009).

Tzv. Ramsayovo skóre se užívá k hodnocení a sledování analgezie, analgoosedace a vlastní hloubky sedace (viz tabulka 2) (Tyll, Dostálová, Netuka a kolektiv, 2014).

Při sledování hloubky a účinků sedace a analgezie je důležitou součástí hodnocení bolesti a sedace čili agitovanosti jedince. Bolest je hlavním zájmem analgoosedace. U komunikujících pacientů lze sledovat míru bolesti, kterou pociťují při výkonu za využití vizuální analogové škály (tzv. VAS). Sedace a agitovanost je hodnocena dle Ramsayova skóre (viz tabulka 2) (Tyll, Dostálová, Netuka a kolektiv, 2014).

Tabulka 2 Ramsayovo skóre

Skóre	Popis stavu pacienta	Hodnocení anestézie
0	Bdělý a orientovaný	Bdělost (lucidita, vigilita vědomí)
1	Agitovaný, neklidný a úzkostný	Příliš mělká anestézie
2	Bdělý, spolupracující, tolerující ventilaci	Adekvátní míra anestézie
3	Spící, ale spolupracující	Adekvátní míra anestézie
4	Hluboká sedace	Adekvátní míra anestézie
5	Narkóza (zpomalení reakce na bolestivý podnět)	Hluboká anestézie
6	Hluboké kóma (žádná reakce na bolestivé podněty)	Příliš hluboká anestézie

Zdroj: (Tyll, Dostálová, Netuka a kolektiv, 2014).

1.5 KOMPLIKACE V ANESTÉZII

Úvodem této kapitoly je nutno předestřít, že u všech druhů anesteziologických postupů se mohou prezentovat určité problémy a komplikace, které velmi výrazně ovlivňují jak samotnou morbiditu (tj. nemocnost), tak i mortalitu (tj. úmrtnost).

Komplikace při anestézii vznikají nejčastěji v důsledku celkového zdravotního stavu pacienta, ale mohou být zapříčiněny i lidským faktorem (nerespektování pokynů lékaře, které jsou pacientovi sděleny v rámci edukace). Lékař - anesteziolog by měl být znalý všech možných komplikací, které souvisejí s ohrožením zdraví a života pacientů, tak aby jim dokázal efektivně předcházet nebo je případně, v průběhu zákroku, řešit (Larsen, 2004).

1.5.1 KOMPLIKACE CELKOVÉ ANESTÉZIE

Ke komplikacím z důvodu celkové anestézie dochází již v samotném průběhu narkózy pacienta nebo jsou v příčinné souvislosti s nedávným podáním anestézie (Málek a kolektiv, 2011). Tyto komplikace nastávají ve zcela bezprostřední a blízké souvislosti s podáním anestetik či užitou metodu anestézie (intravenózní aplikace, inhalační technika aj.) a mohou způsobovat až smrt nemocného nebo jeho, často nevratné, poškození mozku. Anesteziologické příhody se prezentují jako zástava krevního oběhu v průběhu anestézie nebo tento stav nastává v krátké době po probuzení pacienta z anestézie (Tyll, Dostálová, Netuka a kolektiv, 2014).

Níže jsou popsány možné komplikace celkově působící anestézie:

- Laryngospasmus představuje akutní uzávěr oblasti hrtanu, který vzniká na podkladě spasmu hlasových vazů a aryepiglotických řas. Laryngospasmus bývá vyvolán podrážděním dýchacích cest (hlen a sekrety v dýchacím systému), při intubaci a zaváděním vzduchovodu v mělkém stádiu celkové anestézie. Laryngospasmus způsobuje stav hypoxie a hyperkapnie a jestliže není zahájena včasná a adekvátní léčebná intervence, tak způsobuje výrazný pokles akce srdeční (bradykardie), asfyxii až úplnou zástavu srdeční činnosti (Larsen, 2004).
- Bronchospasmus představuje spasmus a kontrakci hladké svaloviny v oblasti plicních bronchů. Příčinou bronchospasmu je stav astma bronchiale, alergická reakce na užitá anestetika nebo vznik plicního edému. Neléčený bronchospasmus opět způsobuje bradykardii, asfyxii až úplnou zástavu srdeční činnosti (Málek a kolektiv, 2011).
- Aspirace žaludečního obsahu je i přes předoperační přípravu často se vyskytující komplikací celkové anestézie. Jedná se o situaci, kdy pacient vdechne obsah žaludku do plic (Tóthová, 2000). Touto komplikací jsou tedy nejvíce ohroženi ti nemocní, kteří před podáním celkové anestézie nebyli nebo nemohli být vyláchněni. Proto je u plánovaných operačních výkonů nutné, aby pacient minimálně po dobu 12 hodin před výkonem byl zcela nalačno. V případě aspirace většího množství kyselého žaludečního obsahu, kdy se pH pohybuje v rozmezí 1,7 – 2,4, dochází ke vzniku tzv. Mendelsonova syndromu, který je spojen se závažným zánětem plicní tkáně (pneumonie). U nemocných, kteří nejsou vyláchněni a je nutné, aby neodkladně podstoupili operační výkon, je vhodné

provedení regionální anestézie. V případě, že regionální anestézii nelze použít (např. rozsáhlá operace v břišní dutině aj.), tak se anesteziolog při úvodu pacienta do celkové anestézie provede tzv. Sellickový hmat, jehož prostřednictvím minimalizuje právě riziko aspirace žaludečního obsahu u pacienta. Je, ale nutné, aby lékař – anesteziolog byl pacientem informován o skutečnosti, že není vylučněný a je zde proto riziko aspirace, kdy se lékař připraví na provedení uvedeného hmatu (Málek a kolektiv, 2011).

- Anafylaxe je závažnou a život ohrožující alergickou reakcí, která je imunitní odpovědí organismu na anestetikum. Látky, které se při alergické reakci uvolňují (histamin) následně způsobují vazodilataci čímž vedou ke vzniku bronchospasmu. Vedle anafylaktické reakce může vzniknout, v průběhu celkové anestézie, ještě tzv. anafylaktoidní reakce, která má obdobný průběh. Základními symptomy je prezentace erytému, bronchospasmu, edém horních cest dýchacích, vznik tachykardie, poruchy srdečního rytmu až vznik respirační a srdeční insuficience se zástavou (Tyll, Dostálová, Netuka a kolektiv, 2014).
- Maligní hypertermie je predisponovaná, často život ohrožující, porucha funkce příčně pruhované svaloviny, kdy v průběhu anestézie dojde ke zvýšení tkáňového metabolismu a dochází ke zvýšení tělesné teploty. Stav maligní hypertermie bývá navozen užitím některých anestetik (např. lidokain, éter) (Larsen, 2004).

1.5.2 REGIONÁLNÍ ANESTÉZIE A JEJÍ KOMPLIKACE

I regionální anestézie může být provázena rozmanitými komplikacemi a způsobovat různá zdravotní rizika pro nemocnou osobu.

Komplikace místní anestézie jsou následující:

- Poranění nervové tkáně při aplikaci jehlou nebo při elektrostimulaci. Dochází k pocitům parestézie (brnění a mravenčení) v dané lokalitě nebo rozvoji výrazné bolestivosti při provádění punkce příslušného nervu nebo nervového kořene. Velmi závažnou komplikací je vznik stavu trvalé parézy v postižené oblasti (Málek a kolektiv, 2011).
- Krvácení bývá časnou a především častou komplikací při punkci cévy v blízkosti nervové struktury, kam je aplikována místně působící anestetická látka. Hlavní nebezpečí spočívá v tom, že při intravazální aplikaci lokálního anestetika dochází k rychlému rozvoji toxické reakce. Prevencí této komplikace je především provedení aspirace (zpětné nasátí po zavedení jehly do tkáně) před samotnou aplikací anestetické látky (Tyll, Dostálová, Netuka a kolektiv, 2014). Za pozdní komplikaci regionální anestézie je považována tvorba epidurálního hematomu, který se prezentuje výraznou a náhle vznikající bolestí v zádech nebo v oblasti dolních končetin a při těžkém zasažení, dochází až k rozvoji parézy dolních končetin (Rokyta a kolektiv, 2009).
- Infekce představuje jednu z nejčastějších a také nejzávažnějších komplikací místní anestézie. Z tohoto důvodu je nutné, aby při aplikaci látek pro místní znecitlivění byly dodržovány postupy asepse a aseptické aplikace místního anestetika (Bártlová, 2006).
- Hypotenze nebo-li pokles krevního tlaku představuje poměrně častou komplikací, která se prezentuje u centrálních blokad. Tato komplikace je způsobena blokem sympatického nervstva (Benešová, 2001). K hypotenzi a jejím projevům dochází již v prvních 20 minutách po aplikaci, ale může se projevit i mnohem později. Možností prevence je dostatečná hydratace pacienta před a po aplikaci místního anestetika. Terapií hypotenzivního stavu, který je vyvolán podáním místní anestézie, je podání efedrinu jako vazopresické podpory akce srdeční, čímž dochází k normotenzi (Larsen, 2004).

- Bradykardie nastává v případě provedení nervové blokády. Platí, že čím je blokáda lokalizována výše, tak tím je nižší srdeční akce. Bradykardie jako komplikace regionální anestézie se vyskytuje zřídka, často u osob mladšího věku nebo u nemocných, kteří jsou léčeni beta blokátory.
- Nevolnost, zvracení se objevuje často již na začátku anestézie, ale může se prezentovat kdykoli v jejím průběhu. Terapie spočívá v aplikaci infuzního roztoku pro zvýšení objemu cirkulující krve, podání efedrinu a léků proti zvracení, tzv. antiemetik (Tyll, Dostálová, Netuka a kolektiv, 2014).
- Stav úplné subarachnoidální blokády vzniká jako komplikace především při epidurální anestézii, kdy je do oblasti subarachnoideálního prostoru aplikováno místně působící anestetikum, jehož objem je zde několikanásobně zvětšen. Příznakem je náhlá a rychle se rozvíjející ztráta vědomí, zástava dechu, mydriatické postavení zornic a rozvoj hypotenze. Prevencí této komplikace je aplikace testovací dávky lokálně působícího anestetika do páteřního kanálu před aplikací celé dávky, která je nutná pro provedení epidurální anestézie. Při této komplikaci je nemocný velmi závažně ohrožen na životě, neboť dochází k paréze bránice a tedy ke kompletní blokádě sympatického nervstva v organismu pacienta. U pacienta se objevuje dyspnoe (dušnost), hypotenze a ztráta vědomí. V tomto případě je nutné okamžitě zahájit resuscitační péči a to zavedením intubace a napojením pacienta na umělou plicní ventilaci (podpůrnou nebo řízenou), zvýšením objemu cirkulující krve a aplikací vazopresorů. (Larsen, 2004).
- Pokles tělesné teploty vzniká v důsledku blokády sympatiku. Tento stav je zcela nevhodný například u operačních zákroků, jako je císařský řez, kdy pokles teploty těla matky způsobuje změny teploty u plodu a novorozence. (Larsen, 2004).
- Poruchy dýchání jsou častou jak včasnou tak i pozdní komplikací centrálních blokad nebo blokad brachiálního plexu. Poruchy dýchání mohou také vznikat při spinální anestézii, při pneumotoraxu, který vznikl jako důsledek aplikace anestézie brachiálního plexu, nevhodnou, atypickou, polohou pacienta při zákroku. Je nutné pacienta během výkonu ve spinální anestézii kontrolovat a monitorovat jeho vitální funkce (Málek a kolektiv, 2011).

