

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Lenka Hajžmanová, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lenka Hajžmanová, DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA PACIENTŮ
V PERIOPERAČNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 24. 3. 2014.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji sestřám z Chirurgické kliniky FN Plzeň za poskytnutí prostoru k provedení výzkumu. Také děkuji Bc. Ivaně Vohrnové za cenné rady a podporu při studiu. V neposlední řadě patří můj dík mé rodině.

Lenka Hajžmanová

Anotace

Příjmení a jméno: Hajžmanová Lenka

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychologická problematika pacientů v perioperační péči

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 27

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: prožívání, edukace, operační sál, psychologie, pacient

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá identifikací prožívání a subjektivních pocitů pacientů v průběhu perioperační péče, což může významně ovlivnit průběh léčení. V teoretické části jsou shrnuty základní poznatky ze dvou hlavních oblastí, které se v této práci spojují. Obecně je popsána problematika péče o pacienta v předoperačním, operačním a pooperačním období a poté je text zaměřen na charakteristiku prožívání pacientů v perioperačním období z pohledu psychologie. Praktická část této bakalářské práce je založena na zpracování kvalitativního výzkumu formou čtyř případových studií. Na základě rozhovorů s vybranými pacienty se podařilo identifikovat jejich pocity. Z výzkumu vyplynulo, že dostatek informací v perioperačním období může pozitivně ovlivnit prožívání pacientů během pobytu na operačním sále. Za účelem podpory komunikace mezi pacienty a zdravotnickým personálem byl vytvořen informační leták.

Annotation

Surname and name: Hajžmanová Lenka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Psychological problems of patients in perioperative care

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 27

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 20

Keywords: experience, education, operating room, psychology, patient

Summary:

This bachelor thesis deals with the identification of patient's experience and their subjective emotions during a perioperative care, which could significantly affect healing in the course of treatment. Basic knowledge from two main branches connecting in this work is summarized in the theoretical part. The patient care in the perioperative period is generally described and further the characteristics of patient's experience are explained from the viewpoint of psychology. The empirical part of the thesis is based on a qualitative research in the form of four case studies. The patient's emotions were identified with respect to the dialogs with chosen patients. It follows from the research, that sufficient amount of information in the perioperative period can positively affect the patient's experience and emotions during this period. The information leaflet was created in order to support the communication between patients and medical staff.

Obsah

Úvod.....	11
1 Teoretická část.....	12
1.1 Péče o pacienta a specifika perioperační péče.....	12
1.1.1 Předoperační péče	12
1.1.2 Intraoperační péče	17
1.1.3 Pooperační péče.....	19
1.2 Prožívání pacienta	24
1.2.1 Hospitalizace	24
1.2.2 Předoperační příprava	26
1.2.3 Intraoperační období	32
1.2.4 Pooperační období.....	33
1.3 Edukace v perioperační péči.....	34
2 Praktická část	36
2.1 Formulace problému	36
2.2 Cíl výzkumu	36
2.2.1 Dílčí cíle	36
2.2.2 Výzkumné otázky.....	36
2.3 Druh výzkumu a výběr metodiky.....	37
2.3.1 Metoda.....	37
2.3.2 Výběr případu.....	37
2.3.3 Způsob získávání informací	38
2.4 Pacient číslo 1	38
2.4.1 Anamnéza	38
2.4.2 Přepis rozhovoru	39
2.4.3 Shrnutí	42
2.5 Pacient číslo 2	43
2.5.1 Anamnéza	43
2.5.2 Přepis rozhovoru	44
2.5.3 Shrnutí	47
2.6 Pacient číslo 3	48
2.6.1 Anamnéza	48
2.6.2 Přepis rozhovoru	49
2.6.3 Shrnutí	53
2.7 Pacient číslo 4	53

2.7.1	Anamnéza.....	53
2.7.2	Přepis rozhovoru	54
2.7.3	Shrnutí.....	57
2.8	Analýza a interpretace případových studií	59
2.8.1	Předoperační období.....	59
2.8.2	Období na operačním sále	60
2.8.3	Pooperační období.....	61
2.9	Diskuze.....	62
2.9.1	Výzkumná otázka číslo 1 – Jaké pocity prožívají pacienti v perioperační péči?	62
2.9.2	Výzkumná otázka číslo 2 – Jak ovlivňuje míra informovanosti o perioperační péči prožívání pacientů v perioperační péči?	64
2.9.3	Výzkumná otázka číslo 3 – Jak vnímají pacienti prostředí operačních sálů?	66
2.9.4	Výzkumná otázka číslo 4 – Jak pacienti vnímají personál operačních sálů?	66
2.9.5	Výzkumná otázka číslo 5 – Jaké požadavky by pacienti uvítali v rámci uspokojování potřeb v perioperační péči?	67
2.10	Informační leták	67
	Závěr.....	68
	Použitá literatura	70
	Seznam tabulek.....	72
	Seznam příloh.....	73

Úvod

Návštěva pacienta u lékaře s vážnějším zdravotním problémem nebo pobyt pacienta v nemocnici je vždy spojený s určitou psychickou zátěží, která působí na daného jedince. V případě nutného operačního výkonu je psychická zátěž extrémní. Pacient reaguje na zátěž různě na základě svých přirozených povahových vlastností. Velmi důležitým faktorem, který může ovlivnit vyrovnání se s nepříjemným prostředím a dalšími okolnostmi, jsou lidé, kteří v danou chvíli pacienta obklopují, tedy lékaři, sestry a jiný zdravotnický personál. Jejich chování směrem k pacientovi je základním nástrojem pro zvládnutí pacientova krizového období.

Hlubší analýza psychické zátěže pacienta v perioperační péči a následné zpracování vhodných edukačních materiálů, které pomohou pacientovu zátěž zmírnit je předmětem této bakalářské práce. Hlavním cílem je zjistit, jaké pocity prožívají pacienti indikovaní k operaci v období před operací, na operačním sále a v pooperačním období. Výzkum je zaměřen zejména na souvislost mezi množstvím obdržených informací a prožíváním pacientů, na vnímání prostředí operačních sálů a jejich personálu pacientem a na možné vylepšení aktuálního stavu edukace pacientů.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, přičemž každá část je obsahem jedné kapitoly. Po úvodu následuje teoretická kapitola, která je rozčleněna do tří podkapitol, kde jsou popsány postupně specifika péče o pacienta v perioperační péči, obecné poznatky o pocitech a prožívání pacientů z pohledu psychologie a stav edukace pacientů v perioperační péči.

Praktická část práce, která je založena na provedení a vyhodnocení kvalitativního výzkumu, je rozdělena do deseti podkapitol. Nejprve je formulován problém, zvoleny cíle výzkumu a shrnuta jeho metodika. Dále jsou popsány čtyři případové studie, přičemž sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Pro každý případ je uvedena anamnéza pacienta, přepis rozhovoru a jeho shrnutí. Následně je provedena analýza a interpretace případových studií a diskuze, kde jsou hlouběji rozebrány výsledky výzkumu a jsou srovnány s aktuálními poznatky z odborné literatury. Výstupem této bakalářské práce je informační leták vypracovaný za účelem poskytnutí dostatečného množství informací směrem k pacientům a tím zlepšení jejich prožívání v perioperačním období.

1 Teoretická část

Za účelem hlubšího porozumění situacím, stavům a chování pacientů, které budou studovány v praktické části práce, jsou v této kapitole shrnuty nutné definice, poznatky a základní pojmy z ošetrovatelské péče o pacienta a psychologická problematika pacientů před operací, na operačním sále a v období po operaci.

1.1 Péče o pacienta a specifika perioperační péče

Abychom se mohli zabývat perioperační péčí, je vhodné vědět, co je to operace. Operační výkon je jakákoliv činnost, při níž k diagnostickým či terapeutickým postupům na lidském těle využíváme instrumentárium s důsledkem změny integrity tkání či orgánů (Wendsche et al., 2012, str. 13).

Peri je předpona řeckého původu a znamená kolem, okolo. Slovo perioperační vzniklo v roce 2004 v souvislosti se změnami terminologie ve zdravotnictví s přijetím Zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Do roku 2004 byly používány termíny předoperační a pooperační období odděleně. Termín perioperační je spojován s časovým úsekem jak v širším, tak i v užším pojetí. Také se změnilo označení sestry instrumentářky na označení perioperační sestra.

Perioperační ošetrovatelská péče je ošetrovatelská péče o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu (Wichsová et al., 2013, str. 133). Péči o pacienta v perioperačním období tedy rozdělujeme na *předoperační péči*, *intraoperační péči* a *pooperační péči* (Wichsová, 2013, str. 133). Před operačním výkonem poskytují předoperační ošetrovatelskou péči sestry z lůžkového oddělení, případně ještě sestry z ambulantní části zdravotnického zařízení. Ošetrovatelská péče o pacienta na operačním sále je prováděna perioperačními sestrami a anesteziologickými sestrami. V pooperačním období je pooperační ošetrovatelská péče zajišťována sestrami z lůžkové části nemocnice. Moderní způsoby řízení perioperační péče jsou popsány v článku Lee (2011, str. 214-222).

1.1.1 Předoperační péče

Cílem předoperační přípravy je vytvořit nemocnému optimální podmínky k tomu, aby zvládl operační výkon, k úspěšnému a nekomplikovanému hojení a rychlé rekonvalescenci. Chirurgický výkon a volba anestezie jsou zvoleny s ohledem na zdravotní stav nemocného (Jedličková et al., 2012, str. 231).

Předoperační příprava pacienta začíná vstupem do ambulantního traktu chirurgického oddělení. Vlídne zacházení, trpělivé vysvětlení, pečlivost a vysoká profesionalita ze strany zdravotnického personálu umožňuje získat respekt a důvěru nemocného. Cílem předoperační přípravy je vytvořit optimální podmínky pro průběh operačního výkonu i pro nekomplikované pooperační období (Kala et al., 2010, str. 18).

V období před operačním výkonem se pacient připravuje na operaci a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. Absolvuje předoperační vyšetření, které odhalí případné rizikové faktory operace. V předoperačním období je velice důležitá spolupráce zdravotnického personálu nejen s pacientem, ale i s jeho příbuznými. Pacient se v tomto období dozvídá důležité informace o chirurgickém výkonu, je připravován sestrou i lékařem na pobyt v nemocnici a na vše, co s operačním výkonem souvisí. Rozhovor s pacientem by měl být srozumitelný a po slovním sdělení by měl důležité informace dostat písemně s sebou domů. Základem tohoto rozhovoru by měla být empatie, úcta a nefalšovaná projevů toho, kdo s nemocným hovoří. Informace je nutné podávat vhodnou formou a s dostatečným časovým předstihem, aby je mohl nemocný zpracovat a adaptovat se na novou situaci. V současné době je trend informovat pacienta o plánovaném zákroku velmi podrobně a je všeobecně doporučováno vysvětlit také všechny možné komplikace, které by mohly zákrok doprovázet, neboť je známo, že v čekací době na zákrok má pacient tendenci si sám zjišťovat všechny možné informace o plánovaném zákroku, včetně zkušeností od ostatních pacientů, což může mít v některých případech negativní dopad na jeho psychiku. Je však třeba zvážit rozsah informací u úzkostlivých pacientů, proto je nutné k nemocným přistupovat individuálně. Kala et al. (2010, str. 18) uvádí: *„Zcela zásadní je poskytnout nemocnému dostatečné množství informací o jeho zdravotním stavu, vysvětlit potřebné úkony v předoperační přípravě, objasnit charakter operace a nastínit problémy, které lze očekávat v pooperačním průběhu. Důležité jsou informace o délce pobytu v nemocničním zařízení a poučení o následné rehabilitaci včetně přechodných a eventuálně trvalých životních omezení v souvislosti s operačním výkonem. Zásadní otázky týkající se charakteru operačního výkonu a rizik v pooperačním období by měly být vysvětleny ošetřujícím lékařem nebo operátorem.“* Sestra by měla nemocnému poskytnout informace o ošetrovatelské péči a pobytu na oddělení. Důležité je vedení ošetrovatelské dokumentace, včetně Souhlasu s přijetím do ústavní péče a Záznamu o souhlasu o poskytování informací o zdravotním stavu, kde pacient určí koho informovat o jeho zdravotním stavu a v jakém rozsahu, popřípadě, komu zakazuje podávat informace. Sestra by měla dále poskytnout

nemocnému informace týkající se osobní hygieny, poučit nemocného o případném dietním omezení před a po operaci, dále o nutnosti pooperační rehabilitace (Kala et al., 2010, str. 18).

Předoperační příprava je ovlivněna načasováním operačního výkonu. Na plánované operace přichází nemocný s podrobnými výsledky doplňujících vyšetření a je možná řádná předoperační příprava nemocného. Jinak je tomu u akutních operačních výkonů, zde se provádí pouze základní předoperační vyšetření a nutná předoperační příprava. U urgentních operací, kdy jakékoliv zdržení může ohrozit pacientův život, se provádí základní, nebo alespoň orientační vyšetření a předoperační příprava je pouze omezená, nebo se neprovádí vůbec (Jedličková et al., 2012, str. 231).

Obecná předoperační příprava

K základním vyšetřením, která se zpravidla provádějí u každého pacienta před operací, je biochemický screening (patří sem moč+sediment, jaterní testy, urea, kreatinin, minerály, celková bílkovina, C reaktivní protein), hematologický screening (krevní obraz, koagulace, krevní skupina). Dále se provádí interní vyšetření a elektrokardiografické vyšetření. Rentgenové vyšetření srdce a plic se provádí u pacientů nad šedesát let věku, u kuřáků nad čtyřicet let, u obézních nemocných a u cizinců s endemickým výskytem tuberkulózy (Jedličková et al. 2012, str. 232). Na základě laboratorních výsledků můžeme upravit vnitřní prostředí, či hodnoty krevního cukru, upravit nutriční stav nemocného optimálně pro provedení operace. Do předoperační přípravy také patří profylaxe tromboembolických onemocnění. Lékař zhodnotí výsledky jednotlivých vyšetření, provádí vyšetření poslechem, poklepem, palpaci, měření tlaku a pulsu, zajímá se o rodinnou a osobní anamnézu, medikaci a na základě toho zhodnotí operační riziko. Platnost předoperačního vyšetření je u zdravého nemocného jeden měsíc, u vážně nemocných maximálně sedm dní, u nestabilních pacientů je nutné vyšetření těsně před operací (Jedličková et al., 2012, str. 232).

Anesteziologická příprava

Probíhá formou anesteziologické vizity u lůžka nemocného. Součástí této vizity je vyplnění dotazníku, který se zakládá do dokumentace nemocného. Anesteziolog na základě dostupných vyšetření zhodnotí stav pacienta, odebere anamnestické údaje zaměřené na předešlé anestezie, stanoví anesteziologické riziko a poučí nemocného o zvoleném typu

anestezie. Anesteziolog také doplní do dokumentace ordinace před výkonem a premedikaci. Cílem premedikace je anxiolýza, sedace se zachováním obranných reflexů, analgezie, ovlivnění vegetativního nervstva, prevence aspirace, usnadnění úvodu do anestezie a prevence pooperační nauzey a zvracení. Premedikace se podává večer před operací (hypnotikum) a v den operace. Dále určí anesteziolog, které léky z chronické medikace je potřeba podat i v den operačního výkonu (Kala et al., 2010, str. 233).

Speciální předoperační příprava

Speciální konziliární vyšetření se provádí u nemocných s diabetem, s respiračním či kardiovaskulárním onemocněním, u endokrinologických, renálních, hepatálních a neurologických chorob, u pacientů s malignitami, s koagulopatiemi či u alergiků. Doporučení z těchto vyšetření je třeba v předoperační přípravě dodržet (Jedličková et al., 2012, str. 232). Do speciální přípravy zahrnujeme výkony, které jsou dány typem onemocnění a charakterem chirurgického výkonu. Řadíme sem některé typy hematologických testů, nativní rentgen břicha, spirometrické vyšetření, stanovení ledvinné clearance, endoskopická vyšetření, jako například kolonoskopie nebo gastrokopie a další speciální vyšetření, jejíž pomocí se může vyšetřit operovaná systémová soustava. U nitrohručních výkonů je nutné doplnit vyšetření krevních plynů (Astrup), nebo funkční vyšetření plic (Kala et al., 2010, str. 19). Speciální předoperační příprava by měla minimalizovat specifické rizikové faktory pacienta, patří do ní i kompenzace přidružených chorob, protože jejich dekompenzace by mohla způsobit komplikace v průběhu anestezie nebo v pooperačním období.

Chirurgická příprava

Tento druh přípravy je dán typem operačního výkonu. Před operací na zažívacím traktu je nutné speciální vyprázdnění, žaludeční sonda či podání Metronidazolu. Někdy je nutná antibiotická profylaxe, dle ordinace operátora. Před operací plic se provádí inhalační příprava a nácvik odkašlávání. Do chirurgické přípravy patří i endoskopická nebo sonografická vyšetření těsně před zahájením operace (například před operací jater nebo gastrointestinálního traktu) (Jedličková et al., 2012, str. 233).

Psychologická příprava

Úkolem psychologické přípravy je minimalizovat strach a stres z operačního výkonu. Tuto přípravu zajišťuje lékař i sestra a důležitými předpoklady její úspěšnosti jsou vhodná

a dostatečná komunikace, vstřícnost a prostor na otázky pacientů. V některých zdravotnických zařízeních je možná konzultace s ústavním psychologem. Mezi nejčastější obavy nemocných patří strach z neznámého, z bolesti, z anestezie, ze smrti, z deformit nebo ze změny životního stylu.

Všeobecná předoperační příprava

Je omezena na 24 hodin před chirurgickým výkonem. Patří sem lačnění, které je dodržováno vždy u plánovaných výkonů, dochází k vyprázdnění gastrointestinálního traktu a tím se sníží riziko aspirace během anestezie. Mělo by se dodržovat i před výkonem v místní anestezii kvůli riziku komplikací nebo přechodu na celkovou anestezii. U dospělých se doporučuje poslední příjem potravy šest až osm hodin před výkonem, tekutiny jako je neperlivá voda může popíjet do dvou hodin před operací jen v malých doušcích. Novorozenci mohou mít čtyři hodiny před výkonem poslední příjem mléka a dvě hodiny před výkonem poslední příjem čiré tekutiny. Kojenci a batolata přijímají šest hodin před výkonem poslední pevnou stravu, čtyři hodiny předem poslední mléko a dvě hodiny před operací je poslední příjem čiré tekutiny (Jedličková et al., 2012, str. 235-236). Před operačním výkonem se doporučuje kuřákům nekouřit. Dále do všeobecné přípravy řadíme koupel nemocného, popřípadě hygienickou péči u lůžka. Je nutná příprava operačního pole, odstranění nečistot (náplasti, nečistoty v oblasti pupku). Provádí se odstranění ochlupení, zde se však liší názory na potřebu, rozsah a dobu holení. Většinou se provádí těsně před operací a to šetrně, protože drobné ranky mohou být vstupní branou infekce. Samozřejmostí je odstranění make-upu, odlakování nehtů a odstranění umělých nehtů (na to by měli být pacienti upozorněni již před nástupem do zdravotnického zařízení). Pacienti také musí odložit šperky a protetické pomůcky (brýle, kontaktní čočky, naslouchadlo, vyjmout zubní náhradu). Sestra bandážuje nemocným dolní končetiny či si nemocní nasadí kompresivní punčochy. Před odjezdem na operační sál musí sestra zkontrolovat dokumentaci, zda byly splněny všechny předoperační ordinace. Také zkontroluje informovaný souhlas, který nemocní či jejich zákonní zástupci podepisují spolu s ošetřujícím lékařem a stvrzují svým podpisem, že byli seznámeni s operací a jejími riziky (Kala et al., 2010, str. 20).

