

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Obavy pacientů spojené s epidurální anestezií

Bakalářská práce

Autor: Tereza Tesařová

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Nedomová Bártová

Jihlava 2020



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Tereza Tesařová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Obavy pacientů spojené s epidurální anestezii
Cíl práce:	1.Cíl: Analyzovat obavy pacientů z epidurální anestezie v Nemocnici Jihlava, Nemocnici Jindřichův Hradec a Nemocnici Třebíč. 2.Cíl: Zjistit jaké informační zdroje nejkladněji působí na psychiku pacientů.


Mgr. Markéta Nedomová Bártová
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na obavy pacientů spojené s epidurální anestezí v Nemocnici Jihlava a Nemocnici Jindřichův Hradec a zkoumá faktory, které by pomohly tyto obavy zmírnit. Současný stav problematiky je zaměřen na charakteristiku a vysvětlení základních pojmů anestezie. Dále pojednává o historii anestezie, epidurální anestezii, přípravě pacienta před anestezií a roli sestry. Další kapitoly jsou věnované katétru k léčbě pooperační bolesti, informovanému souhlasu, komunikaci mezi sestrou a pacientem a potřebám nemocných. V praktické části se nacházejí výsledky anonymního, kvantitativního dotazníkového šetření, které jsou interpretovány pomocí grafů. Cílem bakalářské práce bylo analyzovat obavy z epidurální anestezie ve vybraných nemocnicích a zjistit které faktory mají pozitivní dopad na psychickou stránku pacientů.

Klíčová slova

Epidurální anestezie, komunikace, obavy, pacient, psychika

Abstract

The aim of this bachelor thesis is to investigate the patients' fears of the epidural anaesthesia in the chosen hospitals and to explore how the chosen factors influence the patients' psychology. The research was conducted in two hospitals located in Jihlava and Jindřichův Hradec. The thesis deals with factors of this fear and how to deal with it better. The thesis is divided into two parts. The first theoretical part deals with the characterization of this particular problem and also with the explanation of basic terms concerning anesthesiology. It also describes its history, it focuses mainly on the epidural anaesthesia and the preparation of the patient before the performed anaesthesia, and the role of a nurse. The next chapters are dedicated to the description of the catheter and treatment of the postoperative pain, the informed agreement and the communication between patient and nurse. The second practical part consists of the anonymous survey and its results. These results are also converted into graphs and commented on.

Keywords

Epidural anaesthesia, communication, fears, patient psyche

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Markétě Nedomové Bártové za její čas, cenné připomínky a návrhy při psaní bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala vedoucím pracovníkům a personálu Nemocnice Jihlava a Nemocnice Jindřichův Hradec za povolení k realizaci výzkumného šetření, a především všem pacientům za jejich ochotu vyplnit dotazník. Také bych chtěla poděkovat své rodině, partnerovi a blízkým za jejich podporu během celého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“). Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence. V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Charakteristika anestezie.....	10
1.1.1 Vysvětlení pojmů.....	10
1.2 Historie anestezie	10
1.2.1 Historie místní anestezie.....	12
1.2.2 Historie anestezie v Čechách	13
1.3 Anatomie páteře a periferních nervů.....	13
1.3.1 Obaly CNS	15
1.4 Dělení lokoregionální anestezie	15
1.4.1 Epidurální anestezie (EDA).....	16
1.4.2 Anestetika užívaná k epidurální anestezii.....	18
1.5 Příprava pacienta a role sestry	19
1.5.1 Anesteziologické ambulance	20
1.6 Katétr k léčbě pooperační bolesti.....	21
1.6.1 Péče všeobecné sestry o pacienta s epidurálním katétrem	22
1.7 Informovaný souhlas.....	23
1.8 Komunikace mezi sestrou a pacientem	24
1.9 Potřeby nemocných.....	25
2 Výzkumná část.....	27

2.1	Cíle a výzkumné otázky	27
2.2	Metodika výzkumu	27
2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	28
2.4	Průběh výzkumu	28
2.5	Zpracování dat.....	28
2.6	Výsledky výzkumu	29
2.7	Diskuze.....	50
2.8	Návrhy a doporučení pro praxi	58
2.9	Závěr	59
	Seznam použité literatury	61
	Seznam grafů	65
	Seznam použitých zkratk	66
	Seznam příloh	67

Úvod

Operační výkon a také zdravotnické zařízení, které je cizím a nepřírodným prostředím, je u všech pacientů spojen s pocity úzkosti a strachu. Pacient tuto situaci nemůže plně ovlivnit a je tak ponechán v péči zdravotníků, kterým musí důvěřovat. Operace je velkou přítěží také pro organismus, a pokud takový stres doprovází i velká psychická zátěž, může dojít ke zbytečným pooperačním komplikacím. Odezva pacientů na tuto přítěž je rozdílná a mnohdy zcela jiná, než okolí očekává (Gulášová a kol., 2012; Wendsche a kol., 2012).