- Bolesti hlavy představují pozdní komplikaci při provádění centrálních blokády. Bolest hlavy vzniká při nechtěném nabodnutí dura mater a úniku mozkomíšního moku do epidurálního prostoru. Mimo bolestí hlavy se objevuje i nauzea, zvracení, pocit dvojitého vidění až zamlženého vidění. Léčbou je doplnění objemu cirkulující krve infúzními krystaloidními roztoky, důležitý je klid na lůžku (poloha na zádech), podávání analgetik.
- Retence moče představuje pozdní komplikaci regionální anestézie, která může vést až k přechodné katetrizaci močového měchýře. (Larsen, 2004).

Také symptomy jako je zvýšená tělesná teplota či dokonce horečka, bolesti končetin nebo poruchy čítí nebo jakékoli odchylky, které pacient vnímá, je třeba nepodceňovat a okamžitě řešit (Benešová, 2001).

1.6 INFORMOVANÝ SOUHLAS S ANESTÉZIÍ

Pacient je povinen před provedením anesteziologického podepsat tzv. informovaný souhlas (viz Příloha 1), kde podepisuje, že byl lékařem poučen a edukován, že je poučen o způsobu anestézie a také o případných komplikacích, které mohou nastat. Před tím, než pacient informovaný souhlas podepíše je nutné, aby byl lékařem – anesteziologem poučen o způsobu podání anestézie v jeho případě a o možných komplikacích.

Zároveň je nutné, aby pacient lékaři sdělil veškeré své zdravotní údaje, anamnézu a případné zdravotní problémy, které by mohly zkomplikovat průběh anestézie (Málek a kolektiv, 2011).

Souhlas pacienta musí naplňovat tři základní náležitosti, kdy:

- Pacient musí být poučený lékařem před podpisem souhlasu.
- Souhlas pacienta musí být kvalifikovaný.
- Souhlas pacienta musí být svobodný. (Tóthová, 2000).

Podepsaný souhlas s aplikací anestézie podepíše i edukátor (tedy lékař) a souhlas je následně založen do zdravotní dokumentace pacienta (Bártlová, 2006).

2 EDUKACE

V této kapitole jsem se zaměřila na důležitý aspekt aplikace anestézie a to na edukaci nemocného před jejím podáním. V rámci edukace by měl být pacient seznámen s typem anestézie, která je u něho plánována a důvody pro ní, měl by být seznámen s riziky a komplikacemi, které po aplikaci anestézie mohou vzniknout. Edukace pacienta představuje velmi důležitý proces, který by neměl být podceňován a zpochybňován. Na edukačním procesu se podílejí zdravotničtí pracovníci (lékaři, všeobecné sestry a další odborní pracovníci ve zdravotnictví).

V rámci kapitoly edukace byly popsány jednotlivé fáze edukace a typy edukačního procesu.

2.1 POJEM EDUKAČNÍ PROCES

Edukační proces představuje důležitou součást edukace. Edukační proces je fáze procesu učení mezi subjektem, který vyučuje a subjektem, který je vyučován. Edukační procesy probíhají v edukačním prostředí, které je specifikováno konkrétními fyzikálními, biologickými faktory a typem osobnosti zúčastněných osob (Průcha, 2000). Juřeníková mimo jiné prezentuje, že edukaci můžeme definovat a pojímat jako: „proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Efektivně a adekvátně realizovaný proces edukace, vzdělávání, umožňuje a podněcuje u pacienta rozvoj jeho dosavadních znalostí, vědomostí, dovedností, ale i návyků a postojů. Edukace je komplexem, který obsahuje jak oblast výchovy, tak i vzdělávání. Jedná se o dva procesy, které se prolínají, podněcují a vhodně doplňují, proto je od sebe není možno oddělovat (Juřeníková, 2010).

Aktéry edukačního procesu jsou níže uvedené faktory:

- Edukant, tedy osoba, která je vzdělávána (např. pacient).
- Edukátor, osoba, která edukační proces realizuje (lékař, zdravotničtí pracovníci).
- Edukační konstrukty představují plány, normy a standardy pro edukaci.
- Edukační prostředí je konkrétní místo, kde je edukace prováděna (nemocniční prostředí, lékařská ambulance, pokoj pacienta aj.) (Svěráková, 2012).

2.2 VÝZNAM EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Edukace ve zdravotnictví má zcela specifický úkol a to předcházení případným komplikacím, které je možno minimalizovat nebo zcela eliminovat znalostí a proškolením pacienta. Edukace je důležitou součástí prevence a to primárního, sekundárního i terciárního charakteru.

Oblast primární prevence se zaměřuje na zdravé osoby, v době jejich zdraví, kdy je snahou tento stav co nejdéle udržet.

Prevence sekundárního typu je prováděna u osob, kde je potencionální (suspektní) riziko vzniku komplikací a porušení zdraví. U těchto osob vhodně a adekvátně aplikovanou edukací je možno ovlivnit a minimalizovat následky patologického stavu a to v důsledku skutečností, že jedinec je poučen, jak se v případě prezentace konkrétního symptomu zachovat. Sekundární prevence se týká dodržování terapeutického režimu, aseptickém ošetřování ran, vyhledání lékařské péče aj.

Terciární prevence se zaměřuje na osoby u nichž v důsledku určité choroby již došlo k ireverzibilním změnám, které ovlivňují jejich možnosti a schopnosti, ale i kvalitu života (Vurm a kolektiv, 2007).

2.3 FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU

Edukační proces je realizován v pěti na sebe navazujících etapách. Je to proces, který je chtěným plánovaný a má svůj cíl, který má být naplněn (Kuberová, 2010). Jedná se o fázi:

- posuzování (hodnocení informací o pacientovi, anamnéza, chorobopisy z minulých hospitalizací, výsledky provedených vyšetření),
- diagnostikování, kdy se ve spolupráci s pacientem definuje a stanovuje edukační diagnóza a cíle edukace,
- plánování (definování co vše má být obsahem edukace, pomůcky apod.),
- realizace, tedy průběh vlastní edukace.
- zhodnocení, kdy zjišťujeme, které informace a schopnosti si nemocný osvojil, kde jsou nedostatky a mezery, zda byly naplněny stanovené cíle edukace apod. (Juřeníková, 2010).

Úspěšný proces edukace by měl být preventivním opatřením (ve smyslu všech typů prevence) a jeho prostřednictvím by mělo docházet i ke zvyšování kvality života nemocné osoby a pochopení jevů a stavů, které aktuálně probíhají nebo, v budoucnu, mohou probíhat (Kuberová, 2010).

2.4 TYPY EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Edukace v ošetrovatelství může být základního, komplexního a pokračujícího charakteru. Základní forma edukace znamená skutečnost, že si nemocný osvojí důležité vědomostí v konkrétní problematice (informace týkající se jeho aktuální choroby a jejích komplikací). Forma komplexní edukace se týká realizace edukačního procesu nejen u pacienta, ale také u jeho rodinných příslušníků, kteří jsou zapojeni do péče o nemocnou osobu. Reedukace čili opětovné edukace je typ edukace, která pokračuje a kdy dochází k rozvíjení, ujasnění problematiky, které se edukace týká (Kuberová, 2010).

2.5 FAKTORY EDUKACE

Faktory edukace jsou velmi rozmanité, na každého z nás působí odlišně, ale přesto velmi výrazně ovlivňují a determinují proces edukace. Mezi základní, tedy poměrně neměnné, faktory edukace lze zařadit například věk, pohlaví, osobnostní strukturu pacienta ale i lékaře. Mezi další faktory patří míra motivace nebo naopak demotivace pacienta, jeho hodnotový systém, společenský status a role, úroveň sebevědomí a sebedůvěra. Faktory edukace se dále mohou dělit dle svého působení na pozitivní a negativní.

Faktory pozitivní, tedy ty co edukaci napomáhají a podněcují ji, jsou motivace, reaktivita nemocného, úroveň jeho sociální opory, ochota a schopnost učit se a smysluplnost zpětné vazby od edukátora (Kuberová, 2010).

Faktory ztěžující až zcela znemožňující edukaci jsou negativní nebo neadekvátní zpětná vazba od edukátora, výsměch edukantovi, nepřiměřená míra kritiky, ale i akutně probíhající choroba, která je doprovázena aspekty, které ovlivňují nemocného (bolest, strach, nejistota, obavy, psychomotorický neklid, zhoršení kognitivních a mentálních funkcí, emoční instabilita, jazyková bariéra, věk aj.) (Kuberová, 2010).

3 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

V rámci této kapitoly byl představen cíl praktické části bakalářské práce a jsou zde prezentovány i hypotézy, které měly byly výzkumným šetřením buď potvrzeny nebo vyvráceny.

3.1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké znalosti mají respondenti o typech anestézie.

Dílčí cíle práce:

- Zjistit jaké byly zkušenosti respondentů se samotným průběhem anestézie.
- Zjistit, zda u respondentů před podáním anestézie proběhl edukační proces, který se zaměřoval na problematiku anesteziologického výkonu.

3.2 HYPOTÉZY

Hypotézy byly definovány autorem práce před provedením výzkumného šetření.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že více než 50% respondentů uvede, že mají pozitivní zkušenosti s anesteziologickým výkonem.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že více jak 50% respondentů uvede, že byli před anesteziologický výkonem podrobeni edukaci.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že více jak 50% respondentů dokáže popsat rozdíl mezi celkovou a lokální anestézií.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že více jak 50% respondentů uvede, že respektovalo doporučení lékaře o opatření v době před a po anesteziologickém výkonu.

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že více jak 50% respondentů uvede alespoň dvě komplikace, které mohou nastat po aplikaci celkové anestézie.

4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole byla popsána užitá výzkumná metodika, technika sběru dat a popis cílového výzkumného souboru respondentů.

4.1 VÝZKUMNÁ METODIKA A TECHNIKA SBĚRU DAT

K realizaci výzkumné části bakalářské práce bylo využito kvantitativní výzkumné strategie, kdy zvolenou technikou sběru dat byl dotazník (viz Příloha 2), který byl sestaven mojí osobou. Vytvořený dotazník celkem obsahoval 20 otázek, které byly otevřeného, uzavřeného a polootevřeného typu. V první části dotazníku byly prezentovány otázky na zjištění identifikačních údajů o respondentovi (věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání apod.). V následující části dotazníku byly již kladeny otázky, které se přímo týkaly a zaměřovaly na výzkumnou oblast.

4.2 CÍLOVÝ SOUBOR RESPONDENTŮ

Vzhledem k faktu, že mojí snahou bylo popsat úroveň proběhlé edukace týkající se anestézie u pacienta, byly osloveni respondenti, kteří prodělali nějaký typ anestézie (celková anestézie, regionální anestézie a analgosedace). Kritériem výběru respondentů bylo tedy:

- dovršení věku 18 let.
- Prodělání anesteziologického výkonu, kterému předcházela edukace.

Celkem bylo rozdáno 500 dotazníků osobám, které podstoupili anesteziologický výkon. Respondenti byli osloveni z okolí výzkumníka, ale také přes lékařské ambulance lékařů a přes nemocniční zařízení. Z celkového počtu 500 dotazníků se navrátilo 412 dotazníků, kdy ještě dalších 28 dotazníků bylo vyloučeno a to z důvodu neúplného zodpovězení všech otázek z dotazníku.