Na operační sál je pacient přivezen sanitářem v doprovodu sestry z oddělení, případně lékařem, na lůžku nebo na transportním vozíku a je přepraven pomocí překladačového zařízení do prostoru operačního traktu na desku operačního stolu nebo na sálový vozík.

1.1.2 Intraoperační péče

Tato etapa začíná přeložením pacienta na desku operačního stolu v operačním traktu. Při překlada nemocného dbáme na intimitu nemocného. Nemocný je uložen na operační stůl a zakryt sálovým prostěradlem. Pacient musí mít vlasy zakryté jednorázovou čepičkou a dolní končetiny jsou zlehka připoutány popruhy k operačnímu stolu z důvodu prevence pádu nemocného. U překladařského zařízení přebírá pacienta sálová sestra, sálový sanitář a anesteziologická sestra. Kontrolují se tyto dokumenty:

- Podepsaný informovaný souhlas pacienta s anestezií.
- Podepsaný informovaný souhlas pacienta s operací.
- Pacientem podepsaný dokument o stranové shodě končetiny nebo části těla či orgánu (Wendsche et al., 2012, str. 75).

Anesteziologická sestra přebírá dokumentaci a zaměřuje se na psychický a fyzický stav nemocného a na účinky premedikace (Wichsová et al., 2013, str. 134). Provádí se verifikace nemocného a to kontrolou dokumentace, kontrolou identifikačního náramku, kontrolou dle operačního programu a přímým dotazem na nemocného. Dále se nemocného ptáme na předpokládaný operační výkon, na stranu operačního výkonu (pokud hrozí stranová záměna), zkontrolujeme označení místa výkonu na těle nemocného a neméně důležitá je dotaz na případné alergie (Wichsová et al., 2013, str. 134). Poté je převezen na příslušný operační sál dle operačního programu. Na operačním sále se nemocného ujímá anesteziologický tým. Anesteziolog monitoruje vitální funkce nemocného a vede dokumentaci o typu a průběhu anestezie, anesteziologická sestra plní ordinace úplní ordinace lékaře. Pro anesteziologický tým je nutné, aby sálový sanitář upevnil pacientovy horní končetiny na dlahy a zafixoval je pásy, aby při úvodu do anestezie nedošlo k jejich sesutí. Z důvodu bezpečnosti pacienta jsou také dolní končetiny fixované pásy. Tato fáze přípravy před operací může být vnímána nepříjemně, protože pacient je „přivázaný“ k operačnímu stolu. Příjezdem pacienta na operační sál začíná příprava operační skupiny.

Perioperační sestry

Jako první přichází perioperační sestry. Vyhláška 424/2004 Sb. mimo jiné popisuje kompetence perioperačních sester. Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti dle §48 v péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů (Wichsová et al., 2013, str. 50).

Perioperační sestry jsou registrované všeobecné sestry, většinou se specializačním vzděláním v perioperační péči.

Kompetence perioperační sestry:

- Zajistit stálou pohotovost operačních sálů, přístrojového vybavení, instrumentária, tlakových nádob, zdravotnických pomůcek a materiálu před, v průběhu a po operačním výkonu.
- Připravovat pacienta a zajistit mu specifickou perioperační péči (zajistit polohu a fixaci pacienta na operačním stole včetně prevence komplikací z imobilizace, provádět zarouškování pacientů, instrumentovat při operačních výkonech).
- Vést zdravotnickou dokumentaci specifickou pro perioperační péči.
- Provádět ve spolupráci s lékařem před začátkem, v průběhu a před ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu.
- Provádět specializované sterilizační a dezinfekční postupy (Wichsová et al., 2013, str. 50-51).

Na operačním sále vždy jedna perioperační sestra instrumentuje a jedna je obíhající (cirkulující) sestra. Obíhající sestra tvoří spojku mezi operačním týmem a zázemím operačního traktu (zajišťuje a podává instrumentárce potřebný materiál, pomáhá při evidenci operačních roušek a dalšího obvazového materiálu). Obíhající sestra dále zajišťuje transport a polohování pacienta na operačním stole, asistuje při dezinfekci a osvětlení operačního pole. Také zajišťuje komunikaci s pacientem a v rámci svých kompetencí ho informuje o nezbytných činnostech. Důležitým úkolem obíhající sestry je zajišťovat bezpečnost pacienta na operačním sále, což se promítá do všech jejích činností. V neposlední řadě vede obíhající sestra zdravotnickou dokumentaci (Wendsche et al., 2012, str. 16). Úkolem instrumentující sestry je příprava nástrojů potřebných k danému plánovanému výkonu, jejich početní kontrola včetně jejich funkčnosti a příprava ostatního materiálu dle typu operačního výkonu, též s početní kontrolou.

Ve většině případů se při operacích používá *elektrokoagulační přístroj*, který funguje na principu přeměny elektrické energie ze sítě na vysokofrekvenční proudy, které prochází kabelem k aktivní elektrodě. Při monopolárním typu koagulace musí být elektrický obvod uzavřen přiložením neutrální elektrody na tělo pacienta, co nejbližší operačnímu poli

(Jedličková et al., 2012). Neutrální elektroda se přikládá nejčastěji na horní nebo dolní končetinu, ještě před úvodem do anestezie. Záleží na zvyklostech pracoviště, kdo tuto elektrodu přikládá, někde to bývá lékař, častěji však perioperační sestra nebo sálový sanitář.

Po uvedení do anestezie následuje v indikovaných případech zavedení permanentního močového katetru či nasogastrické sondy a bezpečné polohování pacienta dle druhu plánovaného výkonu. Při polohování nemocného musíme dbát na prevenci proleženin, které vznikají při enormním tlaku na měkké tkáně. Dále musíme myslet na prevenci poškození nervů, které může vzniknout jednak kompresí a jednak extrémním postavením kloubů, proto je důležité používat antidekubitní a polohovací pomůcky a vždy dbát na fyziologické postavení všech částí pacientova těla. Následuje antiseptická operace operačního pole, zarouškování operačního pole a začíná vlastní operační výkon. Intraoperační péče končí předáním pacienta na dospávací pokoj, standartní oddělení, JIP nebo ARO, v případě ambulantního zákroku odchodem z operačního traktu.

Prostředí operačních sálů je pro pacienta, který dosud nebyl operován, neznámé a nemocný je zde odkázán zcela na péči zdravotníků a musí jim důvěřovat. Dostává se zde do situace, kterou není schopen svým jednáním zásadně ovlivnit. Pacienti na operačním sále zažívají intenzivní pocity strachu a úzkosti. Proto je velmi důležité udržovat s pacientem neustálý kontakt a informovat ho o všem, co se s ním bude dít. Zdravotnický personál by měl dodržovat zásady psychologického přístupu k nemocnému, čímž je myšleno porozumění a využití základních znalostí psychologických mechanismů (Janáčková, 2008, str. 15).

1.1.3 Pooperační péče

Po skončení operačního výkonu a anestezie začíná pooperační období.

Bezprostřední pooperační péče

Po operačním výkonu musí být pacient nějaký čas velmi intenzivně sledován. V časně pooperační době může dojít k mnoha komplikacím, například respirační, kardiovaskulární nebo komplikace z nedostatečně odeznělé anestezie. Tyto stavy vyžadují rychlou a kvalifikovanou pomoc. Nejdříve je nemocný pod neustálou kontrolou anesteziologického týmu a nesmí být přeložen na lůžkové oddělení, dokud nemá stabilizovaný krevní oběh, dostatečně spontánně nedýchá a dokud se mu nevrátí obranné reflexy. To, kde bude dále probíhat pooperační péče, závisí na typu a délce operačního výkonu, způsobu anestezie,

přidružených onemocněních a případných pooperačních komplikacích (Kala et al., 2010, str. 43). V moderních nemocnicích probíhá bezprostřední pooperační péče na takzvaných dospávacích pokojích, které jsou součástí anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Ideální by bylo, kdyby na těchto pokojích zůstávali nemocní pod neustálou kontrolou sestry a lékaře několik hodin, na to je však nutná dostatečná kapacita těchto pokojů. Po několika hodinách se riziko těchto komplikací výrazně snižuje a nemocný může být přeložen na standartní oddělení. Pokud stav nemocného vyžaduje intenzivní a déletrvající péči, je přeložen na chirurgickou jednotku intenzivní péče (JIP). Pokud je po operaci ohrožen život nemocného, je přeložen na lůžkovou část anesteziologickoresuscitační kliniky.

V pooperačním období sledujeme u pacienta pravidelně krevní tlak, puls a počet dechů v časových intervalech dle určení anesteziologa. Dále měříme tělesnou teplotu, hodnotíme stav vědomí dle Glasgow Coma Scale (GCS, viz příloha číslo 1) a elektrokardiografickou křivku, měříme příjem a výdej tekutin u nemocného a dále kontrolujeme odpad z drénů, případně nasogastrické sondy a sledujeme stav operační rány, abychom včas zachytili případné pooperační komplikace. V některých případech je indikována oxygenoterapie. V tomto období je důležité podávání analgetik (opioidy eventuálně v kombinaci s neopiátovými analgetiky) a následná kontrola jejich účinnosti. Mohou se provádět kontroly krevního obrazu a biochemických parametrů, někdy může být indikováno pooperační rentgenové vyšetření. Nemocnému aplikujeme infuzní nebo transfuzní roztoky, případně antibiotika (Jedličková et al., 2012, str. 239).

Následná pooperační péče

V pooperačním období jsou důležité některé činnosti, které budou dále podrobněji uvedeny. Nadále pokračujeme v kontrolách vitálních funkcí.

Velmi důležitým faktorem v pooperační péči je poloha pacienta. Obvykle je nemocný po operaci uložen do polohy vleže na zádech s mírně zvýšenou polohou hrudníku a hlavy. Tato poloha usnadňuje ventilaci a odkašlávání. Jsou však výkony, které vyžadují uložení nemocného do zvláštní polohy. Po operaci na hlavě a krku bývá pacient v poloze v polosedu, jiné operace vyžadují polohu například vleže na břiše. Většinou si nemocní mohou lehnout do polohy, která jim vyhovuje, a mají při ní nejmenší bolesti. Pokud to dovolí zdravotní stav, je vhodné ještě v den operace pacienta co nejdříve mobilizovat a vertikalizovat z důvodu prevence vzniku dekubitů (Kala et al., 2010, str. 44).

Provádění osobní hygieny u pacienta po operaci je omezené bolestí a sníženou pohyblivostí, z tohoto důvodu je nutná pomoc zdravotnického personálu. Péče o kůži navozuje u nemocných příjemné pocity a pomáhá v prevenci vzniku dekubitů. Zvýšená pozornost je nutné věnovat místům vlhké zapáčky (například kožní řasa pod prsy u žen, třísla) a také hygieně dutiny ústní, protože zde mohou vznikat infekce, které mohou být zdrojem pooperačních komplikací. S hygienickou péčí v pooperačním období souvisí i pravidelné převazy operační rány a invazivních vstupů (Jedličková et al., 2012, str. 243).

Po operaci je nutné u každého pacienta kontrolovat, zda se spontánně vymočil, protože močení může být ztíženo bolestí stěny břišní, ochabnutím stěny močového měchýře, spazmem sfinkterů, polohou vleže a v neposlední řadě může mikci ovlivnit i psychický stres, například z důvodu přítomnosti dalších pacientů na pokoji. Pacient by se měl vymočit do osmi hodin od operace, pokud ne, je nutné nemocného vycévkovat, nebo zavést permanentní močový katetr, většinou se však zavádí již na operačním sále. Také je důležité sledovat kvalitu a množství moči (Kala et al., 2010, str. 45).

Dále musíme u všech nemocných po operačním výkonu kontrolovat odchod plynů a stolice. Přechodná zástava peristaltiky je normální jev u operací v dutině břišní, někdy i v dutině hrudní. Činnost peristaltiky se obnovuje po 48 až 72 hodinách, pokud ne, je možná farmakologická podpora, popřípadě dostatečná analgezie a časná rehabilitace. Známkou dobře fungující peristaltiky je odchod plynů, popřípadě stolice. Pokud nedojde k obnovení peristaltiky do pěti dnů, je nebezpečí vzniku pooperačního paralytického ileu (Kala et al., 2010, str. 45).

Prevence vzniku trombózy, tromboflebitidy a embolie patří již do předoperační přípravy a v opatřeních se nadále pokračuje i po operaci. Po operaci má nemocný elastické bandáže dolních končetin, neméně důležitá je časná mobilizace, rehabilitace a dostatečná hydratace pacienta.

Operační rána je zakryta obvazem a je nutné tento obvaz kontrolovat, zda neprosakuje krví či jiným sekretem. Drobné prosakování těsně po operaci je normální, ale pokud krvácení neustává, je nutné obvaz odstranit a ránu zrevidovat. Po 48 hodinách je již rána nekrytá a nadále ránu kontrolujeme, zda se neobjevily známky zánětu, nebo zda nedošlo k dehiscenci rány (Kala et al., 2010, str. 45).

Pooperační bolesti se tlumí aplikací opioidů eventuálně v kombinaci s neopiátovými analgetiky v pravidelných intervalech. Délka intervalů a dávka analgetik se liší dle velikosti operačního výkonu, věku a tělesné hmotnosti nemocného a zkušenosti pacienta s bolestí. Nedostatečné tlumení bolesti po operaci může vést k pooperačním komplikacím (nedostatečná ventilace, sympatikotonní reakce oběhu, odmítání rehabilitace, psychický dyskomfort a jiné) a dále do budoucna ovlivňuje odpověď nemocného na další bolest (Kala et al., 2010, str. 44). Nejdříve se aplikují silnější analgetika, později se používají preparáty mírnější až do úplného vysazení. K tlumení pooperačních bolestí se také využívá svodná či periferní pokračující blokáda, například epidurální analgezie, subarachnoideální analgezie, které minimálně zatěžují pacienta a jsou obvykle nemocnými dobře tolerovány. K léčbě bolesti patří i psychická podpora. Z důvodu bolesti bývá v prvních dnech po operaci narušen spánek. Bolest spolu s nedostatkem spánku mohou nemocného vyčerpávat fyzicky i psychicky (Kala et al., 2010, str. 44).

Důležitou součástí léčby je výživa nemocných. Pokud pacient nemůže přijímat stravu normálně z důvodu například operace na zažívacím traktu, nebo pokud je nemocný v umělém spánku, je možné podávat nemocným buď enterální, nebo parenterální výživu. Enterální výživa se podává pomocí nasogastrických či nasojejunálních sond, eventuálně jejunostomií či gastrostomií. Strava by měla být vyvážená a měla by obsahovat všechny důležité živiny a vitamíny. Naopak nedostatečná výživa může přispět ke zhoršenému hojení operační rány, snížení obranyschopnosti organismu, které může vést k vyššímu výskytu infekčních komplikací (Kala et al., 2010, str. 46).

Důležitá je samozřejmě brzká mobilizace a vertikalizace, kterou provádí nejen sestry na oddělení, ale i rehabilitační pracovníci. Využívá se běžně léčebná tělesná výchova, dechová rehabilitace. Včasná rehabilitace pomáhá v prevenci tromboembolické nemoci a zlepšuje respirační funkce

Pooperační komplikace

Pooperační komplikace jsou stavy, které vznikají v souvislosti s operací nebo s anestezií a narušují normální pooperační průběh.

Časné pooperační komplikace

Dochází k nim do dvou a maximálně do 24 hodin po operaci. Vznikají v souvislosti s celkovou anestezií, či může jít o komplikace operačního výkonu.

- Poruchy dýchání (edém a paréza hlasivek, nedostatečné zotavení po anestézii, plicní komplikace).
- Kardiovaskulární poruchy (hypotenze, hypertenze, poruchy srdečního rytmu, kardiogenní šok, astystolie).
- Poruchy vědomí (zpomalené zotavení z celkové anestezie).
- Pooperační nausea a zvracení.
- Podchlazení a svalový třes.
- Hypertermie (maligní hypertermie, sepse).
- Poruchy vodního a elektrolytového hospodářství (hypovolémie, iontové dysbalance).
- Krvácení (koagulopatie, komplikace operačního výkonu).

Abychom zabránili vzniku časných pooperačních komplikací je velmi důležitá správně vedená perioperační péče spolu s šetrnou operační technikou. Prevencí anesteziologických komplikací je dostatečné odeznění anestézie u nemocného s návratem obranných reflex.

Pozdní pooperační komplikace

Dochází k nim v následujících dnech po operačním výkonu. Mezi pozdní komplikace patří kardiovaskulární poruchy, poruchy dýchání, komplikace v operační ráně, krvácení, subfebrilie a febrilie, alergické komplikace, gastrointestinální poruchy, renální komplikace, poruchy hepatálních funkcí či nozokomiální infekce. Prevencí pozdních komplikací je, pokud to lze, operovat pacienty v co nejlepší kondici, udržování homeostázy v peroperačním období a časná pooperační rehabilitace a vertikalizace (Jedličková et al., 2012, str. 243-245).

1.2 Prožívání pacienta

Existují rozdíly v tom, jak jednotliví pacienti snášejí pobyt v nemocnici.

1.2.1 Hospitalizace

Hospitalizace znamená umístění a léčení pacienta v nemocnici. Pacient je přijímán do nemocnice z léčebných či diagnostických důvodů. Nemocnice je zařízení, které má několik úkolů. V nemocnici je pacient vyšetřen a je mu stanovena diagnóza. Dále je zde nemocný léčen a v případě úspěšné léčby dojde ke zlepšení zdravotního stavu či úplnému vyléčení. Existuje rozdíl mezi ambulantním pacientem a pacientem hospitalizovaným v nemocnici. Pacient, který navštíví lékaře v ambulantním zařízení, přichází většinou dobrovolně a s představou určité partnerské spolupráce s lékařem. Nemocný má naději, že jeho zdravotní stav není tak vážně ohrožen. Jinak je tomu, když přichází do nemocnice. Pacienti v nemocnici si jsou vědomi, že jejich zdravotní stav je zřejmě vážnější. Toto povědomí dostává nemocného do stresu a distresu, což vede společně s celkově změněnou zdravotní situací ke značnému psychickému napětí (Křivohlavý, 2002, str. 48). V nemocnici převažuje tzv. poslouchání autority více než spolupráce s lékařem. Dle Křivohlavého (2002, str. 49) jen 2 % nemocných lidí přichází přímo (například po autohavárii), v 98 % případů nemocné odesílá do nemocnice ošetřující nebo odborný lékař, to znamená, že do nemocnice přichází pacient díky rozhodnutí jiné autority.

Nemocný může mít obavy, co ho čeká při pobytu v nemocnici, neví dopředu, jaké budou jeho povinnosti. Hospitalizace je pro nemocného novým zážitkem, který má za následek řadu somatických a psychických změn. Ve zdravotnickém zřízení je předkládán nemocnému jiný životní rytmus, na který není zvyklý. Pacient se stává předmětem péče řady lidí (lékařů, sester, dalšího odborného a pomocného personálu). Stává se závislým na druhých lidech, je nucen dělat to, co mu určí a mnohdy nemůže dělat, co by chtěl. Pacient je nucen dělat činnosti, které neumí, což může vést ke snížení jeho sebedůvěry. V nemocnici je narušena psycho-sociální sféra života nemocného člověka, dochází k narušení soukromí nemocného, což je způsobeno větším počtem spolupacientů, omezením soukromí při kontaktu s rodinou, obnažováním před ostatními, ale i přísným klidem na lůžku a přebytkem volného času. Dále je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí, musí komunikovat s neznámými lidmi. Dochází k zúžení okruhu zájmů nemocného s ohledem na jeho zdravotní stav. Často se stává, že nemocný svému psychickému a fyzickému stavu moc nerozumí, neví si rady. Emocionální stav nemocného

charakterizují negativní pocity jako je strach a úzkost, obavy, bolest, nejistota (Křivohlavý, 2002, str. 50-51).