Epidurální anestezie je součástí některých operačních výkonů a můžeme ji definovat jako dočasné přerušení vedení nervových vzruchů vyvolané injekcí lokálního anestetika do epidurálního prostoru páteřního kanálu. Může být provedena v kterémkoli segmentu páteře, nejčastěji to bývá bederní oblast. Tato metoda anestezie je ve zdravotnictví častokrát používána díky řadě výhod, které nabízí. Díky ní lze vyřadit různé funkce nervové tkáně diferencovaně a úzce lokalizovaně, a tak bývá užívána nejen pro chirurgické výkony, ale i pro tlumení bolesti při porodu, k ovlivnění spontánních akutních i chronických bolestí, a s použitím epidurálního katétru lze vyvolat i dlouhodobé blokády (Larsen, 2004).

Vědomosti pacientů o epidurální anestezii jsou rozdílné a často mají z tohoto zákroku strach a obavy. Informovaný souhlas pacienta s anestezií je důležitým pomocníkem zdravotníků ke zvýšení povědomí pacienta o anestezii a jejích rizicích. Kromě přečtení informovaného souhlasu slouží k rozptýlení obav pacienta také rozhovor s lékařem anesteziologem nebo vyškoleným nelékařským zdravotnickým pracovníkem v anesteziologické ambulanci. První část bakalářské práce je věnována základním pojmům v anestezii, historii vzniku anestezie v Čechách i ve světě, anatomii páteře a periferních nervů, rozdělení anestezie (se zaměřením na epidurální anestezii), ošetrovatelskou péčí o pacienta s epidurálním katétrem, dále obsahuje kapitulu o informovaném souhlasu, komunikaci mezi sestrou a pacientem, o potřebách nemocných. V druhé části práce jsou výsledky výzkumného šetření.

Motivace

Téma „Obavy pacientů spojené s epidurální anestezií“ jsem si vybrala, protože jsem se při své praxi často setkala s obavami pacientů a chtěla jsem zjistit, jaké faktory strach ovlivňují, abych byla pro pacienty v této problematice větším přínosem. Epidurální anestezie je velmi zajímavá metoda, o které jsem neměla příliš mnoho informací a setkala se s ní poprvé při vysokoškolském studiu, proto jsem si chtěla doplnit vědomosti i v této oblasti.

Cíl

1. Analyzovat obavy pacientů z epidurální anestezie.
2. Identifikovat faktory, které kladně působí na psychiku pacientů.

1 Současný stav problematiky

1.1 Charakteristika anestezie

Anestezie vede k přechodné ztrátě veškerého cití (dotyku, tepla, chladu a bolesti). Je reverzibilním stavem amnézie a imobilizace, který dovoluje snášet bolest spojenou s diagnostickými a operačními výkony. Celková anestezie vyřazuje vědomí, naopak při lokální anestezii je vědomí zachováno. Překonání perioperačního období hladce a s komfortem zajišťuje způsob a provedení anestezie, anestetiky vyvolaná organoprotekce, předoperační příprava, sledování a monitorování pacientů, infuzní a transfúzní léčba a metody tišení bolesti. (Horáček, 2008).

1.1.1 Vysvětlení pojmů

Pro lepší porozumění a přehled při čtení práce uvádím základní pojmy z dané oblasti.

Anestezie – je léčebný postup, při kterém je cíleně navozená reverzibilní ztráta vnímání všech podnětů.

Anesteziologie – je medicínský obor zabývající se zaváděním nejmodernějších poznatků vědy do praxe v oblasti celkového a místního znecitlivění. Pacientům přináší relativní komfort pro provedení operačních zákroků, léčebných a diagnostických výkonů.

Analgezie – snížené vnímání bolesti.

Amnézie – vyřazení paměti.

Sedace – stav sníženého vnímání různého stupně.

Analgo-sedace – spojení analgezie a sedace (Málek a kol., 2016).

1.2 Historie anestezie

Ačkoli většina lidských civilizací vytvořila ve své historii již dávno postupy zmírňující diskomfort pacienta při invazivních výkonech, je moderní a skutečně účinná anestezie poměrně novým objevem (Barash a kol., 2015, s. 1). Většina významných objevů a inovací s účelem zlepšení bezpečnosti pacienta byla uskutečněna až po roce 1940. Můžeme tedy říct, že moderní anesteziologie vznikla zhruba před 170 lety (Málek a kol., 2016).