Konečná návratnost činila 384 dotazníků, tj. 76,8%.

4.3 PILOTNÍ ŠETŘENÍ

Před provedením výzkumu bylo zrealizováno pilotní šetření, jehož hlavním posláním bylo zjistit jasnost, přehlednost a především srozumitelnost otázek v distribuovaném dotazníku. Na podkladě zpětné vazby od oslovených respondentů v pilotním šetření (10 osob) byly připomínky reflektovány a dotazník byl následně poupraven.

5 VÝSLEDKY

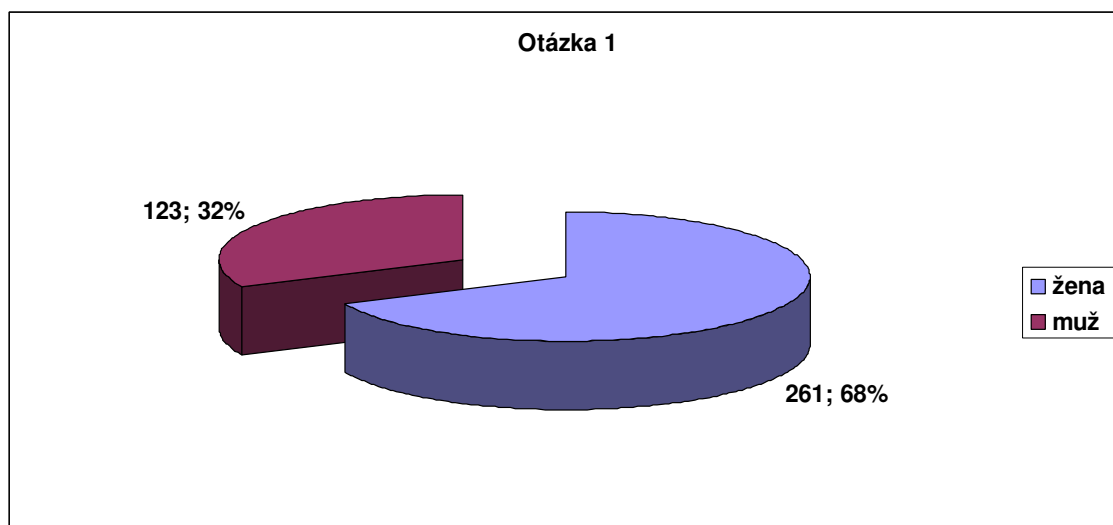
V této kapitole byly prezentovány výsledky zrealizovaného výzkumného šetření. Pro jasnější a efektivnější přehlednost jsou výsledky šetření zobrazeny v grafech nebo v tabulkách.

Celkem bylo mezi respondenty distribuováno 500 dotazníků, kdy se jich vrátilo 412 a dalších 28 dotazníků bylo vyloučeno z důvodu neúplného zodpovězení všech otázek z dotazníku. Konečná návratnost tedy činila 384 dotazníků, tj. 76,8%.

Otázka 1 Pohlaví respondentů

Odpovědi respondentů na otázku 1 prezentuje graf 1, kdy bylo zjištěno, že z celkového počtu 384 oslovených respondentů je 261 žen (tj. 68,0%) a 123 mužů (tj. 32,0%).

Graf 1 Pohlaví respondentů

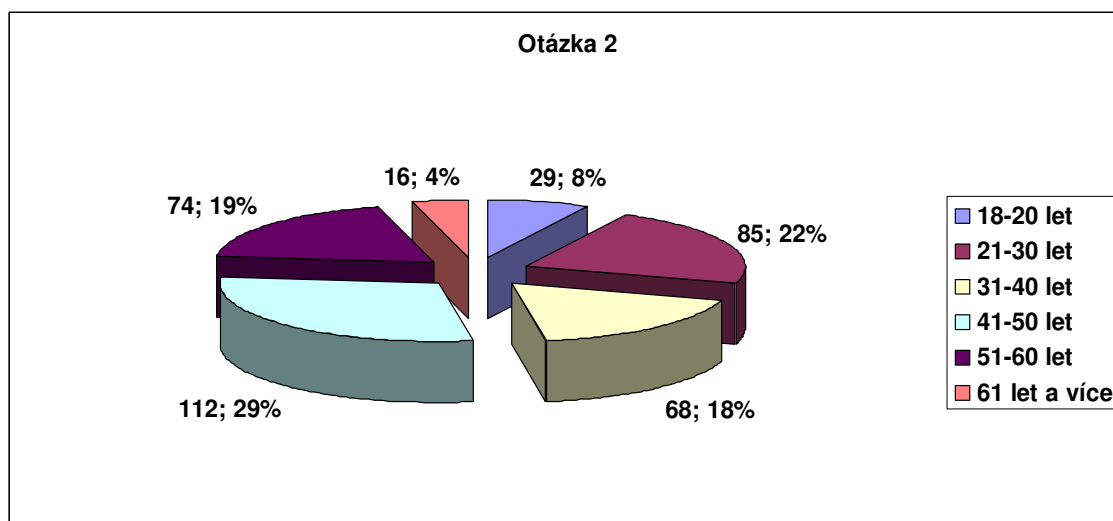


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 2 Věk respondentů

Věk oslovených respondentů prezentuje graf 2. Z odpovědí respondentů bylo zjištěno, že nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou je „41-50 let“ v počtu 112 respondentů (tj. 29,0%), dále věková skupina „21-30 let“ v počtu 85 oslovených osob (tj. 22,0%), věková kategorie „51-60 let“ byla zastoupena 74 respondenty (tj. 19,0%), věková skupina „31-40 let“ byla zastoupena počtem 68 respondentů (tj. 18,0%), věková skupina „18 – 20 let“ byla zastoupena 29 respondenty (tj. 8,0%) a věková skupina „61 let a více“ byla zastoupena počtem 16 respondentů (tj. 4,0%).

Graf 2 Věk oslovených respondentů

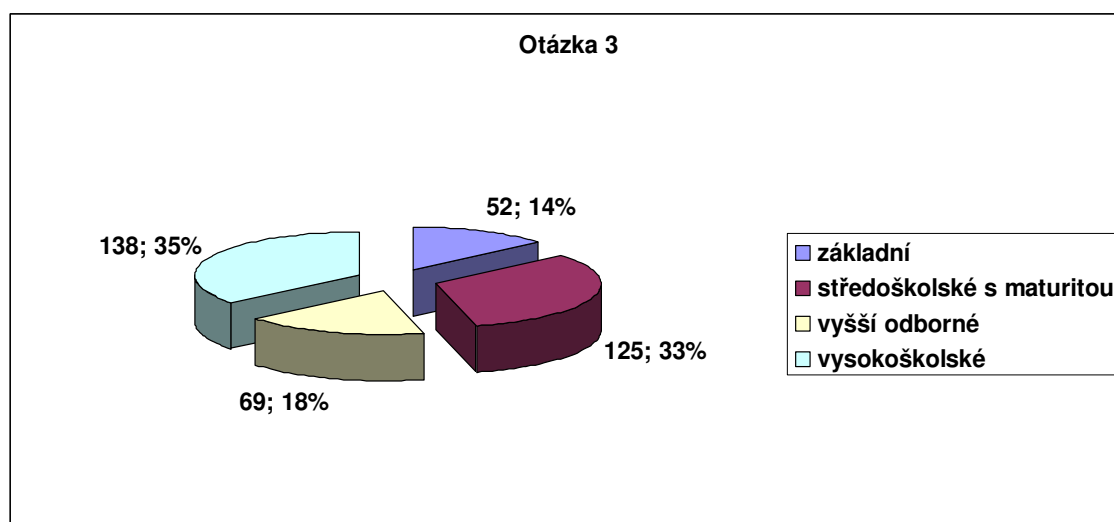


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 3 Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Z odpovědí respondentů na otázku 3 bylo zjištěno, že možnost odpovědi „základní vzdělání“ zvolilo 52 respondentů (tj. 14,0%), množnost „středoškolské s maturitou“ uvedlo 125 respondentů (tj. 33,0%), možnost „vyšší odborné“ uvedlo 69 respondentů (tj. 18,0%) a možnost odpovědi „vysokoškolské“ uvedlo 138 respondentů (tj. 35,0%).

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

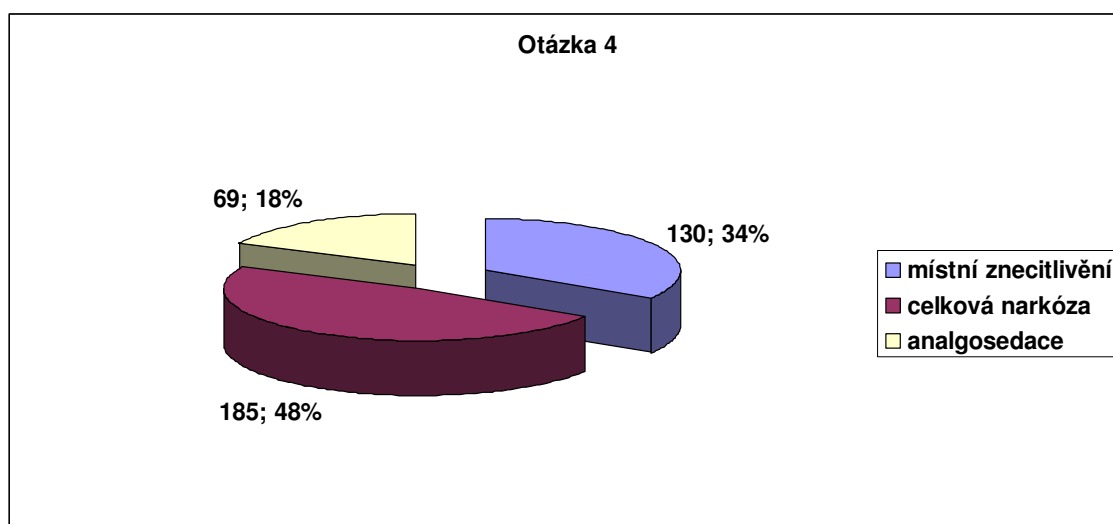


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 4 Jaký typ anestézie (znecitlivění) jste prodělal/a?

Na otázku 4 nejvíce respondentů zvolilo možnost odpovědi „celková narkóza“ v počtu 185 respondentů (tj. 48,0%), odpověď „místní znecitlivění“ uvedlo 130 respondentů (tj. 34,0%) a odpověď „analgosedace“ uvedlo 69 respondentů (tj. 18,0%).

Graf 4 Druh anestézie užití u respondenta



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 5 Kolikrát jste proděl/a anestézii?