Křivohlavý (2002, str. 52) popsal v knize Psychologie nemoci negativní stránky pacientova života v nemocnici:

- Depersonalizace – pacient v nemocnici ztrácí svou sociální identitu („kým je“).
- Neosobní jednání – pacient je pro zdravotníky „případem“, je s ním jednáno neosobně.
- Rozhovory – člověk je zvyklý vést každý den rozhovory s druhými lidmi. Když se stane pacientem, stává se tím, komu se moc nenaslouchá, je často dotazován nebo je mu něco přikazováno.
- Potřeby – každý člověk má soubor potřeb. V nemocnici se zdravotníci převážně orientují na zdravotní potřeby, ostatní potřeby jsou upozaděny.
- Aktivita – zdravotníci považují za „dobrého“ pacienta toho pacienta, který je trpělivý, na moc se neptá, poslušně dělá to, co se mu řekne, neodchyluje se od toho, co se od něj očekává a nedělá zdravotníkům žádné problémy, je „pasivní“. Toto chování se očekává i od lidí, kteří jsou v běžném životě velice aktivní.
- Bolest.
- Informovanost – nemocného zajímá, co se s ním bude dít, proč je poslán na vyšetření, výsledky vyšetření, stanovení diagnózy. Nedostatečná informovanost nemocných může vést ke strachu a obavám, proto je důležité naslouchat pacientům, snažit se pochopit jejich obavy.
- Sebekontrola – v nemocnici kontroluje stav pacienta celý zdravotnický tým. Pokusy zjistili, že pokud člověk nemá možnost řídit běh dění, je to pro něj mimořádně těžká situace, zvláště tam, kde je nemocný vystaven distresovým podnětům. Naopak pokud má možnost řídit běh událostí sám, zlepšuje se jeho psychický stav (Křivohlavý, 2002, str. 52).

Dle Šestákové et al. (2004) pacient prožívá tři náročné bio-psychologické fáze doprovázející chirurgický zákrok:

1. Předoperační příprava.
2. Vlastní průběh chirurgického zákroku.
3. Pooperační průběh.

1.2.2 Předoperační příprava

Dle Šestákové et al. (2004) rozhodnutí o nutnosti operačního zákroku vyvolá u nemocného emoční bouři. Toto psychické trauma může být charakterizováno šokem, agresí, smlouváním, strachem, úzkostí a depresí.

Křivohlavý (2002, str. 37) uvádí, že nemocnému ztěžují jeho psychický stav tyto faktory dle Moos a Schaefer (1984)

- Nepředvídatelnost změny zdravotní situace.
- Nejasnosti v diagnóze.
- Postoje lékaře.
- Nejasnosti v pohledu na příčiny vzniku nemoci, na její další průběh a následky.
- Požadavek rychlého rozhodování v závažných věcech (například dát se či nedat operovat).
- Nezkušenost pacienta s novou situací.

Etapy procesu boje s nemocí

1. Šok – zažívá většina pacientů. Je charakterizován buď jako ustrnutí nebo zděšené chování, obě formy šoku se mohou střídát. Z psychologického hlediska se daný člověk mentálně odpoutává od reality.
2. Usebrání – dochází k psychickému návratu do skutečnosti, nejedná se však o zcela normální mentální stav. Emoce nemocného jsou negativní, má disorganizované myšlení. Pacienti často zažívají pocit bezmoci, nedostatku pomoci, zármutek, žal, obavy a strach.
3. Stažení se ze hry – v této fázi se jedná o vědomý únik do mentálního osamocení, což umožní nemocnému získat náhled na danou situaci, případně změnu pohledu. V této fázi si může pacient vypracovat plán dalšího postupu. V této fázi může nemocný zažívat vnitřní konflikt, rozhoduje se, zda půjde na operační zákrok, či nikoliv.

4. Tvorba programu k řešení krize – nemoc je chápána jako narušení rovnováhy a je třeba nastolit opět tuto rovnováhu (Křivohlavý, 2002, str. 36-37).

Vlastní boj s nemocí

V této fázi si pacient promyslí strategie zvládnání své nemoci.

- Aktivní strategie – pacient má vlastní představu o vhodném postupu, sám přistupuje k řešení.
- Úniková strategie – pacient utíká od řešení, nepřipouští si závažnost svého stavu, vyhýbá se terapeutickým zákrokům (Křivohlavý, 2002, str. 34-35).

V průběhu procesu boje s nemocí lze rozlišovat jeho dílčí aspekty (Křivohlavý, 2002, str. 37-39):

1. Kognitivní zhodnocení situace

Nemocný se nejdříve potřebuje vyznat v situaci, do které se dostal. Nejprve zvažuje, zda se jedná o nemoc více či méně závažnou. Dále uvažuje, jaká omezení ho v důsledku onemocnění čekají a to v blízké budoucnosti, v průběhu několika týdnů a dále i ve vzdálené budoucnosti, tedy do dalších let. V tomto zvažování využívá nemocný své znalosti ze zdravotnictví. Také sbírá informace tohoto druhu od spolupacientů, lékařů či zdravotních sester.

2. Proces adaptace

Na základě zhodnocení situace se nemocný přizpůsobí výsledku svého vyhodnocení. Nemocný má několik úkolů týkajících se adaptace. Jsou to úkoly týkající se pacientovi nemoci (zvládnání bolesti, zvládnání sociálních vztahů v nemocničním prostředí) a úkoly obecnějšího rázu (pacient musí zachovat klid, má potřebu si zachovat důstojný obraz vlastní osobnosti, nechce ztratit sociální oporu jeho nejbližších lidí a je zde i nutnost připravit se na věci, které nemocného čekají v rámci dalšího léčení).

3. Dovednosti zvládnání těžkostí

Nemocný musí zvládnout to, co ho čeká. Aby zvládl tuto zdravotní krizi, potřebuje k tomu určité dovednosti:

a) Dovednosti ke zvládnutí emocionálního stavu

Pacient potřebuje nastolit vnitřní klid, i když je jeho emocionální stav nevyrovnaný. Důležité pro nemocného je nepropadat beznaději a zachovat si navzdory strachu a úzkosti naději. Musí se naučit uvolnit nějakým společensky přijatelným způsobem vnitřní citové napětí, to znamená například obavy, zlost, strach, zoufalství. V některých případech se nemocní musí naučit přijímat nepříjemné, což pro ně znamená mimořádnou zátěž.

b) Dovednosti řešení a zvládnání problémů

Nemoc znamená pro pacienta problém, který musí být vyřešen. K tomu potřebuje umět získávat a zpracovávat nové informace. Dále potřebuje mít dovednosti řešení problémů, je nucen se naučit nové postupy a způsoby chování. A neméně důležité je pro nemocné je radovat se i z maličkostí, umět nacházet klady i v negativní situaci.

c) Dovednosti nacházení smysluplnosti v situaci, která je pro nemocného chaotická

V důsledku onemocnění se pacient dostane do neznámého prostředí, situace, v níž se nachází, se mu může zdát nepřehledná. Proto nemocný má potřebu najít smysl v tom, co se s ním děje. K tomu, aby toto zvládl, je nutné nebagatelizovat vážnost situace, musí si rozdělit vlastní řešení nemoci na dílčí zvládnutelné úkoly a také vidět svou situaci v jiných než beznadějných souvislostech.

Teorie krize také uvádí výsledky zvládnání těžkostí (Křivohlavý, 2002, str. 39):

Zdravá adaptace

Pro ni je charakteristický vnitřní klid nemocného. Pacient přijal svůj stav, je smířený. Zdravá adaptace je znakem osobní zralosti nemocného.

Maladaptace

Pacient nezvládl svoji situaci, zažívá bezmoc a beznaděj. Je znakem osobní nezralosti.

V předoperačním období pacient absolvuje předoperační vyšetření a čeká na operační zákrok. Je to období psychicky velmi náročné, dominuje zde strach a úzkost (Šestáková et al., 2004).

Strach a úzkost

Strach a úzkost jsou silně emočně zbarvené prožitky, které vznikají z pocitu ohrožení. Vymětal (1994, str. 136) definuje strach jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Jde tedy o reakci na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci. Strach může být reálný (například strach z terapeutického výkonu) nebo nereálný, který se často objevuje u nemocných s psychiatrickým onemocněním (Zacharová et al., 2007, str. 48). Strach může mít vnější příčinu (například strach z hospitalizace) nebo příčinu vnitřní (například strach, že něco nezvládnou). Strach může vyvolat i pouhé očekávání něčeho budoucího, proto tento prožitek vnímá většina pacientů v předoperačním období. Hovoříme o takzvaném anticipačním strachu, kdy pacient má strach, že operace nebude úspěšná, nebo že nastanou komplikace. Během prožitku strachu dochází k fyziologickým změnám, k různým projevům chování, k úniku ze situace či zabránění tomu, co v nás strach vyvolává. Užitečný je takzvaný přiměřený strach, který nás chrání před nebezpečím. Naproti tomu nadměrný či panický strach může vést jedince k ukvapenému, neúčelnému chování. Strach mobilizuje organismus, dochází ke zvýšení krevního tlaku, což nám dodává energii a sílu například k obraně. Pokud však nemáme v dané situaci možnost se bránit či utéci, je mobilizace organismu zbytečná a organismus poškozuje. Strach je provázen vegetativními projevy jako je pocení, zvýšení krevního tlaku a poruchy zažívání, které též vedou k zatížení organismu (Zacharová et al., 2007, str. 48-49). Strach z příznaků nemoci vede nemocného k lékaři, naproti tomu je strach z terapeutických a diagnostických výkonů, který musí nemocný překonat. Dle Zacharové et al. (2007, str. 49) nemocný člověk zažívá strach z těchto důvodů:

- Bolest.
- Ztráta životních možností – pacient před operačním zákrokem může zažívat obavu z toho, co pro něj operační zákrok bude znamenat do budoucna. Například pacient před amputací končetiny může zažívat velké obavy z toho, jak se po zákroku bude starat o rodinu.

- Odloučení od svých nejbližších například během hospitalizace.
- Vzhled – tento strach zažívá velké množství pacientů před operací, bojí se toho, jak budou vypadat po operaci, jak je přijme jejich okolí.
- Nutnost změny způsobu života – nemocní v perioperační péči mohou mít obavy z omezení, která vyplývají z druhu operačního výkonu. Například nemocní po operaci střev se stomií mohou zažívat obavy ze života v ústraní.
- Smrt a umírání – pacienti před operací často hovoří o strachu, že se operační výkon zkomplikuje, či zažívají obavy, že se neprobudí z narkózy.
- Strach z léčení – má každý pacient, nemocní se mohou bát nepříjemného vyšetření, následků léčby, například onkologické léčby.

Dle Vymětala (1994, str. 136) je úzkost nepříjemný prožitek a stav, jehož bezprostřední příčinu si neuvědomujeme. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí, je nepříjemnější než strach. Úzkost může být primárním příznakem řady onemocnění, například infarktu myokardu, embolie plic či anginy pectoris. Úzkost nemá příčinu, neuvědomujeme si, co ji způsobuje. Úzkost může přecházet ve strach a naopak. Úzkost má své somatické projevy, například podráždění, útlum až strnulost, ustrašený výraz, svalové napětí, překotná, rychlá řeč, rozšířené zornice, zrychlený tep a dech, zblednutí, sucho v ústech, pocení, nervozita. Tyto projevy úzkosti mohou vést ke zhoršení průběhu choroby. Hospitalizace vyvolává u nemocných úzkost bez ohledu na druh onemocnění a zejména pak u nemocných čekajících na operaci. Operace je totiž spojována s očekáváním bolesti, ztráty nezávislosti, se změnou integrity vlastního těla, což je bráno jako ohrožení (Málek et al, 2004, str. 406).

Strach a úzkost nás doprovází po celý život, v nemoci se jejich intenzita mění a mohou výrazně ovlivnit nejen průběh onemocnění, ale i zhoršit prožívání bolesti.

Stres

Nemocní před operačním výkonem a hospitalizovaní pacienti prožívají stres se všemi jeho projevy. Stresovaný nemocný je nejčastěji v napětí, těžko se soustředí a trpí poruchou spánku (Janáčková, 2008, str. 15).

Podle Křivohlavého (2003, str. 170) je stres „negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a

behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.“

Nedostatek informací

Dle Šestákové et al. (2004) mohou mít pacienti před operačním výkonem pocit nedostatečné informovanosti. Důležité pro zvládnání problému nemoci jsou tedy pro nemocného informace. Informace získává pacient ze dvou zdrojů:

- Percepcí – vnímáním příznaků – jedná se o sensorické (smyslové) údaje, například cítí bolest, či co vnímá zrakem nebo sluchem.
- Sociální komunikací – to znamená, co se nemocný dozvídá od lidí kolem sebe (například od lékaře, členů rodiny, přátel).

Bolest

Dle Křivohlavého (2003, str. 80) je bolest jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Definice bolesti dle IASP (International Association for the Study of Pain) zní: „*Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození*“ (Křivohlavý, 2002, str. 83). Bolest postihuje nemocného komplexně, to znamená, že bolest je smyslovým a emočním zážitkem, jehož kvalita a intenzita je dána předchozí zkušeností jedince s bolestí, významem, jenž bolesti přikládá a způsobem, jakým se s bolestí vyrovnává (Zacharová et al, 2007, str. 44). Řada studií ukazuje, že se liší hodnocení bolesti nemocného člověka zdravotníky a samotným nemocným. Nemocní před plánovanou operací prožívají nejen strach a úzkost, ale setkáváme se zde i s prožitky bolesti. Bolest negativně ovlivňuje kvalitu spánku a nemocní mohou být unavení, podráždění, někdy mohou reagovat až agresivně. Toto chování může vést k celé řadě psychosociálních problémů. Delší trvání těchto potíží může vést k depresivnímu chování nemocného (Janáčková, 2008, str. 15).

Příprava dětského pacienta na operaci

U dětských pacientů se osvědčilo používání modelů v přípravě na operační výkon a nejen na něj, používá se i na odděleních pediatrie či na zubních odděleních. Zde se osvědčilo připravovat na bolestivý výkon nejen děti, ale i jejich rodiče. Běžný způsob rodičů utěšovat děti tvrzením „ to nic není“, „ to nebude bolet“, je problematický a spíše škodí (Křivohlavý, 2002, str. 57).

U dětských pacientů je patrný vliv negativních informací, které dítěti nahánějí strach. Na chování dítěte má také velký vliv jeho předchozí zkušenosti s bolestivými zásahy lékaře. Dítě si přináší do nemocnice tedy nejen své současné zdravotní problémy, ale i strachy, které si sesbíralo během svého života včetně informací, které slyšelo či vidělo. K odstranění těchto obav mohou pomoci například herní terapeuti na dětském oddělení, kteří jsou v osobním kontaktu s dítětem a formou hry komunikují a informují dětské pacienty. Další pomocí pro dětské pacienty je zvyšování důvěry mezi zdravotnickým personálem a dítětem. Dále dětem pomáhá pobyt rodičů v nemocničním zařízení spolu s dítětem, děti jsou klidnější. Při přípravě dětí na vážné lékařské výkony se využívá komplexní přístup, je zapojeno více forem přípravy dítěte. Například sem řadíme nácvik relaxace typu Schulzova relaxačního tréninku a imaginace, dítě se zaměří na uklidňující události. Tento přístup lze kombinovat s kognitivně-behaviorální přípravou dítěte. Řadíme sem rozhovor lékaře s dítětem, relaxační trénink, nácvik tělesných rehabilitačních cvičení a zajištění kladných odměn dítěte. Lze tedy snížit obavy, strach a distres malých pacientů, kteří mají před sebou vážné lékařské výkony (Křivohlavý, 2002, str. 58).

1.2.3 Intraoperační období

Strach a úzkost

Strach a úzkost v intraoperační péči jsou spojené s anestezií. Dále může mít nemocný strach z neznámého prostředí operačních sálů, strach z bolesti, ze smrti, z deformit a strach ze změny životního stylu, což závisí na druhu operačního výkonu. Obavy a nepříjemné pocity může u nemocného vyvolat i neprofesionální chování ze strany personálu operačních sálů. Nemocný může velmi negativně vnímat rozhovor personálu na mnohdy velmi nevhodné téma či přípravu instrumentária a šustění obalového materiálu (Jedličková, 2012, str. 235). Operace je pro lidský organismus stresem a to nejen po stránce psychické, ale i biologické (například větší ztráta krve, která vede ke zvýšení srážlivosti krve). Pokud se přidá velká psychická zátěž, může to vést ke vzniku pooperačních komplikací (v odborné literatuře jsou uváděny embolie dané komplexem faktorů, včetně faktorů psychologických) (Wendsche et al, 2012, str. 65). Velmi důležitou roli při tlumení obav a úzkosti hraje rozhovor s lékařem a dostatečná informovanost nemocných. A samozřejmě neméně důležité je profesionální chování veškerého zdravotnického personálu.

Osobní identita

Osobní identita bývá v intraoperační péči narušena z důvodu zásahů do intimní sféry nemocného. Proto je velmi důležité respektovat a chránit intimitu pacienta.

Závislost na okolí

Nemocný se na operačním sále dostává do neznámého prostředí a také do neznámé situace, kterou není schopen svým jednáním zásadně ovlivnit. Pacient se stává závislým na péči zdravotnického personálu a je nucen plnit pokyny spojené se zákrokem (například přesun na operační sál, pokyny spojené s anestezií). Tato závislost může být nemocným vnímána a prožívána negativně a může vést ke stavům bezmocnosti (Wendsche et al, 2012, str. 65-69).

Pacient na operačním sále je vystaven stresové situaci, která se může projevit emocionálním nepokojem. Organismus na tento stres reaguje po biologické stránce zrychlenou srdeční činností, zvýšeným krevním tlakem, studenou kůží a nadměrným pocením. Z psychologického hlediska se mohou u nemocných objevit poruchy v chování a myšlení projevující se neadekvátními reakcemi na běžné podněty (například plačtivost, agresivita, nedůvěra, nekomunikativnost, hlučnost, projevy hysterie). Tyto projevy lze ovlivnit správnou ošetrovatelskou péčí, která by se měla zaměřit jednak na somatické potřeby pacienta a dále pak na předoperační edukaci. Důležité je ponechat nemocnému prostor pro vyjádření obav a tyto obavy nebagatelizovat. Pacient by měl mít možnost vyjádřit svůj strach nebo úzkost. Je vhodné nemocnému naslouchat, akceptovat jeho projevy chování, neposuzovat je a nehodnotit (Wendsche et al, 2012, str. 66-68).

1.2.4 Pooperační období

V pooperačním období se nemocný zotavuje z anestezie, která mu bránila reagovat na vnější podněty. Navazujeme opět komunikaci s pacientem. Důležité je pomoci nemocnému se zorientovat v místě a čase a kontrolovat jeho psychické rozpoložení. Při doznívání anestezie se můžeme u nemocného setkat s akutní zmateností, euforickým chováním a prožíváním strachu s projevy strnulosti nebo nadměrné vnímavosti (Gulášová et al, 2012, str. 43).

Strach a úzkost

V pooperačním období opět nemocní mohou zažívat pocity strachu a úzkosti. Důvodem těchto pocitů jsou obavy z hojení operační rány, nemocné zajímá úspěšnost operačního výkonu a dle druhu výkonu i výsledek histologického vyšetření.

Bolest

Bolest prožívá většina pacientů v pooperačním období. Kvalitu a intenzitu bolesti vnímá každý nemocný odlišně. Samozřejmě záleží na druhu operačního výkonu, ale bolest je také ovlivňována psychologickými a sociálními aspekty jako je předchozí individuální zkušenost s bolestí, citlivost k bolestivým podnětům, sociální vazby, kvalita mezilidských vztahů, hospitalizace a odloučení od rodiny, emocionální nestabilita nemocného a stres (Raudenská, 2011, str. 166-170). Dle Křivohlavého (2002, str. 55-56) prožívání bolesti může být ovlivněno informovaností nemocných před operací. J. Křivohlavý v této knize popisuje výzkum provedený v šedesátých letech dvacátého století, který ukázal, že pacienti, kteří byli podrobně informováni před operací o tom, co se s nimi bude dít, byli psychicky připraveni a lépe zvládali pooperační bolesti než skupina nemocných, kteří tyto informace nedostali. Také Zacharová uvádí ve své knize (Zacharová et al., 2007, str. 46), že člověk snáší lépe takzvanou plánovanou bolest (což je i pooperační bolest), o které byl dopředu poučen, zná její příčiny a dobu jejího trvání.

Závislost na okolí

Pacient v pooperačním období je zpočátku zcela závislý na péči zdravotnického personálu a musí se s tímto omezením vyrovnat.

1.3 Edukace v perioperační péči

„Pokud chceme, aby nám nemocní a jejich rodinní příslušníci rozuměli a měli k nám kladný vztah, měli bychom vědět, že bez kvalitní komunikace se opravdu neobejdeme“ (Šamánková, 2011, str. 10).

Operační sál je pro pacienty, kteří ještě neprodělali žádný operační výkon zcela neznámým místem. Nemocní mohou získávat informace o tom, co se děje na operačních sálech od známých a přátel, jiných pacientů či z televizních seriálů, takže informace mohou být zkreslené. Pacienti jsou edukováni na ambulancích, na lůžkovém oddělení, ale operační sál, co se týká edukace, stojí stranou. Informace týkající se prostředí operačních sálů by měl podávat pouze ten, kdo toto prostředí dokonale zná, to znamená lékař nebo

perioperační sestra. Lékaři však na tento druh edukace nemají čas. Edukace perioperační sestrou se neprovádí běžně, je prováděna pouze v některých nemocnicích (například v Nemocnici Třinec, Ústřední vojenská nemocnice Praha). Důvodem, proč se edukace neprovádí, bývá většinou nedostatek času kvůli náročnému operačnímu programu. Pracoviště, která tuto edukaci provádí, tento důvod vyřešila tak, že edukaci provádí buď po skončení operačního programu, nebo pokud by musely sestry pracovat přesčas, dostane pacient edukační leták. Edukace pacienta perioperační sestrou probíhá formou rozhovoru po skončení operačního programu den před plánovanou operací. Sestra vede rozhovor dle přání nemocného buď přímo na pokoji, nebo v soukromí. Pacient se dozvídá informace o tom, kdo jej bude operovat, kdy přijde na řadu, jak bude probíhat překlad na operační sál, dále, co ho čeká na operačním sále (bude připoután z důvodu jeho bezpečnosti, bude mu nalepena elektroda, bude mu zavedena kanyla pro podávání infúzí, popřípadě zaveden močový katetr). Častým dotazem pacientů je, jak dlouho bude trvat operace, zda si může ponechat spodní prádlo, zubní protézu, zda bude ležet či se někde procházet nahý (Matlochová, 2008, str. 41). Z článku také vyplývá, že řada pacientů by uvítala přítomnost edukující sestry u své operace.

. Sestra by měla v rámci svých kompetencí poskytnout nemocnému dostatek informací o perioperační péči a vést jej k osvojení dovedností potřebných ke zvládnutí dané situace. Edukace nemocného umožní také perioperačním sestřám poznat nemocného ještě před operačním výkonem (Chmelíková, 2008, str. 62).

U akutních výkonů, ani u nemocných, kteří si to nepřejí se edukace perioperační sestrou neprovádí, dále se neprovádí v případě dlouhého operačního programu. Pro tento případ dostává pacient edukační leták (Matlochová, 2008, str. 41).

Strach pramení z nevědomosti a nedostatku zkušeností s předmětem strachu. Z tohoto důvodu má edukace v perioperační péči své opodstatnění. Bubníková (2006, str. 12) uvádí, že tam, kde je uveden ošetrovatelský proces a edukace do perioperační péče, jsou pacienti informovanější, spokojenější a pozitivněji hodnotí svůj pobyt na operačním sále.

2 Praktická část

2.1 Formulace problému

Hlavním problémem, kterým se ve své bakalářské práci zabývám, je identifikace prožívání pacientů v perioperační péči. Toto prožívání může být výrazně ovlivněno informovaností klientů v průběhu péče a při plánovaných úkonech. Předpokládá se, že nevhodná nebo nedostatečná informovanost má negativní vliv na psychickou pohodu pacienta, což může dále souviset s efektivitou celého léčebného procesu. Na základě zjištěných skutečností s ohledem na informovanost pacientů lze navrhnout edukaci o perioperační péči. V bakalářské práci jsou zpracovány čtyři případové studie v kvalitativním výzkumu. Na základě čtyř rozhovorů s pacienty je provedena analýza jednotlivých případů. Výsledky analýzy přispějí k hlubšímu pochopení prožívání pacientů v perioperační péči a případně mohou ovlivnit přístup zdravotnických pracovníků k těmto pacientům.

2.2 Cíl výzkumu

S ohledem na zaměření bakalářské práce je cílem mého šetření zjistit, jaké pocity prožívají pacienti indikovaní k operaci v období před operací, na operačním sále a v pooperačním období.

2.2.1 Dílčí cíle

Vzhledem k cíli výzkumu jsou stanoveny následující dílčí cíle, které doplňují hlavní cíl práce.

1. Zjistit, zda dostatek informací o perioperační péči může ovlivnit prožívání klientů v perioperační péči.
2. Zjistit, jak nemocný vnímá prostředí operačních sálů.
3. Zjistit, jak pacienti vnímají personál operačních sálů a jak hodnotí jejich přístup k nim.
4. Navrhnout informační leták, který by pomohl v edukaci nemocných.

2.2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké pocity prožívají pacienti v perioperační péči?

2. Jak ovlivňuje míra informovanosti o perioperační péči prožívání pacientů v perioperační péči?
3. Jak vnímají pacienti prostředí operačních sálů?
4. Jak pacienti vnímají personál operačních sálů?
5. Jaké požadavky by pacienti uvítali v rámci uspokojování potřeb v perioperační péči?

2.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Vzhledem k tématu své bakalářské práce a s ohledem na zvolené cíle této práce jsem pro své šetření zvolila kvalitativní formu výzkumného šetření.

2.3.1 Metoda

K výzkumné činnosti bylo využito kvalitativní šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru. Celkový přístup k výzkumu prezentovanému v této práci lze charakterizovat jako případovou studii (viz Hendl, 2008), přičemž jsou zpracovány čtyři vybrané případy. Obecné objektivní informace pro jednotlivé případy byly získány z lékařské anamnézy. Těžiště mého zkoumání je ve zpracování informací subjektivně poddaných během rozhovorů, které jsou doplněny informacemi objektivními. Výzkumné šetření probíhalo na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice Plzeň od prosince roku 2013 do ledna roku 2014.

2.3.2 Výběr případu

Ke svému výzkumnému šetření jsem využila spolupráce pacientů po prodělané operaci bez onkologické diagnózy. Přihlédla jsem k rozsahu operativy na operačních sálech ve Fakultní nemocnici Plzeň, kde pracuji, a zvolila jsem rozhovor se dvěma klienty po operaci karotidy, která se provádí v cervikálním bloku a pacienti jsou při vědomí během celého výkonu. K porovnání jsem uskutečnila další dva rozhovory s pacienty po bypassové operaci periferní cévy na dolní končetině, která se provádí v celkové anestezii. S pacienty jsem hovořila druhý den po operačním výkonu.

Nalezení vhodných případů nebylo náročné v případě bypassových operací periferní cévy. Mým záměrem bylo nalézt muže a ženu, což se mi podařilo. V případě druhého vybraného operačního výkonu to bylo náročnější, protože na operaci karotidy v lednu 2014 byla převaha pacientů mužského pohlaví. Bohužel jedna pacientka, kterou jsem oslovila po tomto typu operace, mi spolupráci odmítla z důvodu jejího přeložení na ortopedii. Tato

pacientka v návaznosti na operaci karotidy musela podstoupit ortopedickou operaci. Proto oba respondenti s operací karotidy jsou muži.

2.3.3 Způsob získávání informací

Každého respondenta jsem informovala o tom, že všechny poskytnuté informace budou sloužit výhradně pro potřeby této bakalářské práce a že je zaručena jejich anonymita. Před zahájením rozhovoru každý respondent podepsal informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření. K záznamu rozhovorů byl použit diktafon a rozhovory byly přepsány do této práce. Dotazy v rozhovoru byly zaměřeny na zjištění míry informovanosti klientů o perioperační péči a jejich prožívání v tomto náročném období. Dále zjišťuji, jak může míra informovanosti ovlivnit prožívání klientů před operací, na operačním sále a v pooperačním období. Zajímalo mě, jak vnímají pacienti prostředí operačních sálů a hlavně personál, který zde o ně pečuje.

2.4 Pacient číslo 1

2.4.1 Anamnéza

Respondent, kterého jsem si vybrala pro zpracování své bakalářské práce, se jmenuje Josef V. Narodil se v roce 1950 a v současné době žije v Přešticích s manželkou a synem.

Osobní anamnéza

Pacient v dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Do padesáti let byl zcela zdravý, bez jakékoliv medikace, dosud neprodělal žádný operační výkon. V roce 2001 mu byla diagnostikována esenciální hypertenze a stabilní námahová angina pectoris. Pacient má poruchu metabolismu lipidů.

V roce 2010 prodělal drobnou cévní mozkovou příhodu, dle neurologa z ischemie v oblasti mozkového kmene. Pacientovi bylo doporučeno sonografické vyšetření krkavic, které bylo bez patologického nálezu. Při změně praktického lékaře v roce 2013 bylo klientovi doporučeno znovu vyšetření karotid, při kterém byly zjištěny významné stenozy krkavic. Nemocnému bylo v cévní poradně doporučeno operační řešení – karotická endarterektomie vlevo v lokální anestezii. Před nástupem do Fakultní nemocnice Lochotín byl hospitalizován na Oddělení klinické farmakologie, kde absolvoval doporučená předoperační vyšetření. Poté byl převezen do Fakultní nemocnice Lochotín.

Rodinná anamnéza

Josefův otec zemřel v 65 letech na infarkt myokardu. Josefova matka se léčí s hypertenzí, jinak je zdráva. Pacient má mladšího bratra, který je zdrav.

Sociální anamnéza

Josef je ženatý, žije s manželkou a synem v rodinném domě v Přešticích, vztah hodnotí jako harmonický. Pacient má ještě dceru, která bydlí ve Frýdku a pracuje ve zdravotnictví jako sestra na chirurgii. Josef má vysokoškolské vzdělání ekonomického zaměření, pracoval jako ekonom. Nyní je v důchodu. Národnost klienta je česká.

2.4.2 Přepis rozhovoru

Předoperační období

1. Jak jste prožíval/prožívala období před operací?

„Já jsem se na tuhle operaci dostal vlastně náhodou. Já jsem měnil obvodního lékaře a při vstupní prohlídce paní doktorka prohlédla mé chorobopisy a zjistila, že jsem měl před čtyřmi lety indispozici, od rána jsem zvracel a bylo mi špatně. Byl jsem na pohotovosti a poslali mě na CT a pan doktor mi tam napsal, že to byla mozková příhoda a že doporučuje vyšetření karotid. Moje dcera je zdravotnice, tak mě poslala na sonografii karotid, tam mě prohlídli a prohlásili, že jsem v pořádku. A teď po čtyřech letech nová paní doktorka si toho všimla, tak mě znovu poslala na sono karotid a byla z toho výsledku překvapená, tak mi napsala zprávu, že už mám kalcifikovaný nález a zúžené krkavice a poslali mě tady na cévní a na CT a už to bylo jasné. Ale potíže jsem žádné neměl.“

2. Můžete mi popsat období před operací z pohledu Vašich pocitů?

„Ze začátku, když mi to řekli, tak jsem s tím byl smířený, musí to být, samozřejmě určitý pocit nejistoty jsem měl, to je jasné, ale když už jsem nastoupil sem, tak už to bylo celkem dobré. Pro mě bylo horší to, že mi pan doktor řekl o tom, že nastoupím tak jeden, dva dny před operací a budu tu ležet tři dny po operaci. Tak jsem si myslel, že nastoupím sem. Já jsem v nemocnici prakticky nebyl. Je to moje první hospitalizace, já sice mám stent zavedený, ale to jsem byl tady na tom kardio stacionáři a to je vlastně ambulantní, ráno přijdete a večer vás propustí. Když jsem se domlouval s panem doktorem na cévním, tak mi řekl, že nastoupím jeden až dva dny před operací, tak jsem si myslel, že nastoupím sem na předoperační vyšetření. Pak mi přišel dopis a tam stálo, že nastupuji osmého do fakulní

nemocnice Bory na předoperační vyšetření a třináctého převoz do fakultní nemocnice na Lochotíně, to je pět dní, to se mi zdálo dost. Ležel jsem na klinické farmakologii, sice jsem šel na víkend domů, ale myslím, že to předoperační vyšetření je zbytečně zdlouhavý. Vadila mi ta zdlouhavost a zbytečná hospitalizace před operací, to čekání. Já to řeknu ošklivě, svým způsobem si tam člověk připadal jako ke stravě, zbytečně natáhlý. Beru prodloužení hospitalizace po operaci, může se stát ledacos, ale to je můj laický názor.“

3. Kdo Vás informoval v tomto období?

„Informoval mě pan doktor, který mne operoval. Mluvil se mnou už v cévní poradně, protože už věděl, že k operaci dojde, tak už mě na to připravoval. Potom se mnou mluvil před operací, to jsme všechno projeli. Na oddělení mi všechno řekly sestřičky.“

Chyběla Vám nějaká informace?

„Chyběla mi informace o tom, jak bude organizováno předoperační vyšetření a to, jak je zdlouhavé.“

4. Vnímali/a jste podané informace jako úplné?

„Ne, nevěděl jsem podrobnosti o předoperačním vyšetření, že budu ležet ještě v nemocnici na Borech.“

5. Z čeho jste měl/a největší strach?

„Já mám syndrom bílých pláštů, když jdu k lékaři, tak se mi zvýší tlak, i když si říkám, že je to dobrý, stejně mi naměří vysoký tlak. Akorát jsem na sále čekal na ten první zářez, tam jsem měl největší strach, když jsem si představil ten skalpel a jak se to řízne.“

6. Kdo Vám byl v období před operací největší oporou?

„Manželka a syn s dcerou, dcera bydlí sice daleko. Podporovali mě.“

7. Jaké byly Vaše pocity během převozu z oddělení na operační sál?

„Byla nepříjemná cesta chodbou k operačním sálům a ty světla se nad vámi míhají. Ale zase mě sestřičky povozily.“ (smích)

8. Co jste vnímal/a při překladu na operační sál?

„Překladvé zařízení se mi líbilo, zdálo se mi pěkně vymyšlený.“ (smích) „Naopak to bylo svezení.“

Období na operačním sále

9. Co jste prožíval/a na operačním sále?

„Představila se mi paní doktorka anestezioložka a ten kolektiv. Pana doktora, který mě operoval, jsem znal. Starali se o mne dobře, nemůžu si na nic stěžovat, v žádném případě.“

Věděli jste, co bude následovat na operačním sále?

„Já myslím, že jo, že to bylo dostatečný, paní doktorka mi vše řekla, nepotřebuju vědět všechno, tady mě máte a tady se mnou dělejte, já vám věřím. Když nebudete věřit, tak to nemá cenu. Byl jsem přikrytý rouškou, kousek vidíte, ale nevadilo mi to, to k tomu patří, slyšel jsem lékaře, jak spolu mluví, ale to k tomu patří. S tímhle jsem problém neměl. Cítil jsem občas tlak, začal jsem se potit, ale paní doktorka z anestezie se vždycky přišla zeptat jak mi je, setřela mi pot, starala se o mne. Čas jsem nevnímал, jestli jsem tam byl hodinu nebo tři, to nevnímáte, já jsem si tam pobívil asi déle, než je normální.“

10. Jak na Vás působilo prostředí operačního sálu?

„Pozoroval jsem světla. Jinak nic.“

11. Jaký pocit u Vás převažoval na operačním sále?

„Nejhorší bylo čekání na první zářez, protože je to v lokální anestezii, představil jsem si ten skalpel, když mi pan doktor řekl, tak jdeme na to, tak nejhorší bylo to první očekávání, pak už jsem jen věřil panu doktoru.“

12. Obdržel/a jste v tomto období informace o tom, co se s Vámi bude dít na operačním sále?

„Mluvil se mnou operatér, ale já bych to ani nepotřeboval. Informace dostatečný byly, nechtěl bych všechno vědět do detailů, o to bych nestál. Mohlo by mě to znervóznit. Já tomu nerozumím, tam jsou lidé, kteří ví, co dělají. Taky paní doktorka z anestezie mi říkala, co bude a ptala se mi, jak mi je.“

13. Jak byste popsal/a přístup personálu operačních sálů k Vám?

„Byli to profesionálové. Já si zdravotníkům moc vážím, všechna čest.“

14. Co by Vám pomohlo cítit se lépe na operačním sále?

„Nic. Zajímalo mě to prostředí, jak vypadá. Vyhovuje mi to tak, jak to je.“

Pooperační období

15. Jak jste prožíval/a období po operaci?

„Tak já si myslím, že jsem to zvládnul dobře, já si na nic nestěžuju. Měl jsem drén, ale potíže jsem neměl, věděl jsem to dopředu, že ho budu mít. Myslel jsem, že to bude horší, až to přijde k sobě. Léky na bolest jsem ani nechtěl. Je jasné, že mám na krku nějaký zásah, tak to nebude stejný jako předtím.“

16. Můžete mi popsat Vaše pocity po operaci?

„Byl jsem v pohodě, měl jsem to za sebou. Sestry se o mě staraly, byl jsem v pohodě.“

17. Co Vás nejvíce trápilo v období po operaci?

„Měl jsem bolest, ale čekal jsem ji horší. Sestry mi nabízely léky na bolest, ale odmítnul jsem, nepotřeboval jsem je. Netrápilo mě nic.“

18. Kdo Vám podával informace v pooperačním období?

„Po operaci mi podávaly informace sestřičky, nepotřeboval jsem víc. Vždycky přišly, řekly mi, co bude.“

19. Vnímali/a jste tyto informace jako úplné?

„Víc vědět nepotřebuju.“

20. Je něco, co byste si přál/a zlepšit ze strany zdravotnického personálu?

„Ne, jsou to profesionálové, byl jsem spokojený. Hlavně mám dceru, která také pracuje ve zdravotnictví, takže vím, jak je to těžká práce.“

2.4.3 Shrnutí

Pan Josef zažíval před plánovanou operací pocity nejistoty, protože dosud neprodělal žádný operační výkon. Informace před operací podával nemocnému chirurg v cévní poradně. Dle pacienta však nebyly informace dostatečné, protože nedostal informace týkající se předoperačních vyšetření, zvláště o tom, že tyto vyšetření musí absolvovat během hospitalizace na Oddělení klinické farmakologie. Pacient uvedl, že se domníval, že nastoupí rovnou do Fakultní nemocnice Lochotín a zde bude i vyšetřen. Pacient dále v rozhovoru uvedl, že prožíval nepříjemné pocity během převozu z oddělení na operační sál, vnímal tmavou chodbu a míhající se světla. Naopak překládové zařízení se mu velice líbilo, necítil se během překládu na operační sál stresován.