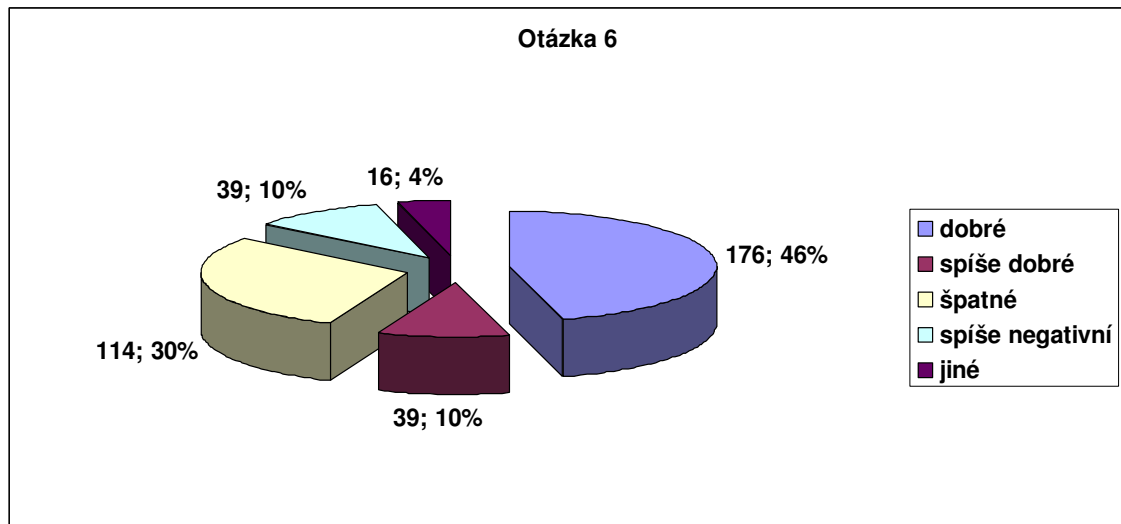
Na tuto otázku odpovídali respondenti zcela volnými možnostmi odpovědí. Kdy bylo zjištěno, že v celkovém počtu prodělání narkóz u celého výzkumného souboru se jedná o číslo 1095. Kdy počet u celkové narkózy byl celkem 451 odpovědí, u místního znecitlivění 391 odpovědí a u analgosedace se jednalo o 253 odpovědí.

Otázka 6 Zkušenosti respondentů s prodělanou anestézií

Graf 5 prezentuje osobní zkušenosti respondentů s proběhlou anestézií, kdy odpověď „dobré“ uvedlo 176 respondentů (tj. 46,0%), odpověď „špatné“ uvedlo 114 respondentů (tj. 30,0%). Možnost odpovědi „spíše dobré“ a „spíše negativní“ uvedlo shodně

39 respondentů (tj. 10,0%) a možnost „jiné“ uvedlo 16 respondentů (tj. 4,0%). U možnosti jiné většinou oslovení respondenti uváděli, že si již nepamatují na průběh před a po výkonu, další možností odpovědi bylo, že nedokáží posoudit, neboť na výkonu byli pouze jedenkrát apod.

Graf 5 Zkušenosti respondentů s prodělanou anestézií

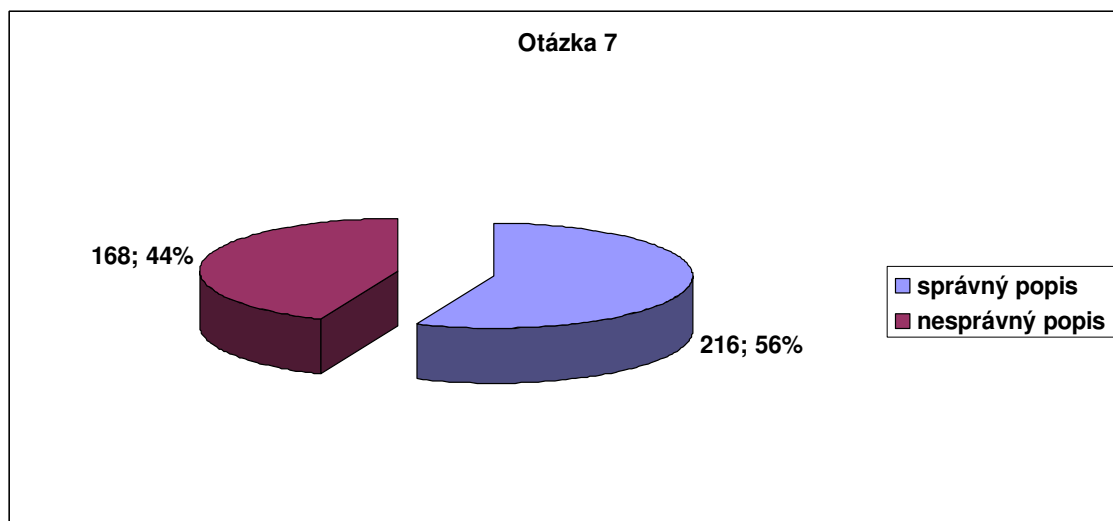


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 7 Dokážete popsat jaký je rozdíl mezi celkovou narkózou a místním znecitlivěním?

U otázky č. 7 měli respondenti možnost odpovědi volnou formou, kdy měli uvést základní rozdíl mezi celkovou narkózou a místním znecitlivěním. Na podkladě odpovědí respondentů bylo zjištěno, že správný popis rozdílu (celková narkóza=uspání, místní znecitlivění=opich pouze té části těla, kde je prováděn výkon) uvedlo 216 respondentů (tj. 56,0%) a nesprávný uvedlo 168 respondentů (tj. 44,0%).

Graf 6 Rozdíl mezi celkovou a místně působící anestézií dle respondentů



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

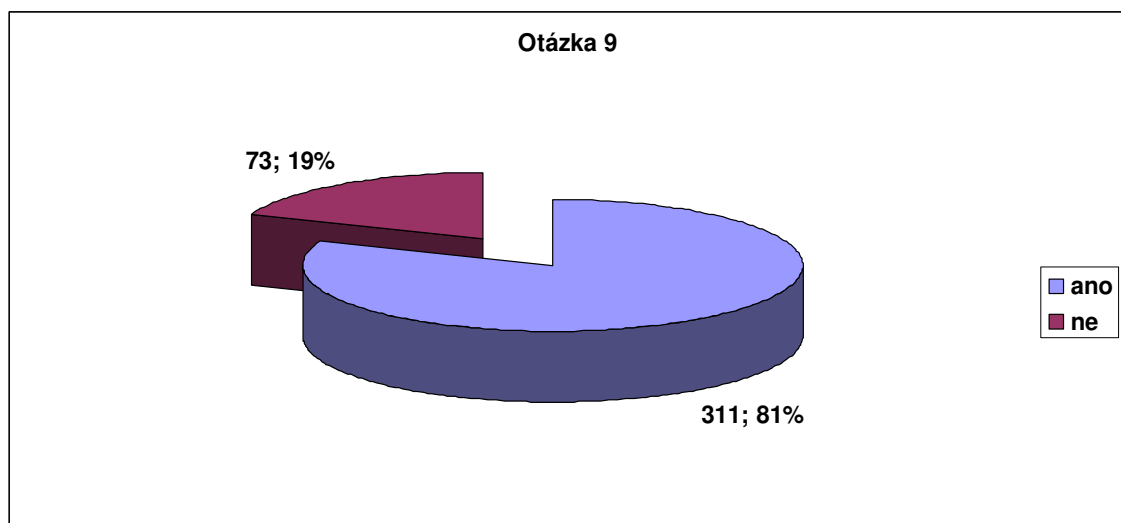
Otázka 8 Můžete prosím uvést alespoň dvě komplikace, které se mohou objevit u celkové narkózy?

U této otázky opět respondenti odpovídali otevřenou možností odpovědí, kdy měli uvést minimálně dvě komplikace anestézie, bez ohledu na typ a formu anestézie. Pouze 29 respondentů (tj. 8,0%) uvedlo pouze jednu komplikaci (např. dechové obtíže, zástava srdce, zvracení, bolest hlavy). 249 respondentů (tj. 65,0%) uvedlo dvě komplikace a zbylých 106 respondentů (tj. 27,0%) uvedlo více jak dvě komplikace anestézie. Mezi nejčastěji se opakující odpovědi patřila: nevolnost, zvracení, bolest hlavy, zástava dechu, špatné probouzení po uspání, kožní vyrážka, otok. Ale objevily se zde i odpovědi jako probuzení během operace, kóma, smrt.

Otázka 9 Byl/a jste před operačním zákrokem edukován/a o způsobu provedení anestézie?

Z odpovědí respondentů na otázku 9 bylo zjištěno, že respondentů byli před anesteziologickým výkonem edukováni ve 311 respondentů (tj. 81,0%) a „ne“ uvedlo 73 respondentů (tj. 19,0%).

Graf 7 Edukace pacientů před provedením anestézie

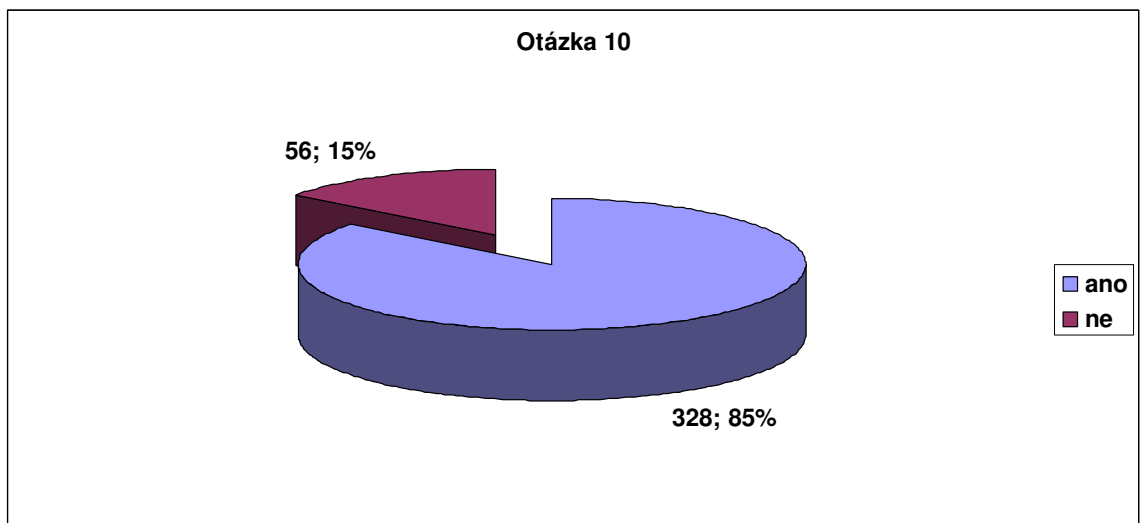


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 10 Byl/a jste před operačním zákrokem seznámena/a o možnostech komplikací anestézie?

Z odpovědí respondentů na otázku 10 bylo zjištěno, že odpověď „ano“ uvedlo 328 respondentů (tj. 85,0%) a odpověď „ne“ zvolilo 56 respondentů (tj. 15,0%).

Graf 8 Informovanost respondenta před anestézií o jejích případných komplikacích

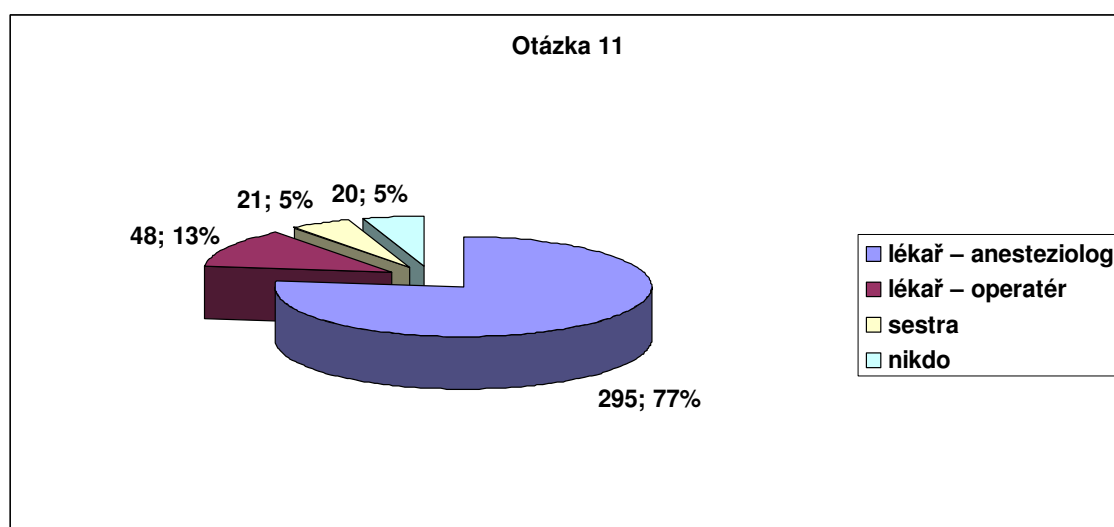


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 11 Kdo ze zdravotnického personálu Vás edukoval o připravované anestézii?

U otázky 11 volili respondenti následující možnosti odpovědí, kdy odpověď „lékař-anesteziolog“ uvedlo 295 respondentů (tj. 77,0%), možnost odpovědi „lékař – operatér“ uvedlo 48 respondentů (13,0%), možnost odpovědi „sestra“ uvedlo 21 respondentů (tj. 5,0%) a možnost „nikdo“ uvedlo 20 respondentů (tj. 5,0%).

Graf 9 Kdo ze zdravotnických pracovníků edukaci u respondenta prováděl

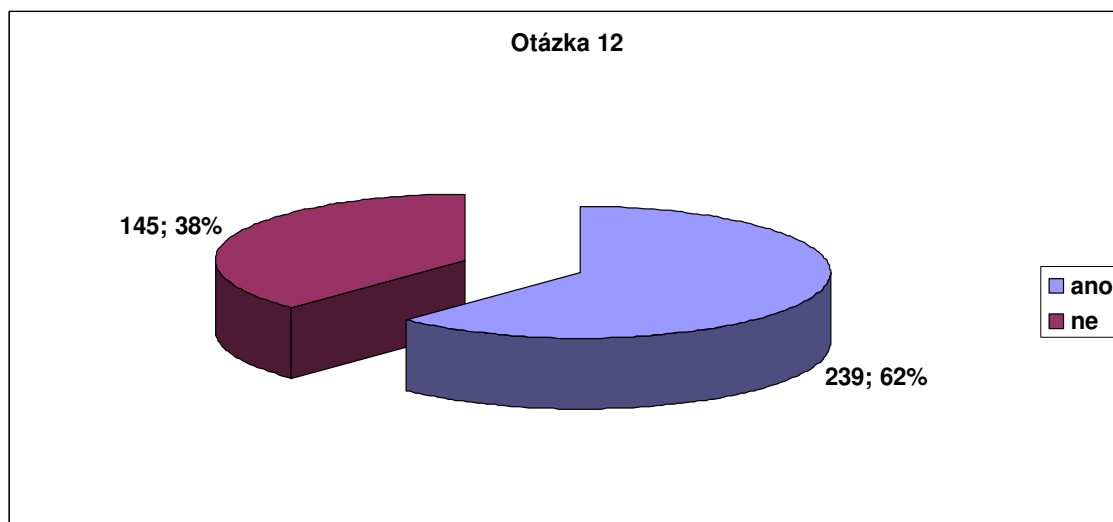


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 12 Měl/a jste pocit, že tyto informace byly pro Vás dostačující?

Graf 10 prezentuje odpovědi respondentů na otázku 12, kdy odpověď „ano“ uvedlo 239 respondentů (tj. 62,0%) a možnost „ne“ zvolilo 145 respondentů (tj. 38,0%).

Graf 10 Míra informovanosti respondenta



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 13 Jestliže jste na otázku 12 odpověděl/a „ne“, jaké informace Vám chyběly?

U této otázky odpovídalo 145 respondentů a měli možnost zvolit více odpovědí. Z odpovědí respondentů bylo zjištěno, že nejčastěji jim chybělo:

„popis průběhu anestézie“ uvedlo 96 respondentů,

„málo času na komunikaci s lékařem“ uvedlo 150 respondentů,

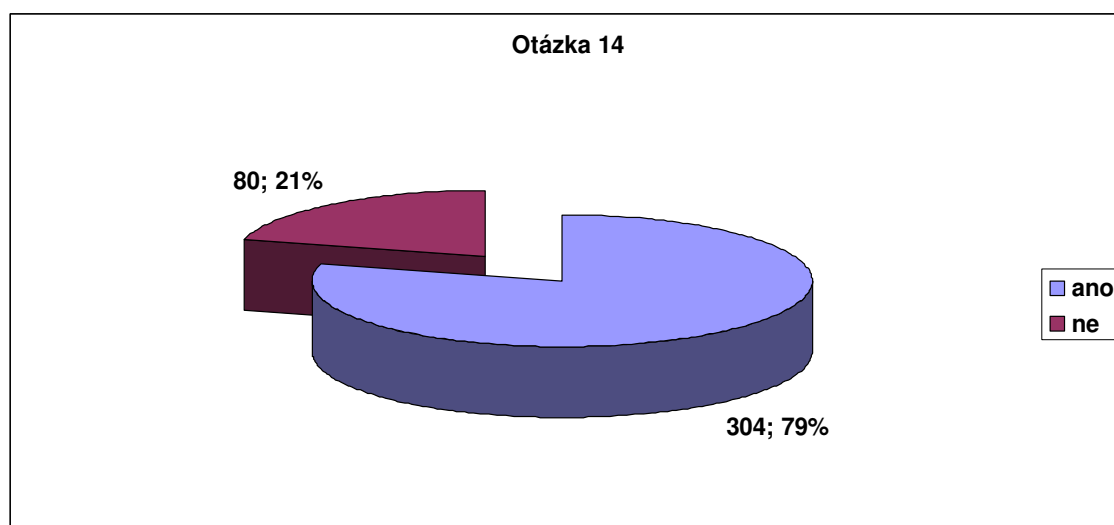
„nemožnost výběru z více nabízených typů anestézie“ uvedlo 39 respondentů,

„výskyt komplikací po výkonu“ uvedlo 136 respondentů.

Otázka 14 Zjišťoval/a jste si tyto informace?

Z odpovědí respondentů na otázku 14 bylo zjištěno, že až 304 respondentů (tj. 79,0%) z celkového počtu 384 oslovených osob uvedlo, že si sami hledali a zjišťovali informace o chystaném anesteziologickém výkonu. Pouze 80 respondentů (tj. 21,0%) odpovědělo, že si další informace nehledalo a také nezjišťovalo.

Graf 11 Skutečnost, zda si respondenti zjišťovali informace sami



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 15 Jestliže jste na otázku 14 odpověděl/a „ano“, ke jste dané informace hledal/a?

Na otázku 15 odpověděli respondenti, že informace získávali od „lékaře“ což uvedlo 125 respondentů (tj. 32,0%), „od známých, kteří zákrok prodělali“ uvedlo 89 respondentů (tj. 23,0%). Odpověď „z časopisů“ uvedlo 39 respondentů (tj. 10,0%) a „z internetu“ uvedlo 106 respondentů (tj. 28,0%) a možnost „jiné“ použilo 25 respondentů (tj. 7,0%).

Tabulka 3 Zdroj informací pro respondenta

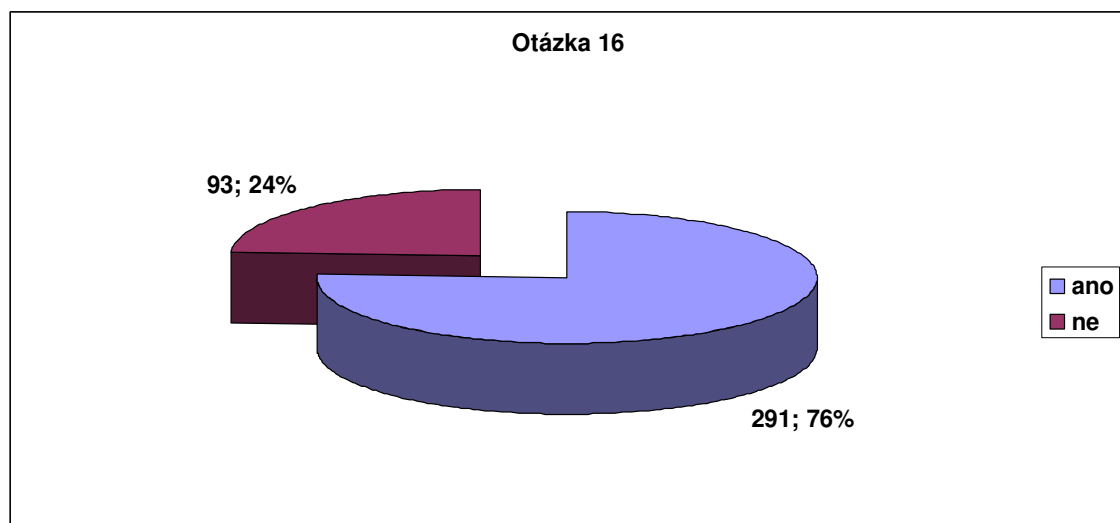
Vzdělání	Počty odpovědí respondentů	%
od lékaře	125	32,0%
od známých, co prodělali anestézii	89	23,0%
z časopisů	39	10,0%
z internetu	106	28,0%
jiné	25	7,0%

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 16 Vyhovovala Vám forma předoperační edukace o anesteziologickém výkonu?

Na otázku 16, zda respondentům vyhovovala forma předoperační edukace odpovědělo „ano“ 291 respondentů (tj. 76,0%) a možnost odpovědi „ne“ zvolilo pouze 93 respondentů (tj. 24,0%).

Graf 12 Efektivnost edukačního procesu u respondenta

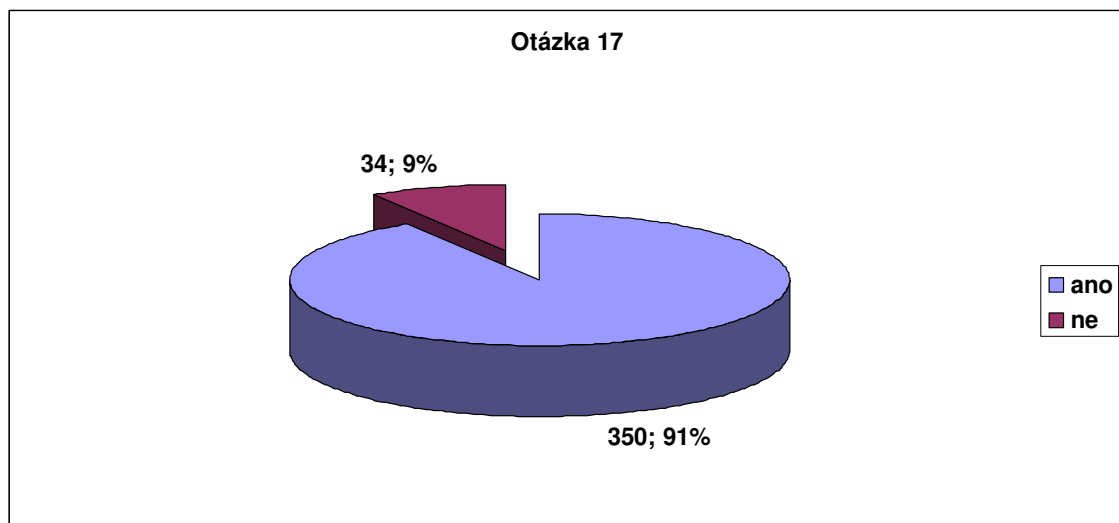


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 17 Definoval Vám lékař nebo edukující osoba opatření, která musíte dodržovat před a po podání anestézie?