Na operačním sále se mu představil anesteziolog, operátora znal. Tito lékaři mu podávali informace během pobytu na operačním sále a dle slov klienta byly zcela dostačující, více by vědět nechtěl. Na operačním sále vnímal světla. Největší strach zažíval na začátku operace, dle jeho slov měl obavy, zda ucítí první řez skalpelem. Poté už jen vnímal komunikaci mezi lékaři a sám komunikoval s operátorem a s anesteziologem. Přístup personálu operačních sálů hodnotí velmi pozitivně.

Pooperační období prožíval pacient velmi dobře, udává mírnou bolest, analgetika zcela odmítl. Dle jeho slov neměl s ničím potíže. V tomto období obdržel informace od sester a hodnotí je jako dostačující. Ze strany zdravotnických pracovníků by nepožadoval žádná zlepšení.

2.5 Pacient číslo 2

2.5.1 Anamnéza

Respondentka, se kterou jsem uskutečnila druhý rozhovor pro svoji bakalářskou práci, se jmenuje Marie. E. Je narozena v roce 1944 a v současné době žije v Karlových Varech.

Osobní anamnéza

Paní Marie v dětství prodělala běžné dětské choroby. Pacientka má diagnostikovanou dyslipidémii. V mládí byla operována pro akutní apendicitis. Dvakrát byla na operaci tříselné kýly vpravo. Je také po operaci varixů na obou dolních končetinách.

Od roku 2012 diagnostikována ischemická choroba dolních končetin, je po implantaci stentu v květnu 2012, prodělala mechanickou trombektomií a rekanizaci femoro-popliteálního uzávěru v březnu 2012. Nemocná udávala klaudikace po 20 metrech, před operací jí byla diagnostikována kritická ischemie palce vlevo s nálezem na nehtovém lůžku, objevila se sekrece hnisu z dané lokalizace. Ošetřena chirurgem, byl proveden stěr, kultivačně záchyt staphylococcus aureus. Profylakticky podán pacientce Deoxymykoin a doporučeny převazy palce levé dolní končetiny s Betadinem 1x denně. V minulosti operační řešení odmítala.

Pacientka je kuřačka, dříve kouřila 20 cigaret denně, nyní půl roku nekouří.

Pacientka má alergii na vosí a včelí bodnutí.

Před nástupem do Fakultní nemocnice Plzeň Lochotín byla pacientka hospitalizována na Oddělení klinické farmakologie, kde byla provedena předoperační vyšetření. Poté byla převezena do Fakultní nemocnice Lochotín, kde jí byla provedena operace – femoro-crurální bypass.

Rodinná anamnéza

Matka paní Marie zemřela v 61 letech na karcinom prsu. Mariin otec zemřel v 75 letech na onemocnění střev. Pacientka má jednoho bratra, který je zdravý. Má jednu dceru, která je zdravá.

Gynekologická anamnéza

Pacientka menstruovala pravidelně do 56 let. Rodila 1x, potratila 1x, a 1x byla na miniinterupci. Chodí na pravidelné gynekologické prohlídky.

Sociální anamnéza

Pacientka je vdova, bydlí sama v bytě v Karlových Varech. Má jednu dceru, za kterou denně dojíždí. Má také vnučku. Marie je v důchodu, má středoškolské vzdělání a dříve pracovala jako nákupčí v nemocnici Karlovy Vary. Národnost paní Marie je česká.

2.5.2 Přepis rozhovoru

Předoperační období

1. Jak jste prožíval/prožívala období před operací?

„Před dvěma lety mi začala bolet noha při chůzi, kvůli bolesti jsem musela zastavit. Paní doktorka mě poslala na CT a tam přišli na to, že mám ucpanou cévu. Tak jsem se domlouvala na cévní ambulanci a tam mi navrhli operaci. Tak mě poslali na předoperační vyšetření na Bory a tam zjistili, že vyšetření nebylo nutné a že by to šlo udělat méně invazivní metodou. Ještě před operací jsem byla dvakrát na miniinvazivním zákroku, ale to se nepodařilo. Pak se rok nic nedělo, ale protože už to bolelo moc, tak mě to donutilo jít znovu na cévní. Takže teď už jsem měla větší strach, než předtím. Bála jsem se narkózy, sice jsem jinak zdravá až na tu nohu, ale člověk jde se strachem. Ale pan doktor Houdek mě uklidnil, a když šel do toho pan doktor Houdek, tak jsem věřila, že to dopadne dobře. Věřila jsem panu doktoru i tady lidem, nechtěla jsem jít na operaci do Prahy, tady už jsem byla dvakrát a byla jsem hrozně spokojená. Sestřičky, všichni jsou tu perfektní.“

2. Můžete mi popsat období před operací z pohledu Vašich pocitů?

„Měla jsem strach a obavy, že přijdu o nohu. Dokonce se mi o tom zdály zlé sny. I když si říkáte, že všechno dobře dopadne, stejně to ve vás hlodá. Tvářím se jako, že nic, ale ten strach je vždycky. Doma jsem si udělala papírky, kdyby náhodou, tak aby dcera všechno našla. Takže je to takový to někde vložený.“

3. Kdo Vás informoval v tomto období?

„Pan doktor Houdek, sestřičky. Navíc jsem měla hodně informací, co jsem si stáhla z počítače a to jsem asi taky neměla číst. Čím víc informací, tím je to asi horší. Četla jsem si informace o těch bypassech, a že to vydrží někdy tři roky, podle věku a proto jsem sem hned nechtěla jít. Při rozhodování, jestli půjdu na operaci, jsem na základě těchto informací hodně váhala. Potom jsem ještě mluvila s jednou paní, která mi ukazovala, že má sloní nohu a má tři bypassy, prostě mi od toho odrážovala.“

4. Vnímal/a jste podané informace jako úplné?

„Ano, věděla jsem, co jsem potřebovala. Někdy je moc informací spíš na škodu.“

5. Z čeho jste měl/a největší strach?

„Že se operace nepovede a že přijdu o nohu.“

6. Kdo Vám byl v období před operací největší oporou?

„Dcera, sice se mnou nebydlí, ale podporovala mě. Denně se vidáme, jezdím za ní. Taky mám ještě vnučku. A sousedky, ty mě podporovaly, ať neváhám a jdu na tu operaci. Taky mám doma zvířátka, šla jsem na operaci i kvůli nim, protože jsem byla zvyklá s nimi chodit denně na procházku a najednou jsem kvůli bolesti nemohla. Chyběl mi i ten les. Taky sestřičky na oddělení byly úžasné, tady se vás pořád chodí někdo ptát, jestli něco nepotřebujete.“

7. Jaké byly Vaše pocity během převozu z oddělení na operační sál?

„Divila jsem se, že jedu do přízemí, myslela jsem si, že sály jsou někde jinde. Nic, jen jsem si říkala, ať už je to za mnou. Nějak jsem byla brzo tuhá.“

8. Co jste vnímal/a při překladu na operační sál?

„Mě to spíš pobavilo, na překladu jsem asi už trochu spala, nevadilo mi to. Pamatuju si, že na mě někdo mluvil.“

Období na operačním sále

9. Co jste prožívala na operačním sále?

„Vím, že mě přeložili. Byla jsem zvědavá, kdo mě bude operovat, protože říkali, že to nebude pan doktor Houdek. Tak to je jediný, co si pamatuju. Ještě si pamatuju světla. Představila se mi anestezioložka, tu jsem vnímala.“

10. Jak na Vás působilo prostředí operačního sálu?

„Nic, vypadalo to tam tak, jak jsem to znala. Vnímala jsem světla.“

11. Jaký pocit u Vás převažoval na operačním sále?

„Chtěla jsem, co nejdřív spát a abych už to měla za sebou.“

12. Obdržel/a jste v tomto období informace o tom, co se s Vámi bude dít na operačním sále?

„Už si nepamatuju, ale asi by mi to bylo jedno, chtěla jsem už co nejdřív spát.“

13. Jak byste popsal/a přístup personálu operačních sálů k Vám?

„Profesionální přístup, já je ale moc nevnímala.“

14. Co by Vám pomohlo cítit se lépe na operačním sále?

„Nevím asi nic. Asi ani bych tam nechtěla být s někým blízkým, když mi něco je, tak chci být raději sama. Ani bych nechtěla vědět nějaký detaily, protože mi pan doktor pokreslil nohu, asi proto, jak půjde při operaci a pak jsem měla jizvy jinde, tak asi je to zbytečný. Protože pak musí operovat tak, jak jim to jde a já to neovlivním a možná bych se ještě víc strachovala a to už vůbec nechci.“

Pooperační období

15. Jak jste prožíval/a období po operaci?

„Pamatuju si, že mi byla hrozná zima, dokonce jsem si prokousla ret, jak jsem se klepala zimou a pořád jsem spala, jinak mi nic nebylo. Dávali mi peřinu a horký vzduch na mě pouštěli. Po operaci jsem si oddychla, že mám nohu, byla to úleva.“

16. Můžete mi popsat Vaše pocity po operaci?

„Oddychla jsem si. Velká úleva. Viděla jsem, že mám nohu zavázanou.“

17. Co Vás nejvíce trápilo v období po operaci?

„Bolest byla, ale dali mi injekci na bolest, tak jsem zase spala. Mám starost, jestli je vše v pořádku, jestli potom udělají ještě nějaký CT, nebo něco, abych věděla, že odtud odcházím a je to v pohodě.“

A mluvil s Vámi pan doktor po operaci?

„Ano, každý den je tady. Nosí takový malý sono a projíždí mi po noze, pak kouká, ale nic nevím.“ (smích) „Ale snad to bude dobrý.“

Zkoušela jste se ho na to zeptat?

„Ne. Je to komplikovaný, protože jsem měla ještě problém s palcem a pak nevím, jestli je to od palce, tam byl zánět. Pak bych ráda věděla, jestli tam ten uzávěr někde ještě je, nebo jestli se to povedlo udělat. A navíc jsem ještě měla hodně informací, co jsem si stáhla z počítače a to jsem asi taky neměla číst. Čím víc jsem četla o těch bypassech, tím je to horší, protože mám větší strach, když vím všechny komplikace. A čím déle bych byla v nemocnici, tak bych asi byla víc nemocná, tady každý mluví jen o nemocech, místo, aby byl rád, že to má z krku, optimismus tady chybí.“ (smích)

Chyběly Vám nějaké informace?

„Teď bych chtěla jen vědět, jestli než odtud půjdu, musím se pak zeptat, jestli přijdu na vyndání stehů a jestli mi udělají nějaké konečné vyšetření, jestli se operace povedla. To se může stát, že se to třeba nepovedlo, tak, abych s tím počítala.“

18. Kdo Vám podával informace v pooperačním období?

„Pan doktor Houdek a sestřičky.“

19. Vnímali/a jste tyto informace jako úplné?

„Ne, nevím, jestli je všechno v pořádku a co mě čeká dál.“

20. Je něco, co byste si přál/a zlepšit ze strany zdravotnického personálu?

„Jen bych chtěla vědět víc informací od lékaře teď po operaci.“

2.5.3 Shrnutí

Pacientka prožívala v období před operací velký strach z operace. Jak sama uvedla, tento strach pramenil hlavně z informací, které získala z internetu, a od jiné pacientky,

kteřá byla na stejné operaci třikrát a měla stále potíže. Proto pacientka dlouho odmítala operaci, až při zhoršení bolestí a kritické končetinové ischemii, která se již projevila paronychiem na palci levé dolní končetiny, teprve s operací souhlasila. V období před operací informoval pacientku hlavně chirurg v cévní poradně, na oddělení podávaly informace sestry a operatér. Tyto informace hodnotí pacientka jako zcela dostatečné. Největší strach prožívala paní Marie z toho, že se operace nepovede a bude v budoucnu nutná amputace. V období před operací pacientku podporovala dcera s vnučkou a její sousedky. Při rozhodování, zda jít na operaci, jí také pomohlo to, že má doma dva psi, se kterými ráda chodila na procházku do lesa. Kvůli bolestem se nemohla pacientka v poslední době o ně starat a začaly jí chybět procházky lesem.

Při převozu z oddělení na operační sály myslela na to, ať už má operaci za sebou. Naopak překladvé zařízení jí pobavilo, nevalil jí překlad na operační sál.

Pacientce se na operačním sále představil anesteziolog, kterého vnímala, ale sama uvedla, že již při překladvu vnímala vše velmi omezeně a z prostředí operačních sálů si toho moc nepamatuje. Na sále vnímala světla a pamatuje si, že jen chtěla spát a příliš nestála o informace. Přístup personálu operačních sálů hodnotí sice jako profesionální, zároveň však připomíná, že si mnoho z tohoto období nepamatuje.

V období po operaci pacientka udává, že jí byla velká zima. Z pocitů převažoval pocit úlevy, že má nohu. Pacientku v tomto období nejvíce trápil nedostatek informací o tom, zda se operace povedla. Lékař, který nemocnou operoval, jí denně kontroloval, avšak, dle slov pacientky, neřekl nic. V tomto období pacientku informovaly sestry a lékař, avšak od lékaře hodnotí informace jako nedostatečné. Proto jako požadované zlepšení od zdravotníků uvedla, že by si přála více informací po operaci od lékaře.

2.6 Pacient číslo 3

2.6.1 Anamnéza

Respondent, se kterým jsem vedla třetí rozhovor pro svoji bakalářskou práci, se jmenuje Martin S. Je narozen v roce 1976 a v současné době bydlí v Plzni se svou matkou.

Osobní anamnéza

Respondent v dětství prodělal běžná dětská onemocnění. V roce 2004 prodělal první a doposud poslední epileptický záchvat a je dispenzarizován neurologem, léky užívá.

V městské nemocnici Privamed Plzeň byl respondentovi zjištěn femoro-popliteální uzávěr na pravé dolní končetině. Nález byl konzultován s chirurgem ve Fakultní nemocnici Plzeň Lochotín a pacientovi byl doporučen konzervativní léčebný postup. Poté doporučeno cévním chirurgem operativní řešení žilním bypasseem.

Před operačním výkonem byl pacient hospitalizován na Oddělení klinické farmakologie ve Fakultní nemocnici Plzeň Bory, kde absolvoval předoperační vyšetření.

Pacient je kuřák, kouří nepravidelně 10-12 cigaret denně.

Pacient má pylovou alergii.

Neprodělal žádný úraz, ani operaci.

Rodinná anamnéza

Pacientův otec zemřel v 58 letech na infarkt myokardu. Matka žije, též prodělala infarkt myokardu v 58 letech. Respondent má jednoho bratra, který je zdravý. Dcera respondenta má pylovou alergii.

Sociální anamnéza

Respondent je rozvedený a žije v bytě s matkou v Plzni. Z manželství má pětiletou dceru, která žije s matkou také v Plzni. S dcerou je v pravidelném kontaktu. Respondent má středoškolské vzdělání s maturitou a pracuje jako číšník. Národnost respondenta je česká.

2.6.2 Přepis rozhovoru

Předoperační období

1. Jak jste prožíval/a období před operací?

„Já jsem se to dozvěděl v Privamedu. Tam mi napichovali třísko a odtud mě poslali sem do fakultní nemocnice. Tady mi řekli, že je to špatný a, že je to ucpaný a že bude asi potřeba operace. Tak to jsem měl strach. Tady ve fakultní nemocnici mi pan doktor řekl, že by to nejdřív zkusil s léky, že to vypadá jen na poúrazové postižení, že to není od kouření. Tak jsem se nějak uklidnil. Jenže pak mi zase řekl pan docent, že to sice je poúrazové, ale že je to nesmysl léčit léky a že je nutná operace. Tak jsem měl strach, protože je to moje první operace, ale je pravda, že ten strach už nebyl tak veliký, byl už jsem s operací

smířený. Potom jsem dostal dopis z fakultní nemocnice, kdy mám nastoupit. Nastupoval jsem nejprve na Oddělení klinické farmakologie na Bory, tam jsem byl asi pět dní a tam mi dělali jenom vyšetření. Potom mě převezli sem.“ (Fakultní nemocnice Lochotín)

Jaké jste měl potíže?

„Mně se neprokrvovala noha. Nemohl jsem chodit do mírného kopce, dělala mi potíže delší chůze. Začal jsem pociťovat bolest.“

2. Můžete mi popsat období před operací z pohledu Vašich pocitů?

„Nejdřív jsem zažíval strach a takovou nejistotu, protože to byla první operace. Nejistota co a jak bude, převažovala nejistota.“

3. Kdo Vás informoval v tomto období?

„Nejdříve jsem dostal dopis z fakultní nemocnice. Potom jsem nastoupil na Bory, tam jsem byl asi pět dní a dělali mi jenom vyšetření. Tam mě moc neinformovali, jenom mi říkali, že pak nastoupím do Fakultní nemocnice na Lochotín a něco mi řekli o těch vyšetřeních. Když mě pak přeložili, tak tady mě informovali sestřičky o všem, co se tady děje, jak to bude. Ráno za mnou přišel chirurg, ten mi řekl všechno, co mi bude dělat, řekl mi to tak nějak lidově, prostě mi to vysvětlil. Potom přišly sestřičky a ty mi řekli všechno, kam mě povevou, co budou dělat a všechno.“

4. Vnímali/a jste podané informace jako úplné?

„Myslím, že ano, žádné informace mi nechyběly. I na tom sále před tou operací mi všechno přesně říkali.“

5. Z čeho jste měl/a největší strach?

„Spíš to byla nejistota z toho, co a jak bude, protože jsem nevěděl, do čeho jdu. Byla to moje první operace.“

6. Kdo Vám byl v období před operací největší oporou?

„Moje matka a přítelkyně.“

7. Jaké byly Vaše pocity během převozu z oddělení na operační sál?

„Smíšený. Strach byl větší, ale říkal jsem si, že to snad bude dobrý, že se nedá nic dělat.“

8. Co jste vnímal/a při překladu na operační sál?

„Tam byly asi nejhorší pocity. Tam člověk vlastně neví, o co jde, tam to bylo zvláštní. Ten převoz, to už jsem zažil, na sále je už to jedno, ale to překladové zařízení a překládání, to je takový zvláštní.“

Jak to myslíte?

„Člověk neví, co se bude dít.“

Podal Vám někdo informace dopředu o překladovém zařízení?

„Já myslím, že ne. Možná u překladu už jo, řekli „tady Vás dáme“, to jo, ale to už člověk moc nevnímá, jenom koukáte, co se děje.“

Období na operačním sále

9. Co jste prožíval/a na operačním sále?

„Představila se mi anestezioložka, že mě má na starost a sestra se mi představovala. Vím jen, že mi sestřička řekla, že mi píchne něco do žily, že to bude bolet a jinak, že už nebudu cítit nic. Anestezioložka mi dávala masku na ústa, ještě stihnul přijít pan doktor, který mě operoval a poklepal mi na rameno a povzbudil mě. Pak už si pamatuju jen světla a usnul jsem. Byl jsem rád, že za mnou ještě před usnutím přišel pan doktor, který mě operoval a prohodil se mnou pár slov, povzbudilo mě to.“

Představil se Vám ještě někdo další na operačním sále?