Na otázku 17 odpovědělo „ano“ 350 respondentů (tj. 91,0%) z celkového počtu 384 oslovených osob. Odpověď „ne“ použilo pouze 34 respondentů (tj. 9,0%).

Graf 13 Poučení respondenta o opatřeních před a po podání anestézie

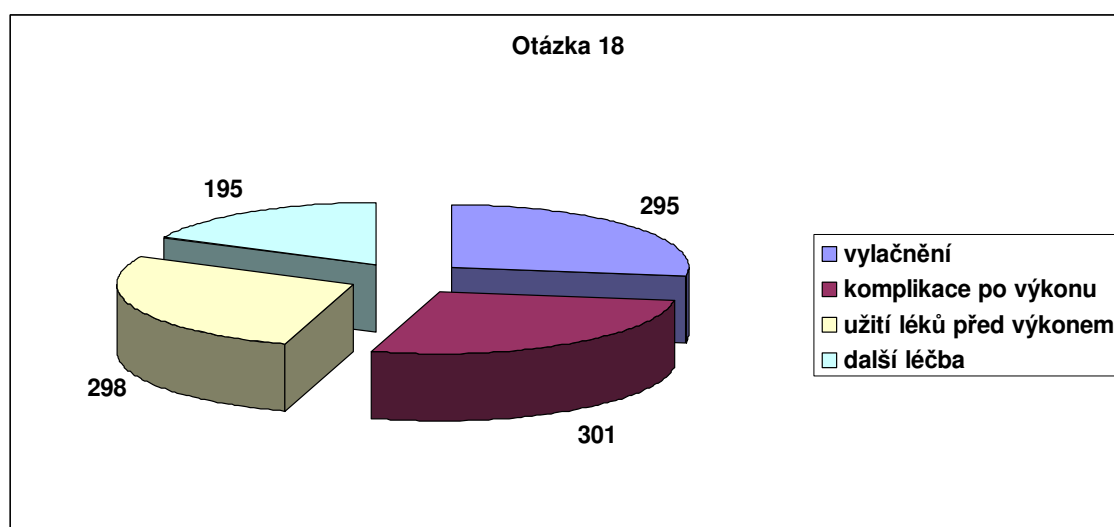


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 18 O jaká opatření se například jednalo?

U této otázky respondenti odpovídali prostřednictvím volné odpovědi. Nejčastěji oslovení respondenti zmiňovali nutnost vylučnění, což uvedlo 295 respondentů, dále výskyt komplikací po výkonu uvedlo 301 respondentů, nutnost užití léků před výkonem (užití chronické medikace) uvedlo 298 respondentů a nutnost či prognóza další léčby uvedlo 195 respondentů.

Graf 14 Opatření

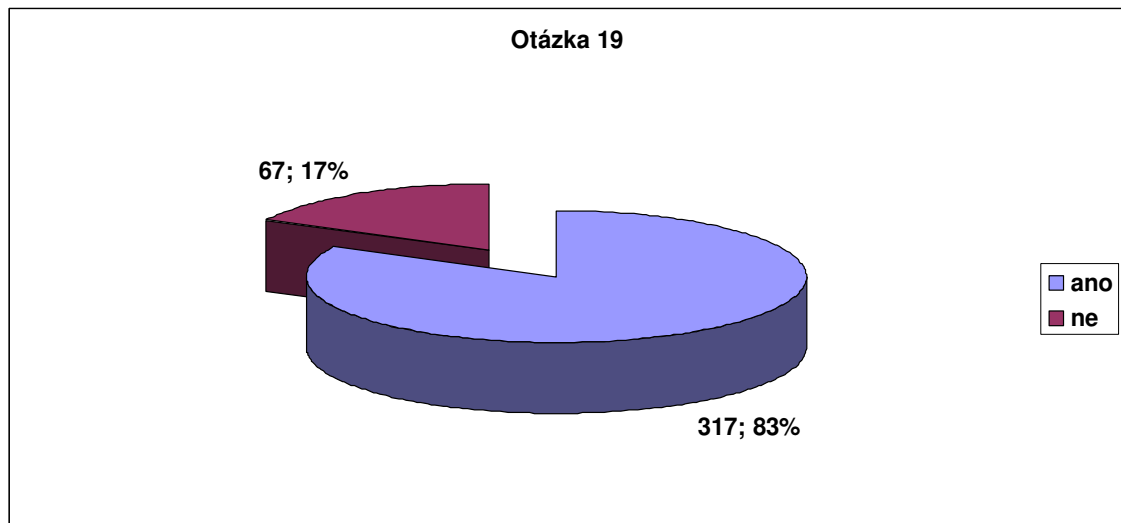


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 19 Dodržel/a jste lékařem uvedená doporučení pro období před a po aplikaci anestézie?

Na otázku 19 odpovědělo „ano“, tedy že specifikovaná režimová opatření dodrželo 317 respondentů (tj. 83,0%), odpověď „ne“ uvedlo 67 respondentů (tj. 17,0%).

Graf 15 Dodržení režimových opatření respondentem

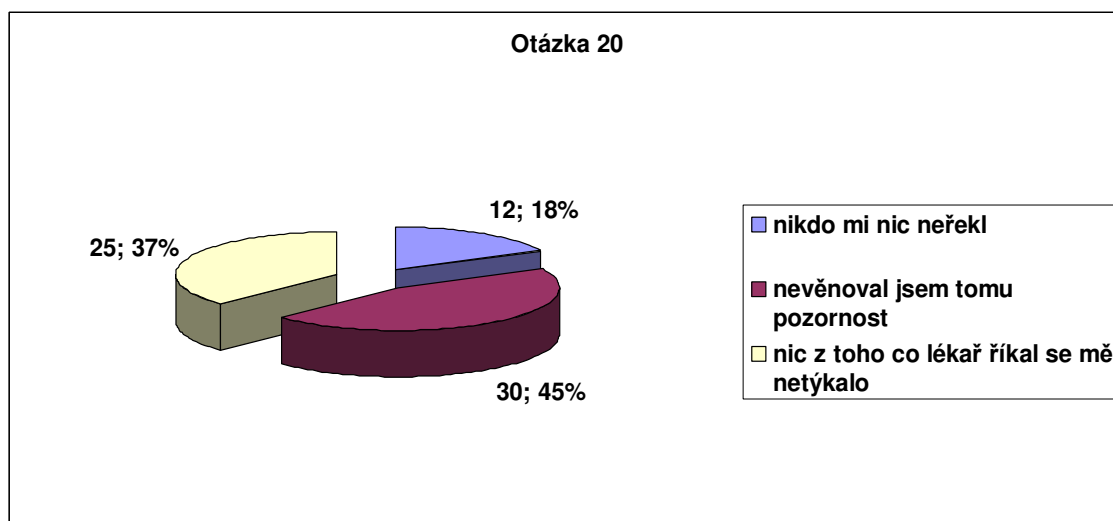


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka 20 Co bylo důvodem nedodržení doporučení, které Vám lékař uvedl?

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří u otázky 19 uvedli možnost odpovědi „ne“. Jednalo se celkem o 67 respondentů. Za hlavní důvody nerespektování režimových opatření, které jim byly dány lékařem před anestézií, respondenti uváděli například „nikdo mi nic neřekl“ uvedlo 12 respondentů (18,0%), „nevěnoval jsem příliš pozornost tomu, co lékař říká“ uvedlo 30 respondentů (tj. 45%) nebo odpověď „nic z toho, co lékař říkal se mě netýkalo“ uvedlo 25 respondentů (tj. 37,0%).

Graf 16 Důvod respondenta pro nerespektování režimových opatření stanovených lékařem



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

6 DISKUZE

V kapitole Diskuze jsem se zaměřila na celkové zhodnocení užití výzkumné metodiky a strategie a také na zhodnocení užití zvolené techniky sběru dat a také na vyhodnocení výzkumných hypotéz.

6.1 DISKUZE S UŽITOU METODIKOU A TECHNIKOU SBĚRU DAT

K výzkumnému šetření byla použita kvantitativní výzkumná metodika. Technikou sběru dat byl dotazník. Sběr dat byl realizován u osob, které v minulosti prodělali anestézií, bez ohledu na typ a formu anestézie a kterým v době realizace výzkumného šetření bylo 18 let. V celkovém rozsahu dotazník obsahoval 20 otázek, které byly uzavřeného, polootevřeného a otevřeného charakteru. První část dotazníku byla tvořena identifikačními otázkami, jako je pohlaví respondentů, věk a nejvyšší dosažené vzdělání u oslovených respondentů. Následující část dotazníku se zaměřovala na výzkumnou problematiku a tematiku, kde respondenti prezentovali své osobní zkušenosti s, u nich, uskutečněnou anestézií.

Celkem bylo mezi respondenty distribuováno 500 dotazníků. Respondenti byli osloveni z okolí Karlovarského kraje, přes lékařské ambulance lékařů a přes nemocniční zařízení. Z celkového počtu 500 dotazníků se navrátilo 412 dotazníků, kdy ještě dalších 28 dotazníků bylo vyloučeno a to z důvodu neúplného zodpovězení všech otázek z dotazníku. Konečná návratnost činila 384 dotazníků, tj. 76,8%.

Domnívám se, že zvolená výzkumná metodika i technika sběru dat, byly zvoleny vhodně a efektivně a to vzhledem ke skutečnosti, že konečná návratnost dotazníků činila až 76,8%. Důvodem výhody dotazníkového šetření v tomto případě byl i fakt zachování naprosté anonymity oslovených respondentů, kteří zcela otevřeně mohli prezentovat a vyjadřovat své názory, zkušenosti, postoje a hodnocení. Výhodou dotazníkového šetření byla i skutečnost, že se podařilo oslovit i velké množství respondentů během krátkého časového úseku.

6.2 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ

Před zahájením výzkumného šetření byly definovány výzkumné hypotézy bakalářské práce, které se následně ověřovaly či vyvracely na podkladě výsledků proběhlého výzkumu.

Hypotéza č. 1 „Předpokládáme, že více než 50% respondentů uvede, že mají pozitivní zkušenosti s anesteziologickým výkonem,“ byla potvrzena a to na podkladě odpovědí respondentů na otázku č. 6 z použitého dotazníku, kdy odpověď „dobré“ použilo 176 respondentů (tj. 46,0%) a odpověď „spíše dobré“ uvedlo 39 respondentů (tj. 10,0%). V souhrnu se tedy jednalo o počet 215 respondentů (tj. 56%), kteří uvedli, že jejich zkušenosti s anestézií jsou pozitivní.