„Ještě jsem znal pana doktora, který mě operoval. Jen jsem nevěděl, kdo je ten pán, ten mě dovezl na sál, ten se mi nepředstavil.“ (Pacient mluví o sálovém sanitáři)

10. Jak na Vás působilo prostředí operačního sálu?

„Já jsem se na to prostředí moc nekoukal. Spíš jsem potom koukal do světel. Mluvila na mě anestezioložka, spíš jsem vnímal, co mi říkají. Zajímalo mě, jak to tam vypadá.“

11. Jaký pocit u Vás převažoval na operačním sále?

„To byly takový smíšený pocity. Asi, aby to dobře dopadlo. Musím říct, že na sále jsem to čekal horší. Byl jsem zmatený, takže strach už jsem ani neměl. Musím říct, že napichování třísla v Privamedu bylo horší, protože mě tam ta sestra chlácholila, že to tak

strašný nebude. Tady jsem takový strach neměl, čekal jsem, že budu mít větší strach a nebylo to tak strašný.“

12. Obdržel/a jste v tomto období informace o tom, co se s Vámi bude dít na operačním sále?

„Na sále mi všechno říkala anestezioložka, co mi budou dělat, taky anesteziologická sestra.“

13. Jak byste popsal/a přístup personálu operačních sálů k Vám?

„Já myslím, že dobrý.“

14. Co by Vám pomohlo cítit se lépe na operačním sále?

„Já vůbec nevím, co by mi pomohlo. Možná víc informací o překlada na sál.“

Pooperační období

15. Jak jste prožíval/a období po operaci?

„Vím, že jsem se probral na sále, tam mi řekli, že jsem jim chtěl utíkat, tak jsem se omluvil. Pamatuju si, že mě vezli a překládali. Pak si pamatuju, že na oddělení za mnou chodily sestřičky, i pan doktor přišel.“

16. Můžete mi popsat Vaše pocity po operaci?

„Tak to ze mě všechno spadlo, řekl jsem si, že to asi všechno dopadlo dobře, že to je v pořádku. Ulevilo se mi.“

17. Co Vás nejvíce trápilo v období po operaci?

„Já myslím, že nic. Měl jsem bolesti, ale sestřičky se přišly zeptat, jestli chci něco na bolest, po injekci to bylo lepší. Měl jsem dren, ale nedělal mi potíže. Já myslím, že všechno bylo v pořádku.“

18. Kdo Vám podával informace v pooperačním období?

„To já nevím, těch informací moc nebylo, vždycky přišla sestřička a informovala mě třeba o tom, že tu mám kapačku, že dostanu injekci a na co, taky jestli chci na bolest. Taky sem chodí pan doktor, který mně operoval, i jiní lékaři.“

19. Vnímali/a jste tyto informace jako úplné?

„Já myslím, že ano.“

20. Je něco, co byste si přál/a zlepšit ze strany zdravotnického personálu?

„Já myslím, že ne.“

2.6.3 Shrnutí

Pacient prožíval v období před operací strach a nejistotu, jak sám uvedl, proto, že ho čekala jeho první operace a měl strach z toho, co ho čeká. Tento respondent byl s informovaností od sester a lékařů spokojený, přesto uvedl, že nejhorší pocity prožíval na překladovém zařízení z důvodu, že nevěděl, o co jde a co má dělat. V rozhovoru také uvedl, že k tomu, aby se cítil lépe na operačním sále, by mu pomohlo právě více informací o překladovém zařízení.

Na operačním sále se respondentovi představil anesteziolog se sestrou a operatér. Respondent uvedl, že vnímal sálového sanitáře, který se mu nepředstavil, takže nevěděl, kdo to je. Informace na operačním sále mu podával anesteziolog se sestrou. Na sále popisuje pacient, že vnímal převážně světla a to, co mu říká anesteziologický personál. Zažíval zde smíšené pocity, dle svých slov byl zmatený, a proto pocity strachu byly menší, hlavně si přál, ať operace dopadne dobře. Přístup personálu operačních sálů hodnotí jako dobrý.

V pooperačním období měl respondent pocít úlevy, že má operaci za sebou. Trápily ho bolesti, které ustoupily po podání analgetik. V tomto období informovali respondenta lékaři a sestry a dle jeho slov byly tyto informace dostatečné. Na otázku, zda by uvítal nějaké zlepšení ze strany zdravotnických pracovníků, uvedl, že ne.

2.7 Pacient číslo 4

2.7.1 Anamnéza

Čtvrtý respondent v mém výzkumném šetření se jmenuje Štefan B. Narodil se roku 1943 a v současné době žije v Trnové u Plzně.

Osobní anamnéza

Respondent prodělal běžné dětské choroby. Pacient má diabetes mellitus nezávislý na inzulinu, užívá perorální antidiabetika. V roce 1998 byla respondentovi diagnostikována esenciální hypertenze. Pacient byl doporučen praktickým lékařem k vyšetření karotid, kde byl zjištěn postižení pravé i levé vnitřní krkavice. Respondentovi bylo doporučeno cévním chirurgem operační řešení a to karotická endarterektomie vlevo v lokální anestezii.

Pacient nemá žádné alergie.

Pacient dříve kouřil 15 cigaret denně, nyní nekouří.

Pacient neprodělal žádný úraz, ani operaci.

Rodinná anamnéza

Respondentův otec zemřel v 72 letech na karcinom střev. Matka zemřela v 65 letech na cévní mozkovou příhodu. Respondent má jednoho bratra, který se léčí s onemocněním ledvin při nefroskleroze. Respondent má dvě děti, dceru a syna, kteří jsou zdraví.

Sociální anamnéza

Respondent je ženatý, bydlí se svojí ženou v rodinném domku v Trnové u Plzně. Má dceru a syna, se kterými se pravidelně stýká. Pan Štefan je vyučený zámečnický, nyní je důchodu. Národnost respondenta je česká.

2.7.2 Přepis rozhovoru

Předoperační období

1. Jak jste prožíval/a období před operací?

„Mě to zjistil obvodní lékař, asi pohmatem, nevím čím, tak mě doporučil sem na CT do nemocnice, ale nemohli mi to kvůli zubní protéze prohlídnout, tak jsem šel zpátky na cévní a tam mi doporučili jiné radiologické vyšetření. Nějak jsem z toho docela měl strach. Strach z vyšetření a ze všeho, protože jsem nevěděl, co to obnáší. Zde v nemocnici jsem šel nejdřív na to radiologické vyšetření, tam mě prohlídli a zjistili, že by to bylo lepší udělat operačně a z toho už jsem měl strach.“

2. Můžete mi popsat období před operací z pohledu Vašich pocitů?

„Hlavně strach a obavy, že se to nepovede, poněvadž na tom krku už je to přece jenom složitější.“

3. Kdo Vás informoval v tomto období?

„Pan primář se mnou mluvil, tak mi to vysvětlil, tak jsem s tou operací souhlasil. Pak se mnou mluvil pan doktor tady, nevím, jak se jmenuje, tak ten mi to vysvětloval tak trochu a víc mi to vysvětlil pan docent, ten mě přesvědčil úplně, tomu jsem věřil. Ještě jsem dostal informace v cévní ambulanci i od sestry.“

4. Vnímali/a jste podané informace jako úplné?

„Já jsem vlastně o té operaci nevěděl vůbec nic, něco jsem se dozvěděl. Ale chtěl bych víc informací o tom výkonu, jak to vlastně probíhá a v jakých případech dělají ten výkon vnitřkem, jestli je to lepší a tak, jak to probíhá.“

Chtěl byste vědět víc informací o operačním sále, jak to tam bude probíhat?

„Tak teď už to vím.“ (smích) „To raději ne, já už bych se tam nechtěl dostat.“ (smích)

5. Z čeho jste měl/a největší strach?

„Že se to nepovede, protože na tom krku je to přece jenom složitější. A z toho vlastního výkonu.“

6. Kdo Vám byl v období před operací největší oporou?

„Žena tu se mnou byla.“

7. Jaké byly Vaše pocity během převozu z oddělení na operační sál?

„Byl jsem hrozně nervózní, protože mě vzali až v jednu hodinu odpoledne, to jsem čekal od osmi ráno na posteli.“

Věděli jste, kolikátý jste v pořadí?

„To jsem nevěděl.“

A jaké byly pocity při převozu na operační sál?

„Byly takový smíšený, divný, protože jsem to zažíval poprvé. Strach byl asi větší.“

8. Co jste vnímali/a při překladau na operační sál?

„To jsem poprvé viděl, že tady něco takového tady je. Působil na mě jako na nádraží, když se něco překládá do vagónů.“ (smích) „Překládání mi nevadilo, ale pak už jsem se cítil jako, že už jsem v pasti, že už není úniku.“

Období na operačním sále

9. Co jste prožíval/a na operačním sále?

„Představila se mi doktorka z anestezie a ještě jeden doktor, taky z anestezie, protože ten mi pak píchal ten blok.“

Vnímal jste ještě někoho z personálu?

„Byly tam ještě nějaké sestřičky, ale nevěděl jsem kdo je kdo. Akorát jsem potom ještě poznal pana docenta. Pak už jsem nemyslel naprosto na nic, jenom, kdy to bude hotový. Pak mě přikryli a ucítil jsem, jak mě pan doktor řízl, protože asi ještě nedoběhlo to místní znecitlivění. Pak už jsem necítil nic. Chvillemi jsem ucítil tlak, jinak nic. Pak jsem vnímal, jak si chirurgové povídají.“

Jaký to byl pocit?

„Docela příjemný, protože si každý povídal se mnou.“

10. Jak na Vás působilo prostředí operačního sálu?

„Docela pochmurně. Jako v dílně, spousta přístrojů.“

11. Jaký pocit u Vás převažoval na operačním sále?

„Necítil jsem se příjemně, chtěl jsem, aby už to bylo hotový. Napadlo mě, že bych nejraději utekl. Přežil jsem to, ale se strachem.“

12. Obdržel/a jste v tomto období informace o tom, co se s Vámi bude dít na operačním sále?

„Dostal jsem dost informací od všech, nevím, kdo tam byl, sestřička, co mi utírala čelo, od pana docenta, taky od toho druhého doktora, co tam byl, já jsem věděl o všem.“

13. Jak byste popsal/a přístup personálu operačních sálů k Vám?

„Personál byl velice příjemný, všichni, co tam byli.“

14. Co by Vám pomohlo cítit se lépe na operačním sále?

„V tu chvíli asi nic, ale předtím by mi pomohlo víc informací, než vůbec člověk do toho jde, tak co to obnáší.“

Myslíte ten výkon, nebo informace o tom, co se bude dít na operačním sále?

„O operačním sále ne. Spíš co je to za operaci, jakého druhu. Bližší informace, abych věděl, co se bude dít.“

Pooperační období

15. Jak jste prožíval/a období po operaci?

„Tak to jsem měl nechuť k ničemu. Ještě sem přišla žena za mnou se podívat, ale řekl jsem jí, aby šla domů, protože jsem si chtěl po operaci odpočinout, necítil jsem se dobře psychicky. Byl jsem takovej rozházenej.“

16. Můžete mi popsat Vaše pocity po operaci?

„Strašně se mi ulevilo, že už to mám za sebou.“

17. Co Vás nejvíce trápilo v období po operaci?

„V noci mi ta rána přišla k sobě a začalo to dost bolet, nemohl jsem celou noc spát.“

Dostal jste něco na bolest?

„Já jsem nechtěl. Řekl jsem si: Ted' si to vychutnej.“

18. Kdo Vám podával informace v pooperačním období?

„Po skončení operace mě informoval pan doktor, že operace dopadla dobře. Tady na oddělení mě informuje taky pan doktor, který mě operoval. A taky pan primář, dneska jsem ho potkal a ptal se mi, jak mi je, tak to bylo takové milé.“

19. Vnímali/a jste tyto informace jako úplné?

Já tomu nerozumím, tak těžko něco chtít vědět. Jen bych chtěl vědět víc o tom, co bude dál. Mám postiženou i karotidu na druhé straně, ale o to se budu zajímat až později. Chtěl bych vědět, jestli je to dobrý, jestli mě třeba něco ještě nečeká.“

20. Je něco, co byste si přál/a zlepšit ze strany zdravotnického personálu?

„Já jsem tady byl spokojený, jak s přístupem, tak se vším, s jídlem, prostě se vším. Sestřičky, všechno bylo v pohodě. Jen bych chtěl vědět víc informací před operací o tom výkonu od pana doktora.“

2.7.3 Shrnutí

Respondent prožíval v předoperačním období strach a obavy z vyšetření, která ho čekají. Vyšetření CT nebylo přínosné pro artefakty ze zubní náhrady, proto musel podstoupit ještě invazivní radiologické vyšetření. Respondent dosud na žádném operačním zákroku nebyl, proto prožíval strach a obavy z operace, dle jeho slov také proto, že se jedná o operaci na krku, což vnímal jako složitější. Největší strach měl respondent z toho, že se operace nepovede. Informace v předoperačním období získal od lékařů v cévní

ambulanci, na oddělení a od sester na oddělení. Tyto informace hodnotí jako nedostatečné, chtěl by vědět více informací od lékaře o samotném operačním výkonu. V den operace byl respondent nervózní, protože dlouho čekal, než přijde na řadu v operačním programu. Dle jeho slov nevěděl, kolikátý je v pořadí. Při převozu z oddělení na operační sál pociťoval smíšené pocity a měl větší strach. Překlad na operační sál mu nevalil, ale po přeložení měl pocit, že je v pasti a, že není úniku.

Během pobytu na operačním sále měl pacient nepříjemné pocity, měl strach a přál si, aby už byl výkon hotový. Naproti tomu však udává, že vnímal rozhovor operačního týmu a že to bylo příjemné, protože si každý povídal s ním. Přesto prostory operačního sálu na respondenta působily pochmurně. Velmi kladně hodnotil přístup personálu operačních sálů. Na otázku, zda by mu něco pomohlo, aby se na operačním sále cítil lépe, odpověděl, že více informací v období před operací týkajících se operačního výkonu. Respondent by nechtěl vědět více informací o péči na operačním sále.

Po příjezdu z operačního sálu na oddělení se respondent necítil psychicky dobře, chtěl být sám a chtěl si odpočinout. Měl pocit úlevy, že už má operaci za sebou. V noci pociťoval nepříjemné bolesti v oblasti operační rány, odmítl však podání analgetik z důvodu, že si řekl, ať si to sám teď vychutná. Informace v pooperačním období získal respondent převážně od lékařů. Tyto informace hodnotí jako nedostatečné, chtěl by vědět informace, zda je vše v pořádku a co ho čeká dál, protože má postiženou i druhou karotidu. Ze strany zdravotnického personálu by uvítal více informací o operačním výkonu od lékaře.

2.8 Analýza a interpretace případových studií

2.8.1 Předoperační období

Tabulka 1: Zhodnocení předoperačního období.

	Pacient č. 1	Pacient č. 2	Pacient č. 3	Pacient č. 4
<i>Pocity před operací</i>	Pocit nejistoty	Strach a obavy	Strach a nejistota	Strach a obavy
<i>Kdo informoval</i>	Lékař, sestry	Lékař, sestry	Lékař, sestry	Lékař, sestry
<i>Úplnost informací</i>	Ne	Ano	Ano	Ne
<i>Největší strach</i>	Na sále, při začátku operace	Že se operace nepovede	Spíše nejistota z toho, co mně čeká	Že se operace nepovede
<i>Kdo byl oporou</i>	Manželka a děti	Dcera, sousečky, zvířátka, sestry	Matka a přítelkyně	Manželka
<i>Pocity při převozu</i>	Nepříjemné	Pocit, ať už je to za mnou	Smíšené pocity, strach	Smíšené pocity, strach
<i>Vnímání při překladu</i>	Líbilo se mi překladové zařízení	Pobavilo mě, nevadil mi překlad na sál	Nejhorší pocity, nevěděl jsem, co se bude dít	Nevadilo mi, ale po přeložení na sál jsem se cítil v pasti

Zdroj: vlastní

Všichni pacienti zažívají před operačním zákrokem negativní emoce jako je strach, obavy a pocity nejistoty z toho, co je čeká. Informování byli v předoperačním období od lékařů a sester a polovina hodnotí tyto informace jako neúplné. Polovina pacientů zažívala největší strach z toho, že se operace nepovede. Oporou pacientům v období před operací jsou buď partneři, děti a v případě ovdovělé respondentky jsou to i přítelkyně. Tato respondentka také uvedla, že oporou jí byly i sestry z oddělení. Při převozu z oddělení na operační sál zažívá polovina pacientů strach, většina pacientů popisuje negativní pocity. Překladové zařízení většinu pacientů vůbec nestresovalo. Jeden respondent však uvedl, že při překladu na sál zažíval nejhorší pocity, protože nevěděl, co má dělat.

2.8.2 Období na operačním sále

Tabulka 2: Zhodnocení období na operačním sále.

	Pacient č. 1	Pacient č. 2	Pacient č. 3	Pacient č. 4
<i>Kdo se Vám představil</i>	Anesteziolog, operatér	Anesteziolog	Anesteziolog se sestrou, operatér	Anesteziolog, operatér
<i>Kdo informoval</i>	Operatér, anesteziolog	Nepamatuju si	Anesteziolog a sestra	Anesteziolog, sestra, operatér
<i>Jak působilo prostředí operačního sálu</i>	Vnímal jsem světla	Pamatuju si světla	Vnímal jsem světla a anestezioložku	Pochmurně, spousta přístrojů, jako v dílně
<i>Pocit, který převažoval</i>	Strach ze začátku operace, z řezu skalpelem	Chtěla jsem spát, abych už to měla za sebou	Smíšené pocity, strach, zmatenost, přál jsem si, ať to dobře dopadne	Nepříjemné pocity, strach, chtěl jsem to mít za sebou
<i>Hodnocení přístupu personálu</i>	Profesionálové, vážím si jich	Profesionální přístup	Dobry přístup	Velice příjemný personál
<i>Co by pomohlo cítit se lépe</i>	Nic	Nic	Víc informací o překladu	Nic, spíš před operací více informací o operaci

Zdroj: vlastní

Všem respondentům se na operačním sále představil anesteziolog, v jednom případě i anesteziologická sestra. Dále uvedli, že operatéra také znali. Informace na operačním sále podával u většiny respondentů anesteziolog. Jeden respondent si nepamatuje z důvodu účinků premedikace. U operací karotidy podával informace také operatér, který s pacienty komunikoval v průběhu celé operace. Polovina pacientů uvedla, že je informovala i anesteziologická sestra. Tři ze čtyř respondentů uvedli, že z prostředí operačního sálu vnímali světla. Všichni respondenti hodnotili pozitivně přístup personálu operačních sálů k nim. Polovina respondentů uvedla, že přístup personálu byl profesionální. Polovina respondentů odpověděla, že k tomu, aby se cítili lépe na operačním sále, by jim pomohlo více informací v období před operací.

2.8.3 Pooperační období

Tabulka 3: Zhodnocení pooperačního období.

	Pacient č. 1	Pacient č. 2	Pacient č. 3	Pacient č. 4
<i>Pocity</i>	Byl jsem v pohodě, měl jsem to za sebou	Velká úleva, že mám nohu. Hrozná zima	Ulevilo se mi	Ulevilo se mi, psychicky mi nebylo dobře, chtěl jsem být sám
<i>Co pacienta nejvíce trápilo</i>	Nic	Mám strach, jestli je vše po operaci v pořádku	Trochu bolesti	Bolest
<i>Bolest</i>	Dle Melzackovy škály mírná bolest, pacient analgetika odmítl	Dle Melzackovy škály střední nepříjemná, pacientka dostala analgetika	Dle Melzackovy škály střední nepříjemná, pacient dostal analgetika	Dle Melzackovy škály střední nepříjemná, ale pacient odmítl analgetika
<i>Kdo informoval</i>	Sestry	Lékař a sestry	Lékař a sestry	Lékaři
<i>Úplnost informací</i>	Ano	Ne, chybí mi informace o tom, zda operace dopadla dobře a co bude dál	Ano	Ne, chtěl bych informace o tom, jestli je vše v pořádku a co bude dál
<i>Zlepšení ze strany zdravotníků</i>	Ne	Ano, chtěla bych více informací po operaci od lékaře	Ne	Ano, chtěl bych víc informací před operací o výkonu od lékaře

Zdroj: vlastní

Všichni respondenti zažívali v období po operaci úlevu. Jeden respondent však uvedl, že se přesto necítil psychicky dobře a potřeboval být sám a odpočinout si. Polovinu pacientů nejvíce trápily bolesti. Tři respondenti ze čtyř uváděli, že pociťovali střední nepříjemnou bolest, jeden respondent měl mírnou bolest. Polovina respondentů analgetika zcela odmítla. V pooperačním období dostávali respondenti informace v polovině případů od lékařů i sester, jeden respondent uvedl jen lékaře a jeden uvedl, že ho informovaly sestry. V polovině případů však respondenti hodnotili tyto informace jako neúplné. Poslední otázka týkající se toho, zda by pacienti požadovali nějaké zlepšení ze strany

zdravotnického personálu, byla zaměřena na celé perioperační období. Polovina pacientů by nepožadovala žádné zlepšení a polovina by uvítala zlepšení v oblasti informovanosti.

2.9 Diskuze

V rámci diskuze budou v této podkapitole shrnuty výsledky z rozhovorů kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce zaměřené na psychologickou problematiku pacientů v perioperační péči.

Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti, kteří splňovali předem definovaná kritéria pro zařazení do výzkumu. Tito pacienti byli druhý den po operačním zákroku. Dva pacienti byli po operaci žilního bypassu na dolní končetině v celkové anestezii. Dva pacienti byli po operaci karotidy v cervikálním bloku, přičemž byli po dobu operace při vědomí. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké pocity prožívají pacienti indikovaní k operaci v období před operací, na operačním sále a v pooperačním období. Dílčími cíli bylo zjistit, zda dostatek informací o perioperační péči může ovlivnit prožívání pacientů v perioperační péči, a to jak nemocný vnímá prostředí operačních sálů a sálový personál. Pro zjištění potřebných informací byla použita metoda dotazování formou polostrukturovaného rozhovoru. První část otázek byla zaměřena na prožívání a informovanost pacientů v předoperačním období. Druhá část otázek zjišťovala prožívání a informovanost pacientů na operačním sále a dále to, jak nemocný vnímá prostředí operačního sálu. Zde také respondenti hodnotili přístup personálu k jejich osobě. Třetí část otázek byla zaměřena na prožívání pooperačního období a na to, jak byli respondenti v tomto období informováni. Respondenti byli také dotazováni na požadavky ke zkvalitnění péče ze strany zdravotnického personálu.

2.9.1 Výzkumná otázka číslo 1 – Jaké pocity prožívají pacienti v perioperační péči?

První skupina otázek byla zaměřena na prožívání respondentů v předoperačním období. Málek (2004, str. 406-410) uvádí, že operační výkon je spojován s očekáváním bolesti, ztrátou nezávislosti, změnami integrity vlastního těla a nežádoucími diagnostickými výsledky, které jsou všechny vnímány jako ohrožení. Dále uvádí, že úzkost je u člověka jednou z hlavních reakcí na hrozící nebezpečí. Hospitalizace bez ohledu na závažnost onemocnění vyvolává úzkost, zejména u pacientů čekajících na operaci. Dle Málka dalším pocitem, který se často vyskytuje u chirurgických pacientů, je nejistota ohledně pooperačního průběhu. Tyto faktory vyvolávají stres, protože je nemocní zpravidla

nemohou ovlivnit. Tomu odpovídají i výsledky šetření uvedené v předkládané bakalářské práci. Pacienti v rozhovoru popisovali v období před operací převážně negativní pocity jako je strach, obavy a pocit nejistoty z toho, co je čeká. Také Janáčková (2008, str. 15) uvádí, že pacienti před operačním výkonem prožívají strach, úzkost a bolest. Realizované výzkumné šetření ve shodě s uvedenými fakty ukázalo, že polovina respondentů prožívala strach z toho, že se operace nepovede. Další respondent popisoval obavy z operačního výkonu z toho důvodu, že dosud na žádné operaci nebyl a nevěděl, co všechno ho čeká. Jeden respondent před operací karotidy měl největší strach ze začátku operace, bál se, zda ucítí řez skalpelem. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sociální oporou v předoperačním období byli rodinní příslušníci, či přátelé. Jedna respondentka uvedla, že oporu jí poskytly sestry na oddělení svým vstřícným chováním.

Záměrně jsem jednu otázku v rozhovoru zaměřila na to, jak respondenti vnímali překladové zařízení na operační sál. Zajímalo mě to, protože na operačním sále pracuji. Překvapilo mě, že jeden respondent uvedl, že během překladu na operační sál zažíval nejhorší pocity, protože nevěděl, co se bude dít. Přestože ostatním respondentům překladové zařízení nevadilo nebo je pobavilo, myslím, že informace o překladovém zařízení by měly být součástí informací poskytovaných pacientovi před operací či součástí edukace, kterou by mohly provádět instrumentářky.

Další část otázek byla zaměřena na pocity v období na operačním sále. Předpokládala jsem, že zde již bude rozdíl v prožívání pacientů dle druhu operačního výkonu. Všem respondentům se na operačním sále představil anesteziolog, v polovině případů i anesteziologická sestra. Respondenti popisovali na operačním sále pocity jako je strach a jiné smíšené, nepříjemné pocity. Na operačním sále zažívají pacienti velmi stresující situaci a jsou v neznámém prostředí, obklopeni neznámými lidmi. Často dopředu neví, co se s nimi přesně bude dít, než budou uvedeni do narkózy. Gulášová (2012, str. 42-43) zmiňuje, že strach může pramenit z nevědomosti a nedostatku zkušeností s předmětem strachu. Přesně takové pocity popisoval jeden respondent, měl strach z operace, protože byl na operačním výkonu poprvé a nevěděl, co ho čeká. Tento respondent také uvedl, že nejhorší pocity zažíval na překladovém zařízení, protože nevěděl, co má dělat. Dále uvedl, že kdyby měl více informací právě o překladovém zařízení, cítil by se na operačním sále lépe.

V pooperačním období popisovali respondenti pocity úlevy, že mají operaci za sebou. Jeden respondent se i přes pocit úlevy necítil psychicky dobře, pravděpodobně po stresu, který prožíval na operačním sále, protože tento respondent byl po operaci karotidy. Polovinu respondentů trápily v období po operaci bolesti operační rány. Respondenti také hodnotili pooperační bolest dle Melzackovy škály. Jeden respondent hodnotil svoji bolest jako mírnou, ostatní pocíťovali střední nepříjemnou bolest. Polovina respondentů dostala analgetika a polovina analgetika odmítla. Jako důvod odmítnutí uvedli respondenti, že je nepotřebovali a jeden respondent sice pocíťoval bolest, kvůli které celou noc nespál, přesto o tlumení bolesti nestál. Janáčková (2008, str. 15) uvádí, že pacient s bolestí se někdy snaží projevy bolesti potlačit a ovládat.

Na základě uvedeného rozboru lze konstatovat, že byly zjištěny pocity pacientů v předoperačním období, během pobytu na operačním sále a v období po operaci, takže hlavní cíl výzkumu byl splněn.

2.9.2 Výzkumná otázka číslo 2 - Jak ovlivňuje míra informovanosti o perioperační péči prožívání pacientů v perioperační péči?

Ve výzkumném šetření byla zjišťována míra informovanosti v období před operací. V předoperačním období získali respondenti informace od lékařů a sester v cévní ambulanci a na lůžkovém chirurgickém oddělení. Podané informace hodnotila polovina respondentů jako dostatečné a druhá polovina jako nedostatečné. Respondentům, kteří nebyli s informovaností spokojeni, chyběly informace o organizaci předoperační přípravy či o samotném operačním výkonu. Gulášová (2012, str. 42-43) uvádí, že nedostatečná či nevhodná informovanost může vést k poškození pacienta zdravotnickým personálem a často nutí pacienty k získávání informací od spolupacientů nebo jiných členů ošetrovatelského týmu. Tyto informace však mohou být zkreslené, nedostatečné nebo zveličené. Také z výzkumu prezentovaného v této bakalářské práci vyplynulo, že respondenti, kteří měli nedostatek informací, měli tendence zjišťovat si další informace. Naproti tomu jedna respondentka, která byla s informovaností v předoperačním období spokojena, zjišťovala informace od jiné pacientky a na internetu. Nadbytek informací, zvláště o komplikacích operačního výkonu, ji spíše odrazoval od rozhodnutí podstoupit operaci. S operačním výkonem souhlasila, až když se objevily komplikace ischemické choroby dolních končetin. Proto si myslím, že při podávání informací pacientům je nutné zohlednit aktuální psychický stav pacienta a také zhodnotit míru úzkostlivosti a dle toho vhodně a dostatečně informovat pacienty o plánované léčbě a ošetrovatelské péči.

Gulášová (2012, str. 42-43) ve svém článku uvádí, že dobré rodinné vztahy mohou pomoci pacientovi překonat strach z onemocnění či léčby. Dále uvádí, že příbuzní mohou působit pozitivně tím, že nemocnému dávají najevo, jak jim záleží na jeho uzdravení. Naproti tomu však mohou nemocného ovlivnit i negativně podáváním zkreslených informací, lítostí a soucitem. Uvedené aspekty se potvrdily u jedné respondentky, která na základě zkreslených informací od jiné pacientky odmítala podstoupit operační zákrok.

V období na operačním sále podával informace ve většině případů anesteziolog, u poloviny pacientů i anesteziologická sestra. Operatér podával informace v polovině případů a to při operaci karotidy, kde operatér komunikuje po celou dobu operace s pacientem.

Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že polovina respondentů by se cítila lépe na operačním sále, kdyby měla více informací. Těmto respondentům chyběly informace o překládovém zařízení a o operačním výkonu. Proto si myslím, že by řada pacientů uvítala edukaci týkající se operačních sálů, kterou by mohly provádět sálové sestry, protože lékaři na tento druh edukace většinou nemají čas. Dále si myslím, že stejně jako edukace je důležité trpělivé naslouchání pacientům, i když v běžném nemocničním provozu to mnohdy bývá problém. Naslouchat neznamená jen slyšet, ale především chápat a porozumět (Gulášová, 2012, str. 42-43).

Polovina respondentů uvedla, že je informovali v pooperačním období současně lékaři i sestry. Druhá polovina respondentů uvedla, že informace jim podával jen lékař, nebo jen sestra. Tento výstup z výzkumu mne překvapil, protože jsem předpokládala, že vždy získají pacienti informace od lékařů a současně od sester. Také polovina respondentů hodnotila úplnost informací jako nedostatečnou, respondenti postrádali informace převážně od lékařů a to, zda operace dopadla dobře a co čeká respondenty dál v léčbě. Toto se odrazilo i v dotazu, zda by respondenti uvítali nějaké zlepšení ze strany zdravotnického personálu. Na tento dotaz polovina respondentů odpověděla, že nic, a druhá polovina by uvítala více informací od lékaře. Ze své praxe vím, že je často důvodem nedostatečné informovanosti pacientů nedostatek času a vytíženost lékařů. Možným dalším důvodem nespokojenosti pacientů může být i nedostatečně vnímaná komunikace mezi nemocnými a zdravotníky, jak popisuje Janáčková (2008, str. 15) a Cvetič (2011, str. 261-270), která může vést k pocitům nepochopení a celkové nespokojenosti.

Z výše uvedených informací vyplývá, že ve výzkumném šetření byl zjištěn vliv informovanosti pacientů na jejich prožívání, a dílčí cíl výzkumu byl splněn.

2.9.3 Výzkumná otázka číslo 3 – Jak vnímají pacienti prostředí operačních sálů?

Respondenti z prostředí operačního sálu vnímali ve většině případů světla. Jeden respondent uvedl, že vnímal přístroje a prostředí sálu na něj působilo pochmurně. V rozhovorech také zmínili svoji zvědavost, jak operační sál vypadá a to v polovině případů, šlo o respondenty, pro které toto byla první zkušenost s tímto prostředím. Rovněž Matlochová (2012, str. 41-42) uvádí, že pokud se jedná o dění na operačním sále, pacienti o něm mají často informace z televizních seriálů, kde jsou situace často vyhoceny, což může zvyšovat obavy pacientů z tohoto prostředí. Můj názor je, že pokud by měli pacienti informační leták s fotografiemi operačního sálu, možná by v den operace měli pocit, že částečně toto prostředí znají, snad by to mohlo pomoci zmírnit i jejich obavy.

Z uvedeného je zřejmé, že bylo zjištěno, jak pacienti vnímají prostředí operačních sálů, a dílčí cíl výzkumu byl tedy splněn.

2.9.4 Výzkumná otázka číslo 4 – Jak pacienti vnímají personál operačních sálů?

Výzkumné šetření ukázalo, že z personálu na operačním sále se představuje anesteziologický tým. Je pravidlem, že operatér navštěvuje pacienta před operací ještě na lůžkovém oddělení, kde se mu představí a pohovoří s ním. Domnívám se, že by mělo být pravidlem, že se u překládového zařízení představí i sálový sanitář. Na tuto skutečnost mě upozornil jeden respondent, který uvedl, že nevěděl, kdo byl pán, který ho převezl od překládového zařízení na operační sál. Také sálové sestry jsou v pozadí a respondenti je ve většině případů vůbec nevnímali. Proto se mi velmi líbí edukace, kterou provádí perioperační sestry v některých nemocnicích v České republice, znamená to vystoupení z anonymity a navázání kontaktu s pacientem, který mi na sále chybí. Matlochová (2012, str. 41-42) popisuje zkušenosti s edukací pacientů před operací na operačních sálech v Nemocnici Třinec. Uvádí, že edukace má přínos nejen pro pacienty, ale také pro edukující sestry, protože se mnohdy při rozhovoru s pacienty dozvídají podstatné informace (například, že je pacient alergický nebo má kardiostimulátor), či získají přehled o rozsahu operačního výkonu. Tyto poznatky se mnohdy dozvídáme, až když je pacient přivezen na operační sál. Jinak respondenti velmi pozitivně hodnotili přístup personálu operačních sálů k jejich osobě.

Z výše uvedeného plyne, že bylo zjištěno, jak pacienti vnímají personál operačních sálů, a dílčí cíl výzkumu lze prohlásit za splněný.

2.9.5 Výzkumná otázka číslo 5 – Jaké požadavky by pacienti uvítali v rámci uspokojování potřeb v perioperační péči?

K této výzkumné otázce se vztahovaly dvě otázky v rozhovoru. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že polovina respondentů by se cítila lépe na operačním sále, kdyby měli více informací v období před operací. Respondentům chyběly informace o překladovém zařízení a o operačním výkonu. Na závěr rozhovoru byli respondenti dotazováni na to, zda by požadovali nějaké zlepšení ze strany zdravotnického personálu. Polovina respondentů uvedla jako zlepšení lepší informovanost ze strany zdravotníků. Toto potvrzuje i moji domněnku, že edukace o perioperační péči má své opodstatnění.

2.10 Informační leták

Na základě zhodnocených odpovědí na všechny výzkumné otázky je zřejmé, že dostatek informací přispívá k lepšímu prožívání pacientů v perioperační péči. Proto jsem se rozhodla vytvořit informační leták pro pacienty, který by zdravotnickému personálu pomohl efektivněji šířit informace vhodné pro pacienty v perioperační péči.

Nafotila jsem překladové zařízení, operační sál, anesteziologickou přípravu a fotografie jsem doplnila vhodným komentářem. Pro leták jsem zvolila oboustranně potištěný papír velikosti A4. Tuto formu jsem vybrala s ohledem na množství informací a na ekonomický tisk. Leták je uveden v příloze.

Závěr

Motivací k výzkumu popsanému v této práci byla snaha o identifikaci prožívání a subjektivních pocitů pacientů v průběhu perioperační péče, což může významně ovlivnit průběh uzdravování a celkovou prožívání pacienta během léčení. Na počátku výzkumu byl vytyčen jeden hlavní a čtyři dílčí cíle, které konkretizují a doplňují cíl hlavní. Práce je rozdělena (kromě Úvodu a Závěru) na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsou shrnuty základní poznatky ze dvou hlavních oblastí, které se v této práci spojují. Nejprve je obecně popsána problematika péče o pacienta v předoperačním, operačním a pooperačním období, aby čtenář získal základní přehled o specifických faktech a činnostech při péči o pacienty a mohl dát do kontextu prožívání pacienta s okolnostmi léčby. Poté je text zaměřen na charakteristiku prožívání pacientů v perioperačním období z pohledu psychologie. Šířeji jsou popsány jevy, jako je bolest, strach, úzkost a stres. Dále jsou nastíněny způsoby a možnosti komunikace zdravotnického personálu s pacienty a je popsán aktuální stav edukace pacientů v perioperační péči.

Praktická část této bakalářské práce je založena na zpracování kvalitativního výzkumu. Hlavním cílem výzkumu je snaha o zjištění pocitů pacientů indikovaných k operaci v předoperační, intraoperační a pooperační péči. Metodiku výzkumu lze popsat jako případovou studii, přičemž byly zpracovány celkem čtyři různé případy, které byly vybrány dle předem stanovených kritérií. Sběr dat byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru obsahujícího dvacet otázek. U každého případu (pacienta) je uvedena osobní, rodinná a sociální anamnéza, kompletní přepis rozhovoru a shrnutí základních poznatků získaných z pacientových odpovědí.

Stěžejními částmi jsou podkapitoly nazvané Analýza a interpretace případových studií a Diskuze, které obsahují analýzu získaných informací a příslušné závěry. Vše je vztaženo k výzkumným otázkám a je vyhodnoceno splnění hlavního a dílčích cílů.

Z vyhodnocení výzkumu je zřejmé, že pacienti v předoperačním období zažívají zejména strach a úzkost, přičemž tyto závěry jsou v souladu s dřívějšími šetřeními popsanými v literatuře. Z výzkumu také plyne, že dostatek informací v předoperačním období může pozitivně ovlivnit prožívání pacientů během pobytu na operačním sále. Jsou ovšem i pacienti, kteří o podrobné informace nestojí a věří zdravotnickému personálu. V období na operačním sále mají pacienti smíšené pocity a chtějí mít vše co nejrychleji za

sebou. Takové pocity nejsou mírou informovanosti ovlivnitelné. Dominantním pocitem v pooperačním období je úleva. Pacienti přestávají být ve stresu z očekávaného operačního zákroku a jsou schopni přemýšlet více o budoucnosti. Právě zde, díky zmizení pocitů úzkosti, si pacienti více uvědomují, zda mají nebo nemají dostatek informací. V tomto období je nutná spolupráce a dobrá komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem, protože pooperační informace jsou vždy založeny na tom, jak se aktuálně léčba vyvíjí, a závisí tedy na konkrétním případě. Informace, které chyběly pacientům po operaci, jsou převážně v kompetenci lékaře.

Informace důležité pro pacienty v předoperačním období pro vybrané typy operací lze určitým způsobem zobecnit. Proto byl autorkou této práce vytvořen informační leták, který vhodné informace obsahuje, je určený pro distribuci přímo na lůžkovém oddělení a je uveden pro ilustraci v příloze práce.