Hypotéza č. 2 „Předpokládáme, že více jak 50% respondentů uvede, že byli před anesteziologickým výkonem podrobena edukaci“ byla potvrzena a to na podkladě odpovědí respondentů na otázku č. 9 z užitého dotazníku, kdy bylo zjištěno, že 311 respondentů (tj. 81,0%) uvedlo, že bylo před výkonem edukováno. Pouze 73 respondentů (tj. 19,0%) uvedlo, že edukováni nebyli.

Hypotéza č. 3 „Předpokládáme, že více jak 50% respondentů dokáže popsat rozdíl mezi celkovou a lokální anestézií“ byla potvrzena a to na základě odpovědi respondentů na otázku č. 7 z použitého dotazníku. Správnou odpověď (tj. celková narkóza=uspání, místní znecitlivění =opich pouze té části těla, kde je prováděn výkon) uvedlo 216 respondentů (tj. 56,0%).

Hypotéza č. 4 „Předpokládáme, že více jak 50% respondentů uvede, že respektovalo doporučení lékaře o opatření v době před a po anesteziologickém výkonu“ byla potvrzena a to na základě odpovědí respondentů na otázku 19 z použitého dotazníku, kdy 317 respondentů (tj. 83,0%) uvedlo, že dodržela a respektovala režimová opatření, které jim byly prezentovány zdravotnickým pracovníkem v rámci edukace před anesteziologickým výkonem. Pouze 67 respondentů (tj. 17,0%) zvolilo odpověď „ne“, tedy, že dané doporučení nerespektovalo.

Hypotéza č. 5 „Předpokládáme, že více jak 50% respondentů uvede alespoň dvě komplikace, které mohou nastat po aplikaci celkové anestézie“ byla potvrzena. Pouze 29 respondentů (tj. 8,0%) uvedlo jednu komplikaci (např. dechové obtíže, zástava srdce, zvracení, bolest hlavy). Ale až 249 respondentů (tj. 65,0%) uvedlo dvě komplikace

a zbylých 106 respondentů (tj. 27,0%) uvedlo více jak dvě komplikace anestézie. Mezi nejčastěji se opakující odpovědi patřila: nevolnost, zvracení, bolest hlavy, zástava dechu, špatné probouzení po usnutí, kožní vyrážka, otok. Ale objevily se zde i odpovědi jako probouzení během operace, kóma, smrt.

6.3 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V této kapitole jsem se zaměřila na představení nejzajímavějších a nejpodněnějších výsledků, které vzešly z provedeného výzkumného šetření. Výzkumný soubor (384 oslovených respondentů) byl zastoupen v počtu 261 žen (tj. 68,0%) a 123 mužů (tj. 32,0%).

Z celkového počtu oslovených respondentů bylo nejpočetněji zastoupenou věkovou kategorií věk „41-50 let“ a to počtu 112 respondentů (tj. 29,0%), dále se jednalo o druhou nejčetnější věkovou kategorii „21-30 let“, kdy se jednalo o počet 85 respondentů (tj. 22,0%). Věková skupina respondentů „51-60 let“ byla zastoupena 74 respondenty (tj. 19,0%) a věková skupina „31-40 let“ byla zastoupena počtem 68 respondentů (tj. 18,0%). Nejméně zastoupenými věkovými kategoriemi byla skupina „18 – 20 let“, která byla zastoupena počtem 29 respondentů (tj. 8,0%) a věková skupina „61 let a více“, která byla zastoupena počtem 16 respondentů (tj. 4,0%) z celkového počtu 384 oslovených osob.

Z hlediska znalostí typů anestézie a problematiky anestézie se jsem se domnívala, že je důležité znát i vzdělání respondentů. Kdy bylo zjištěno, že „základní vzdělání“ má 52 respondentů (tj. 14,0%) z celkového výzkumného souboru, dále „středoškolské s maturitou“ uvedlo 125 respondentů (tj. 33,0%), „vyšší odborné“ uvedlo 69 respondentů (tj. 18,0%) a vzdělání „vysokoškolské“ uvedlo 138 respondentů (tj. 35,0%). Tedy ve sledovaném souboru bylo nejvíce vysokoškolsky vzdělaných osob, což má jistě vliv i na výsledky odpovědí, které souvisejí se znalostními otázkami (č. 7 a č. 8).

Domnívám se, že velmi zajímavou z hlediska odpovědí respondentů je otázka č. 4 z použitého dotazníku, jejímž prostřednictvím bylo zjišťováno, který typ anestézie oslovený respondent podstoupil. Na otázku 4 nejvíce respondentů zvolilo možnost odpovědi „celková narkóza“ v počtu 185 respondentů (tj. 48,0%), odpověď „místní

z necitlivění“ uvedlo 130 respondentů (tj. 34,0%) a odpověď „analgosedace“ uvedlo 69 respondentů (tj. 18,0%). U odpovědi analgosedace bylo v dotazníku přímo u této možnosti, vysvětleno co daný pojem znamená (viz Příloha 2). S otázkou č. 4 souvisí i následující otázka č. 5, která se zaměřovala na zjištění skutečnosti: kolikrát oslovený respondent prodělal anesteziologický výkon. Zde bylo zjištěno, že v celkovém počtu prodělání narkóz u celého výzkumného souboru se jedná o číslo 1095. Kdy počet u celkové narkózy byl 451 odpovědí, u místního znečítlivění se jednalo o 391 odpovědí a u analgosedace se jednalo o 253 odpovědí.

Pro výzkumné účely je důležitá otázka č. 6, kdy bylo zjišťováno jaké mají respondenti osobní zkušenosti respondentů s proběhlou anestézií. Odpověď „dobré“ uvedlo 176 respondentů (tj. 46,0%), odpověď „špatné“ uvedlo 114 respondentů (tj. 30,0%). Možnost odpovědi „spíše dobré“ a „spíše negativní“ uvedlo shodně 39 respondentů (tj. 10,0%) a možnost „jiné“ uvedlo 16 respondentů (tj. 4,0%). U možnosti jiné většinou oslovení respondenti uváděli, že si již nepamatují na průběh před a po výkonu, další možností odpovědi bylo, že nedokáží posoudit, neboť na výkonu byli pouze jedenkrát apod.

Otázky č. 7 a č. 8 byly vědomostního charakteru, kdy byly zjišťovány základní znalosti respondentů o výzkumné problematice. U odpovědi na otázku č. 7 měli respondenti uvést základní rozdíl mezi celkovou narkózou a místním znečítlivěním. Na podkladě odpovědí respondentů bylo zjištěno, že správný popis rozdílu (celková narkóza=uspání, místní znečítlivění=opich pouze té části těla, kde je prováděn výkon) uvedlo 216 respondentů (tj. 56,0%) a nesprávný uvedlo 168 respondentů (tj. 44,0%).

U otázky č. 8 měli respondenti uvést alespoň dvě komplikace anestézie, bez ohledu na typ a také na formu anestézie. Pouze 29 respondentů (tj. 8,0%) uvedlo pouze jednu komplikaci (např. dechové obtíže, zástava srdce, zvracení, bolest hlavy). 249 respondentů (tj. 65,0%) uvedlo dvě komplikace a zbylých 106 respondentů (tj. 27,0%) uvedlo více jak dvě komplikace anestézie. Mezi nejčastěji se opakující odpovědi patřila: nevolnost, zvracení, bolest hlavy, zástava dechu, špatné probouzení po uspání, kožní vyrážka, otok. Ale objevily se zde i odpovědi jako probouzení během operace, kóma, smrt.

U odpovědí respondentů na otázku č. 9, kdy bylo zjištěno, že 311 respondentů (tj. 81,0%) bylo před výkonem edukováno, se shodují s výsledky šetření pí Hudcové, která v rámci svého výzkumného šetření také zjistila, že s edukací a seznámením se s možnými anesteziologickými riziky nebo komplikacemi bylo pučeno 38 respondentů (tj. 58,5 %) (Hudcová, 2008).

Velmi podnětný je pohled na odpovědi respondentů na otázku č. 11, kdy respondenti uváděli kým byli edukováni: „lékař-anesteziolog“ uvedlo 295 respondentů (tj. 77,0%), možnost odpovědi „lékař – operatér“ uvedlo 48 respondentů (13,0%), možnost odpovědi „sestra“ uvedlo 21 respondentů (tj. 5,0%) a možnost „nikdo“ uvedlo 20 respondentů (tj. 5,0%). Zde se domnívám, že odpovědi že edukaci prováděla sestra nebo, že nebyla provedena vůbec se týkala situací, že pacient buď nemohl být edukován (např. bezvědomí) nebo mu dané poučení nebylo prezentováno jako edukace a bylo provedeno v rámci komplexního hodnocení jeho stavu (tým lékařů). Zde se tedy ukazuje být důležité to, aby lékař vždy jasně a jednoznačně pacientovi uvedl, že se jedná o edukaci a její důvod a cíl, neboť poté mohou být výsledky, z důvodu neznalosti respondentů, dá se říci zkreslené.

Na otázku č. 12 („Měl/a jste pocit, že tyto informace byly pro Vás dostačující?“) odpovědělo „ano“ uvedlo 239 respondentů (tj. 62,0%) a možnost „ne“ zvolilo 145 respondentů (tj. 38,0%). U respondentů, kteří odpověděli „ne“ se jednalo o nedostatečnost především v následujících aspektech „popis průběhu anestézie“ uvedlo 96 respondentů, „málo času na komunikaci s lékařem“ uvedlo 150 respondentů, „nemožnost výběru z více nabízených typů anestézie“ uvedlo 39 respondentů, „míra výskytu komplikací po výkonu“ uvedlo 136 respondentů.

Velmi důležitou otázkou v dotazníku byla otázka č. 17, jejímž prostřednictvím bylo zjišťováno, zda jim lékař definoval a specifikoval, v rámci edukace, opatření, která musejí být dodržena před a po podání anestézie. Na tuto otázku odpovědělo „ano“ 350 respondentů (tj. 91,0%) z celkového počtu 384 oslovených osob. Odpověď „ne“ použilo pouze 34 respondentů (tj. 9,0%). Zajímala jsem se o konkrétní opatření, která jim byla lékařem, v rámci edukace, sdělována a bylo zjištěno následující „nutnost vylučnění, což uvedlo 295 respondentů, dále výskyt komplikací po výkonu uvedlo 301 respondentů, nutnost užití léků před výkonem (užití chronické medikace) uvedlo 298 respondentů a nutnost či prognóza další léčby uvedlo 195 respondentů.

Jistě velmi zajímavé jsou odpovědi respondentů na otázku č. 19 („Dodržel/a jste lékařem uvedená doporučení pro období před a po aplikaci anestézie?“), kdy odpovědělo „ano“, tedy že specifikovaná režimová opatření dodrželo 317 respondentů (tj. 83,0%), odpověď „ne“ uvedlo 67 respondentů (tj. 17,0%).