Použitá literatura

BUBNÍKOVÁ, Helena a TÓTHOVÁ, Valérie. Ošetrovatelský proces na sále. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 12, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

CVETIC, Elizabeth. Communication in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 2011, roč. 94, č. 3, s. 261-270. ISSN 0001-2092.

GULÁŠOVÁ, Ivica et al. Zvládání strachu pacienta před operací. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 42-43. ISSN 1210-0404.

CHMELÍKOVÁ, Jana et al. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 7-8, tematický sešit č. 226, s. 62. ISSN 1210-0404.

JANÁČKOVÁ, Laura. Aplikovaná psychologie: prožívání nemoci u chirurgických pacientů. *Medical tribune*. 2008, roč. 4, č. 19, s. A15. ISSN 1214-8911.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: NCO NZO, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

KALA, Zdeněk a PENKA, Igor et al. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: NCO NZO, 2010, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

LEE, Anna et al. Perioperative Systems as a quality model of perioperative medicine and surgical care. *Health Policy*. 2011, roč. 102, s. 214-222. ISSN 0168-8510.

MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.

MÁLEK, J. et al. Obavy a prožitky pacientů v perioperačním období. *Rozhledy v chirurgii*. 2004, roč. 83, č. 8, s. 406-410. ISSN 0035-9351.

RAUDENSKÁ, Jaroslava. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, 2011, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠESTÁKOVÁ, Blanka et al. Psychická traumata perioperační a pooperační. In: *Sborník přednášek a abstrakt XI. Minářovy dny*. Plzeň: Euroverlag, 2004, s. 28. ISBN 80-7177-8540.

VALEŠOVÁ, Monika et al. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. Plzeň: ZČU, 2012, 54 s. ISBN 978-80-261-0156-7.

VYMĚTAL, Jan: *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, 185 s. ISBN 80-901601-3-1.

WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea a ŠTEFKOVÁ, Ivana. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, Jana, PŘIKRYL, Petr, POKORNÁ, Renata a BITTNEROVÁ, Zuzana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZACHAROVÁ, Eva et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Zhodnocení předoperačního období	59
Tabulka 2 Zhodnocení období na operačním sále.....	60
Tabulka 3 Zhodnocení pooperačního období.....	61

Seznam příloh

Příloha 1 – GCS

Příloha 2 – Žádost o povolení výzkumu

Příloha 3 – Povolení k výzkumnému šetření

Příloha 4 – Informovaný souhlas

Příloha 5 – Otázky k rozhovoru

Příloha 6 – Informační leták

Příloha 1 – Glasgow Coma Scale

Glasgow Coma Scale

Pro posouzení stavu vědomí je užívána stupnice Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí, s modifikací pro děti. Pro posouzení stavu vědomí **u dětí mladších 3 let** je vypracována stupnice **Best Possible Coma Score** založená na posouzení maximálních schopností vzhledem k maturaci (Reilly et al.).

Stupnice pomáhá hodnotit stav vědomí pacienta a změny, ke kterým dochází v průběhu hospitalizace.

Výsledné skóre vzniká součtem tří hodnot, kde každá číselná hodnota odpovídá nejvyššímu dosaženému stupni odpovědi pacienta na daný podnět. (Skóre může být zkresleno přidruženými onemocněními či poruchami pacienta, nehodnotí lateralizaci příznaků.)

Stupnice

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí^{[1][2]}

Otevření očí	dospělí a větší děti	malé děti
1	neotvírá	neotvírá
2	na bolest	na bolest
3	na oslovení	na oslovení
4	spontánně	spontánně
Nejlepší hlasový projev		
1	žádný	žádný
2	nesrozumitelné zvuky	na algický podnět sténá
3	jednotlivá slova	na algický podnět křičí nebo pláče
4	nedekváttní slovní projev	spontánně křičí, pláče, neodpovídající reakce
5	adekvátní slovní projev	brouká si, žvatlá, sleduje okolí, otáčí se za zvukem
Nejlepší motorická odpověď		
1	žádná	žádná
2	na algický podnět nespecifická extenze	na algický podnět nespecifická extenze
3	na algický podnět nespecifická flexe	na algický podnět nespecifická flexe
4	na algický podnět úniková reakce	na algický podnět úniková reakce
5	na algický podnět cílená obranná reakce	na algický podnět cílená obranná reakce
6	na výzvu adekvátní motorická reakce	normální spontánní pohyblivost
Vyhodnocení		
nad 13	žádná nebo lehká porucha	
9–12	středně závažná porucha	
do 8	závažná porucha	

Hodnocení

- Hodnoty GCS se mohou pohybovat pouze v **intervalu 15–3**. Pro hrubé hodnocení stavu pacienta lze poruchu vědomí rozdělit do tří stupňů na
 - *lehkou* (GSC 15–13),
 - *střední* (GSC 12–9),
 - *těžkou* (GSC 8–3) poruchu vědomí.
- Pro správné určení skóre je třeba reflektovat při hodnocení další komorbidity, které ovlivňují výsledek hodnocení, ale nejsou projevem poruchy vědomí. Nehodnotíme lokalizované patologie, ale celkový stav CNS. Např. GCS 15 samozřejmě dosahuje i kvadruplegický pacient s expresivní afázií, i když to tak na první pohled nevypadá. Naproti tomu svalová relaxace, intubace či analgosedace hodnocení znemožňují.
- Hodnocení GCS by se mělo provádět již při prvním styku s pacientem, zvláště u stavů souvisejících s poškozením CNS a vědomí.

Odkazy

Související články

- Posouzení stavu vědomí
- Akutní stavy v neurologii a poruchy vědomí/PGS
- Apalický syndrom
- Vigilita
- Lucidita
- Bezvědomí
- Celkové vyšetření nemocného
 - Vyšetření polohy, chůze a pohyblivosti
 - Vyšetření tělesné konstituce a stavu výživy
 - Vyšetření stavu hydratace
 - Vyšetření kůže a kožních adnex
 - Meningeální příznaky

Zdroj

- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. [cit. 25.10.2011]. <<http://jirben.wz.cz>>.

Reference

Zdroje článků a přispěvatelé

Glasgow Coma Scale Zdroj: <http://www.wikiskripta.eu/index.php?oldid=237580> *Přispěvatelé*: Azrael, Elderine, Martina Ševčíková, Slepí, Valtameri, Weru, 1 anonymní úpravy

Licence

Creative Commons Uveďte autora 3.0 Česko

Text WikiSkript smíte

- **Šířit** — kopírovat, distribuovat a sdělovat dílo veřejnosti
- **Upravovat** — pozměňovat, doplňovat, využívat celé nebo částečně v jiných dílech

Za těchto podmínek

- **Uveďte autora** — Máte povinnost uvést údaje o autorovi a tomto díle způsobem, který stanovil autor nebo poskytovatel licence (ne však tak, aby vznikl dojem, že podporují Vás nebo způsob, jakým dílo užíváte).

Dále berete na vědomí

- **Jiné podmínky** — Výše uvedené podmínky se na Vás nevztahují, pokud jste k tomu získali souhlas nositele autorských práv.
- **Volná díla** — Je-li dílo nebo jeho část volným dílem dle příslušného právního řádu, má status volného díla před licencií přednost.

Další práva

Touto licenci nejsou dotčena následující práva:

- Volná užití díla, zákonné licence nebo jiná zákonná omezení autorského práva.
- Autorova osobnostní práva;
- Případná práva třetích osob k dílu samotnému nebo způsobům jeho užití, jako například práva na ochranu osobnosti a soukromí.

Další informace

Plný text licence a další informace naleznete zde:
<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/cz/>

Vyloučení odpovědnosti

Texty WikiSkript vznikají pro studenty lékařských fakult a zdravotnické profesionály. Jsou dílem studentů, odborníků a dalších přispěvatelů. Rozpracované texty nejsou určeny k citování. Články, které zkontroloval učitel lékařské fakulty, jsou označeny zeleným symbolem.

Více informací a text vyloučení odpovědnosti naleznete na adrese:
http://www.wikiskripta.eu/index.php/WikiSkripta:Vyloučení_odpovědnosti

Příloha 2 - Žádost o povolení výzkumu



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské / diplomové práce – FN Plzeň

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studenta: Lenka Hajžmanová, DiS.

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra - kombinovaná forma, třetí ročník

***Název bakalářské / diplomové práce:** Psychologická problematika pacientů
v perioperační péči

***Vedoucí bakalářské / diplomové práce:** Mgr. Lenka Kroupová

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): lenkroup@kos.zcu.cz, tel. 377 633
785

Akademický rok: 2013/2014

***Jsem zaměstnancem FN Plzeň: ano**

ZOK: Chirurgická klinika

Pracovní pozice: Všeobecná sestra, OS Lochotín

**nehodící se škrtněte/ smažte*



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Metoda empirické části:

***1. Pomocí dotazníku / rozhovoru - zaslat v příloze konkrétní obsah**

Pro sběr informací, pomocí dotazníku / rozhovoru oslovím:

***Pacienty**

**nehodící se škrtněte/ smažte*

Cíl mé bakalářské / diplomové práce:

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké pocity prožívají klienti indikovaní k operaci v období před operací, na operačním sále a v pooperačním období. Dále bych ráda zjistila míru informovanosti těchto pacientů o perioperační péči. Cílem mého šetření je i posouzení, zda má míra informovanosti vliv na prožívání klientů v perioperační péči.

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce / období odborné praxe na zdravotnickém oddělení / klinice FN Plzeň:

9.12.2013 - 25.1.2014

Kontaktní pracoviště pro empirickou část: (uvedení konkrétního ZOK FN Plzeň):

Chirurgická klinika - lůžková oddělení

Žádost podává student (jméno, příjmení, telefon, e-mail):

Lenka Hajžmanová, tel. 737 17 36 77, lenka.hajzmanova@seznam.cz

V Plzni dne: 13.11.2013

Příloha 3 – Povolení k výzkumnému šetření



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Lenka Hajžmanová, DiS.

Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií,
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše šetření, pomocí rozhovorů vedených s pacienty *Chirurgické kliniky* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Psychologická problematika pacientů v perioperační péči*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra Chirurgické kliniky souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše rozhovory s pacienty osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., v platném znění.**
- Údaje o zdravotním stavu pacientů, které Vám pacienti sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.
- Rozhovory s pacienty budete realizovat v době své, školou určené, odborné praxe, pod přímým vedením staničních sester / mentorek *Chirurgické kliniky* FN Plzeň.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu (na níže uvedený e-mail).

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pociťoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

22. 11. 2013

Příloha 4 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Psychologická problematika pacientů v perioperační péči

STUDENT

Lenka Hajžmanová, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

lenka.hajzmanova@seznam.cz

VEDOUcí BP

Mrg. Lenka Kroupová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

lenkroup@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat informovanost pacientů o perioperační péči, zmapovat pocity a prožívání pacientů v perioperační péči a navrhnout systém opatření.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletní studii vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 5 – Otázky k rozhovoru

Psychologická problematika pacientů v perioperační péči

Metodika – kvalitativní výzkum formou rozhovoru.

Otázky k rozhovoru:

Předoperační období

1. Jak jste prožíval/a období před operací?
2. Můžete mi popsat období před operací z pohledu Vašich pocitů?
3. Kdo Vás informoval v tomto období?
4. Vnímali/a jste podané informace jako úplné?
5. Z čeho jste měl/a největší strach?
6. Kdo Vám byl v období před operací největší oporou?
7. Jaké byly Vaše pocity během převozu z oddělení na operační sál?
8. Co jste vnímal/a při překladi na operační sál?

Období na operačním sále

9. Co jste prožíval/a na operačním sále?
10. Jak na Vás působilo prostředí operačního sálu?
11. Jaký pocit u Vás převažoval na operačním sále?
12. Obdržel/a jste v tomto období informace o tom, co se s Vámi bude dít na operačním sále?
13. Jak byste popsal/a přístup personálu operačních sálů k Vám?
14. Co by Vám pomohlo cítit se lépe na operačním sále?

Pooperační období

15. Jak jste prožíval/a období po operaci?
16. Můžete mi popsat Vaše pocity po operaci?
17. Co Vás nejvíce trápilo v období po operaci?
18. Kdo Vám podával informace v pooperačním období?
19. Vnímali/a jste tyto informace jako úplné?
20. Je něco, co byste si přál/a zlepšit ze strany zdravotnického personálu?

Příloha 6 – Informační leták

Informace pro pacienty před operací

Vážená paní, vážený pane,

dovolte, abych Vám předala informace, které budete potřebovat před operačním výkonem.

Úvodem

Tato příručka Vám bude průvodcem a rádcem v předoperačním období, v den operaci i po operaci. Přiblíží Vám prostředí operačních sálů a péči na operačním sále. Informace jsou obecného charakteru, Váš ošetřující lékař Vám může sdělit další individuální informace platné pro Vás.

V nemocnici

V den nástupu do nemocnice se Vás ujme všeobecná sestra, která s Vámi vyplní veškerou dokumentaci a seznámí Vás s chodem oddělení.

Před operací Vás navštíví anesteziologický lékař, vyšetří Vás a vysvětlí Vám informace týkající se anestezie během operačního výkonu. Také Vás navštíví lékař, který Vás bude operovat a vysvětlí Vám vše o operačním výkonu. Pokud Vám bude operován párový orgán (například operace prsou, plic atd.) označí fixem na Vašem těle stranu operačního výkonu. Během návštěvy lékaře se zeptejte na vše, co Vás zajímá.

Operační sály Lochotín (OSL)

Operační sály Lochotín zajišťují výkony pro kliniku chirurgickou, ortopedickou, anesteziologickou, interní a pro oddělení neurochirurgie na deseti operačních sálech.

Na operačních sálech se provádí jak plánované operační výkony, tak i neplánované akutní operace, při kterých používáme vysoce kvalitní instrumentarium. Od roku 2010 se na OSL používá jednorázové operační rouškování, které nám pomáhá zvyšovat kvalitu poskytované péče. Operační sály jsou vybaveny nejmodernější přístrojovou technikou k běžným i speciálním operačním výkonům.

Den před operací

Večer před operačním výkonem Vám sestra aplikuje injekci z důvodu prevence komplikací a dostanete lék na spaní. Od půlnoci nejezte, nepijte a nekuřte.

Den operačního výkonu

Ráno Vám sestra přinese kompresní punčochy, které působí preventivně proti vzniku trombózy hlubokých žil dolních končetin. Tyto punčochy se navlékají na dolní končetiny ráno, ještě než vstanete z lůžka. Ráno provedete běžnou hygienu. Místo operace Vám oholí sanitář, popřípadě sestra. Nezapomeňte odložit všechny šperky a odlakovat nehty. Pokud pravidelně užíváte léky, vezmete si pouze léky, které Vám doporučil anesteziolog. Pacienti jsou odvázeni na operační sál dle pořadí v operačním programu. Pokud nejste první v operačním programu, sestra Vám dle ordinace lékaře zavede kanilu do žíly a bude Vám kapat infuzní roztok.

Sestra Vám na pokyn z operačního sálu přijde před odjezdem na operační sál aplikovat premedikaci. Před touto aplikací Vás vyzve, abyste se došli vymočít a po aplikaci už zůstaňte na lůžku. Před odjezdem na operační sál si odložte zubní protézu. Ve svém lůžku budete převezeni sestrou a sanitářem k operačnímu traktu.

Překladové zařízení na operační sál

Na obrázku si můžete prohlédnout naše překladové zařízení. Když přijedete k operačnímu traktu, vchodová sestra Vás přivítá a dostanete jednorázovou čepičku, kterou si nasadíte. Budete přikryti prostěradlem. Překladové zařízení Vás pohodlně přeloží z lůžka na operační stůl. U překladového zařízení bude anesteziologická sestra, sálová sestra a sálový sanitář. Personál operačních sálů bude během překlada neustále u Vás, soustředte se na jejich pokyny.



Překladové zařízení



Přípravna

Po přeložení na desku operačního stolu Vám budou lehce připevněny dolní končetiny tak, aby byla zajištěna Vaše bezpečnost.

Sálový sanitář Vás odveze na přípravnu příslušného operačního sálu. Zde se Vám bude plně věnovat anesteziologický tým.

Na operačním sále

Na operačním sále Vám bude na tělo přiložena neutrální elektroda, která je nezbytná, pokud se u Vašeho typu operace bude používat koagulační přístroj. Sálový sanitář vám zlehka připevní horní končetiny pásy, aby při úvodu do anestezie nedošlo k jejich sesutí. Na vaší operaci se bude podílet tým odborníků – chirurgové, instrumentářky a další personál.

Po operaci

Z celkové anestezie budete probuzeni ještě na operačním sále a poté budete přeloženi pomocí překladového zařízení. Dle druhu operačního výkonu budete odvezeni buď na standardní oddělení, nebo na jednotku intenzivní péče, o čemž Vás předběžně informuje lékař ještě před operací.

Výživu a tekutiny nelze těsně po operaci přijímat, proto budete mít zavedenou infúzi do žíly. Další podávání tekutin a stravy závisí na druhu operačního výkonu.

Po operaci Vám bude pravidelně měřen krevní tlak, puls a kontrolováno dýchání. Také Vám bude sestra kontrolovat obvaz na



Neutrální elektroda

operační ráně. Někdy je pacientům po operaci podáván kyslík.

Pocit na zvracení nebo zvracení může vzniknout jako důsledek celkové anestezie a lze jej farmakologicky ovlivnit.

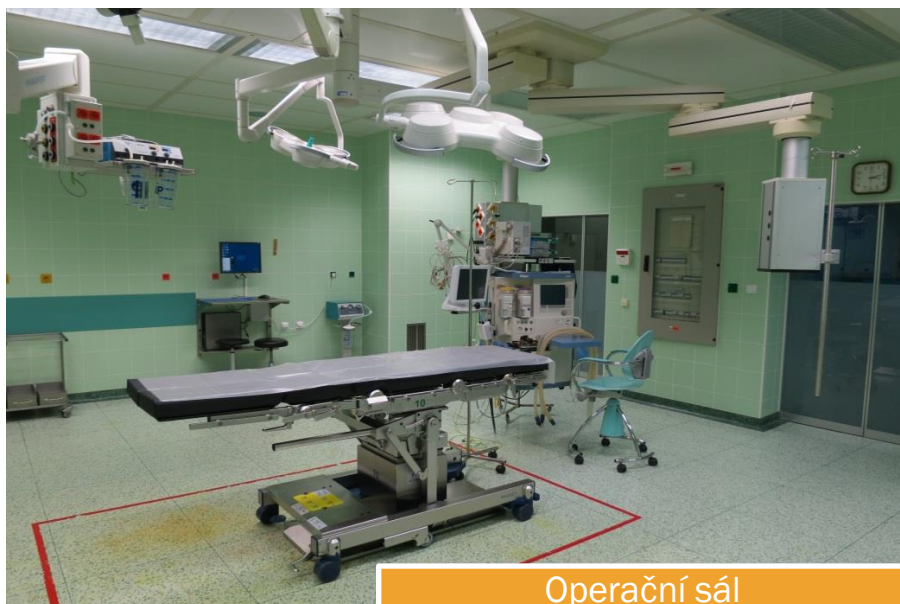
Závěrem ...

Cílem této příručky bylo informovat Vás o péči před operací, na operačním sále v pooperačním období. Máte-li další nejasnosti, obraťte se na Vašeho ošetřujícího lékaře a další ošetřovatelský personál.

Za tým personálu Operačních sálů Lochotín Vám přeji brzké zotavení a návrat k Vaší rodině.

FN Plzeň ve spolupráci ZČU FZS KOS, Lenka Hajžmanová, DiS.

Zdroj: vlastní a internetové stránky FN Plzeň



Operační sál