S otázkou č. 19 úzce souvisí i otázka č. 20 na kterou odpovídalo 67 respondentů, kteří u předešlé otázky uvedli odpověď „ne“. Za hlavní důvody svého neuposlechnutí nebo nerespektování režimových opatření, které jim byly dány lékařem před anestézií, uváděli nejčastěji: „nikdo mi nic neřekl“ uvedlo 12 respondentů (18,0%), „nevěnoval jsem příliš pozornost tomu, co lékař říká“ uvedlo 30 respondentů (tj. 45%) nebo odpověď „nic z toho, co lékař říkal se mě netýkalo“ uvedlo 25 respondentů (tj. 37,0%). Pro mě práce bylo toto zjištění poměrně překvapující, neboť edukace je určena pro pacienty, v jejich prospěch, a jestliže oni nerespektují lékaře, tak poté snadno může dojít k prezentaci případných komplikací anestézie a to jak v průběhu operace, tak i bezprostředně po ní.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se věnuje tématu celkové a místní anestézie. V rámci kapitol teoretické části bakalářské práce, jsou, představeny základní pojmy týkající se problematiky anestézie včetně historických aspektů, současného stavu apod. V dalších kapitolách se věnuji dělení a typologii anestézie, indikacím a kontraindikacím k podání jejích jednotlivých typů a také jsou zde prezentovaný možné komplikace jak celkové, tak regionální (místní) anestézie. Důležitou součástí teoretické části je kapitola věnující se tématu edukace a edukační činnosti ve zdravotnictví.

V kapitolách praktické části je popsáno a specifikováno zrealizované výzkumné šetření. K jeho provedení byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie, kdy užitý dotazník byl sestrojen po studiu odborné literatury. Výzkumným šetřením byly oslovení respondenti, kteří již prodělali anesteziologický výkon. Celkem bylo rozdáno 500 dotazníků, zpět se jich vrátilo 412, kdy ještě dalších 28 dotazníků bylo vyloučeno a to z důvodu neúplného zodpovězení všech otázek z dotazníku. Konečná návratnost tedy činila 384 dotazníků, tj. 76,8%.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké znalosti mají respondenti o typech anestézie. Dílčí cíle práce byly zjistit jaké jsou zkušenosti respondentů se samotným průběhem anestézie. A zároveň snaha zjistit, zda u respondentů před podáním anestézie proběhl edukační proces, který se zaměřoval na problematiku anesteziologického výkonu.

Výzkumných hypotéz bylo definováno pět s tím, že všechny hypotézy byly na podkladě výzkumného šetření potvrzeny.

Práce rozkrývá a vysvětluje mnohé informace a zajímavosti, které se týkají a zaměřují na oblast problematiky celkové a lokální anestézie. Domnívám se, že výrazným kladem práce je skutečnost, že výsledky výzkumného šetření ukazují nejen obecné postřehy respondentů, ale přináší i jejich znalosti, zkušenosti a postoje. Práce tedy prezentuje a přináší komplexní pohled na danou problematiku, která, jak se, domnívám je velmi aktuální a důležitá, neboť se týká každého z nás a to ať již jako zdravotníka, tak jako pacienta nebo blízkou osobu pacienta.

Závěrem je nutné uvést, že výsledky této bakalářské práce není možno příliš generalizovat, neboť výzkum byl realizován pouze ve vybrané lokalitě (Karlovarský kraj). Z tohoto důvodu je tedy možno predikovat, že pokud by bylo výzkumné šetření prováděno v jiném kraji, tak by mohly být výsledky výrazně diferencované. Ale i přes toto se jedná o výzkum, který je velice podnětný, zajímavý a jistě je možno si z něj něco „vzít“ s čím je možno dále pracovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BENEŠOVÁ, S. *Http://zdravi.e15.cz* [online]. Lokální anestézie. 2001 [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/mistni-anestezie-135702>.

GROSS, M. J. *Příručka léčebné lokální anestézie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 1997. 216 s. ISBN 80-7169-345-6.

HORÁČEK, M. *Http://zdravi.e15.cz* [online]. Dlouhodobé důsledky celkové anestézie. 2013 [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/dlouhodobе-dusledky-celkove-anestezie-471720>.

HUDCOVÁ, L. *Edukace pacienta v anesteziologické péči*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Dočkalová Tereza.

JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2010. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

LARSEN, R. *Anestézie*. 7. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2004, 1471 s. ISBN 80-247-0476-5.

MÁLEK, J. a kolektiv. *Praktická anesteziologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6.

PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky*. Praha: Portál, s.r.o., 2000. 247 s. ISBN 80-7178-399-4.

ROKYTA, R. a kolektiv. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

STOKLASOVÁ, R. *Http://is.muni.cz* [online]. Hodnocení bolesti u seniorů z pohledu. 2009 [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/258688/lf_m/Stoklasova_Radka_DP.pdf.

SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN: 978-80-7262-845-2.

TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.

TYLL, T., DOSTÁLOVÁ, V., NETUKA, D. a kolektiv. *Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. 310 s. ISBN 978-80-204-3148-6.

Www.mojezubniordinace.cz [online]. Anestezie, analgosedace. 2009 [cit. 2015-04-11]. Dostupné z: <http://www.mojezubniordinace.cz/zubni-pece/analgosedace-anestezie.asp>.

VURM, V. a kolektiv. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

Www.nemosok.cz [online]. Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie. 2014 [cit. 2015-04-11]. Dostupné z: <http://www.nemosok.cz/upload/m010/files/Informovany%20souhlas%20s%20anestezi%C3%AD%20-%20dosp%C4%9B1%C3%AD%20X.docx>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informovaný souhlas s podáním anestézie

Příloha 2 Dotazník

Příloha 3 Rešerše

Příloha 1 Informovaný souhlas s podáním anestézie

Informovaný souhlas s anestézií

Anesteziologicko-resuscitační oddělení
NEMOS SOKOLOV s.r.o., Nemocnice Sokolov
Slovenská 545, 356 01 Sokolov
telef.: 352 520 154

Informovaný souhlas pacienta s podáním anestézie

1. Já,, nar., RČ

žádám o anestezii k plánovanému léčebnému/diagnostickému výkonu
s jehož charakterem a rozsahem jsem byl seznámen lékařem MUDr
na jehožodd. bude výkon prováděn.

2. Potvrzuji, že odborný anesteziolog MUDr mne informoval o možnostech
anestezie pro uvedený výkon:

- Celková anestezie Spinální anestezie Epidurální anestezie
 Jiná svodná anestezie Monitorovaná sedace Jiné

3. Byl(a) jsem seznámen(a) s typem anestezie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestezie.

4. Byl(a) jsem informován(a), že bez ohledu na použitý typ anestezie může dojít v bezprostředním období po anestezii k obtížím přechodného rázu (např. k nevolnosti a zvracení, bolestem hlavy, bolestem v krku).

5. Byl(a) jsem informován(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou ovlivnit průběh anestezie a že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.

6. Byl(a) jsem informován(a), že v případě neúčinnosti zvoleného typu anestezie v porovnání s navrženým typem anestezie nebo při změně postupu nebo rozsahu operace ze strany operátora vyžadující změnu postupu anesteziologa bude provedena změna typu anestezie a s tímto souhlasím.

7. Byl(a) jsem informován(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat změnu postupu anesteziologa v porovnání s navrženým typem anestezie. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.

8. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních přípravků, jestliže během výkonu nebo bezprostředně po něm vznikne důvod k jejich podání. Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že ve velmi vyjíměčných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních přípravků (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).

9. Byl(a) jsem seznámen(a) s možností vzniku vzácně a vyjíměčně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestezie.

10. Tento dokument je součástí mé zdravotní dokumentace vážící se k uvedenému výkonu.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl(a) jeho obsahu a souhlasím s navrženým typem anestezie a s výše uvedenými podmínkami:

- Celková anestezie Spinální anestezie Epidurální anestezie
 Jiná svodná anestezie Monitorovaná sedace Jiné

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum:

Podpis pacienta:

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Já, MUDr, potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrhovaným typem anestezie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestezie.

Zdroj: (Www.nemosok.cz, 2015).

DOTAZNÍK

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Veronika Forosová a jsem studentkou 3.ročníku Vysoké školy zdravotnické v Praze. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem: Celková a regionální anestézie. Prosím o zodpovězení všech otázek v dotazníku. Předem bych Vás chtěla ubezpečit, že veškeré od Vás získané informace a připomínky jsou zcela anonymní a budou použity pouze ke studijním účelům a k vypracování mé bakalářské práce. Děkuji Vám za ochotu při vyplnění mého dotazníku.

Veronika Forosová, DiS

1. Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

2. Váš věk

- a) 18-20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let

e) 51-60 let

f) 61 let a více

3. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

a) základní

b) středoškolské s maturitou

b) vyšší odborné

c) vysokoškolské

4. Jaký typ anestézie (znecitlivění) jste prodělal/a?

a) místní znecitlivění

b) celkovou narkóza

c) analgosedace (současná aplikace léku proti bolesti a léku na uklidnění)

5. Kolikrát jste proděl/a anestézii?

Prosím uveďte počet:

a) celková narkóza:

b) místní znecitlivění:

c) analgosedace:

6. Jaké byste řekl/a, že jsou vaše zkušenosti s Vámi prodělanou anestézií?

a) dobré

b) spíše dobré

- c) špatné
- d) spíše negativní
- e) jiné, prosím uveďte:

7. Dokážete popsat jaký je rozdíl mezi celkovou narkózou a místním znecitlivěním?

Prosím uveďte:

.....
.....
.....

8. Můžete prosím uvést alespoň dvě komplikace, které se mohou objevit u celkové narkózy?

Prosím uveďte:

.....
.....
.....

9. Byl/a jste před operačním zákrokem edukován/a o způsobu provedení anestézie?

- a) ano
- b) ne

10. Byl/a jste před operačním zákrokem seznámena/a o možnostech komplikací anestézie?

a) ano

b) ne

11. Kdo ze zdravotnického personálu Vás edukoval o připravované anestézii?

a) lékař – anesteziolog

b) lékař – operatér

c) sestra

d) nikdo

12. Měl/a jste pocit, že tyto informace byly pro Vás dostačující?

a) ano

b) ne

13. Jestliže jste na otázku 12 odpověděl/a „ne“, jaké informace Vám chyběly?

Prosím uveďte:

.....

.....

14. Zjišťoval/a jste si tyto informace?

a) ano

b) ne

15. Jestliže jste na otázku 14 odpověděl/a „ano“, ke jste dané informace hledal/a?

- a) od lékaře
- b) od známých, co prodělali anestézií
- c) z časopisů
- d) z internetu
- e) jiné, prosím uveďte:

16. Vyhovovala Vám forma předoperační edukace o anesteziologickém výkonu?

- a) ano
- b) ne

17. Definoval Vám lékař nebo edukující osoba opatření, která musíte dodržovat před a po podání anestézie?

- a) ano
- b) ne

18. O jaká opatření se například jednalo? Můžete uvést:

.....
.....
.....

19. Dodržel/a jste lékařem uvedená doporučení pro období před a po aplikaci anestézie?

- a) ano
- b) ne

20. Co bylo důvodem nedodržení doporučení, které Vám lékař uvedl?

Prosím uveďte:

.....
.....
.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Pokud chcete něco uvést. Uveďte to prosím zde:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Vinařská 6, PSČ 603 00 Brno

IČ: 00023850, DIČ: CZ00023850

www.nconzo.cz



Držitel certifikace ISO 9001: 2008

Rešerše

Celková a regionální anestezie

Z databází: katalog knihovny NCO NZO Brno
Bibliographia medica Českoslovacca

Časový rozsah: neomezeně

Celkový počet záznamů: 175

21.4.2015

Zpracovala: Michaela Musilová