Až do poloviny 19. století byly všechny chirurgické zákroky spojeny s výrazným utrpením pacientů, protože míra znecitlivění byla nedostatečná (Horáček, 2008). Za nejstarší dochované důkazy o použití chirurgických postupů můžeme považovat vyhojené trepanační otvory v lebkách prehistorických lidí. Zda už tenkrát byly použity nějaké metody k tišení bolesti se dodnes neví. Je známo, že ranhojiči z oblasti Peru, k tišení bolesti používali sliny, které obsahovaly jisté množství kokainu ze žvýkání listů keře *Erythroxylon coca* (Kokainovník pravý) a ty plivali přímo do ran (Nalos, Mach, 2010).

V Mezopotámii byl již kolem roku 3400 před našim letopočtem vyšlechtěn *Papaver somniferum* (Mák setý). Lékaři tehdy také užívali opium a výtažek z mandragory. I ve středověké Evropě se využívala mandragora a další byliny jako třeba bolehlav, blín, čemeřice. Další známou metodou pro tišení bolesti bylo užití alkoholu, častokrát se lékaři uchýlovali také k pouštění žilou. Nicméně se však, zejména díky Hippokratovi a jeho učení o nezasahování do přírodních sil, na dlouhá staletí vývoj v boji proti bolesti zastavil (Kasal a kol., 2004; Málek a kol., 2016).

Do roku 1842 byl jakýkoliv chirurgický zákrok pro pacienta krutou zkouškou a těžkým úkolem i pro chirurga, u něhož nebyla tak důležitá zkušenost, jako rychlost provedení operačního výkonu. První velké změny přineslo až 19. století. Právě od roku 1842 do roku 1846 vrcholila řada výzkumů a experimentů za účelem zbavit nemocného bolesti během chirurgického zákroku. Horace Wells, zubní lékař z amerického města Hartford se účastnil veřejné exhibice, kdy návštěvníkům bylo umožněno inhalovat oxid dusný. Jeden účastník si však v rauši poranil nohu, aniž by si toho všiml, protože necítil žádnou bolest. Wells si ihned uvědomil výhody, které by oxid dusný mohl poskytnout při ošetřování zubů, a později při několika úspěšných zákrocích na pacientech se rozhodl oxid dusný poskytnout chirurgům. Při další veřejné demonstraci tohoto postupu se však zjistilo, že způsob anestezie není uspokojivý, proto se bývalý žák Wellse, W. T. G. Morton, rozhodl experimentovat s jiným plynem – éterem. Poté co došlo k úspěšnému testování na zvířatech a později i pacientech, se uskutečnila další veřejná demonstrace, při které profesor Warren odstranil roku 1846 nádor z krku pacienta Gilberta Abbota. Ten po zákroku potvrdil, že pacient nic necítil a nic

si nepamatoval. Tato událost je pokládána za objev celkové anestezie. V témže roce dr. Holmes navrhl pro novou metodu název – anestezie. Úspěch se rychle rozšířil do Evropy, kde chirurg známý pro svoji rychlost, Robert Liston, v roce 1846 použil éter při amputaci končetiny, která trvala pouhých 28 vteřin (Kasal a kol., 2004; Málek a kol., 2016; Utopian Surgery, 2008).

Nové objevné způsoby anestezie na sebe nenechaly dlouho čekat. John Snow, první anesteziolog z povolání, se proslavil podáním chloroformu Královně Viktorii při porodu prince Leopolda v roce 1853. V následujících letech byla zavedena laryngoskopie a roku 1934-1988 byly na klinikách zavedeny anestetika jako thiopental, suxametonium, halotan, enfluran, izofluran, sevofluran a desfluran (Málek a kol., 2016). Další z významných osobností byl Američan John Bonica, který spolu s ostatními anesteziology zakládal ambulance pro léčbu bolesti. Ve Washingtonu, kde působil jako učitel na univerzitě, založil anesteziologickou rezidenci, která byla v té době jedna z nejvýznamnějších výzkumných, výukových a klinických programů anesteziologie ve světě (In Memoriam: John J. Bonica, 1994).

1.2.1 Historie místní anestezie

Místní anestezie vznikla téměř náhodou. Vídeňský oftalmolog Karl Koller prováděl experimenty s kokainem. Mimoděk si při tom olízl prsty a poté mu znecitlivěl jazyk. Po dalších pokusech na zvířatech, na sobě samém a svém asistentovi zjistil, že se kokainem znecitliví spojivka. Toto zjištění přineslo rychlé rozšíření topické anestezie kokainem v oftalmologii. Zajímavé je, že místní anestezie byla zpočátku považována za bezpečnější než anestezie celková. Dr. Knapp v roce 1885 podal kokain na sliznici rekta a uretry, což znamenalo začátek svodné anestezie. Poprvé tak spinální anestezii použil v Německu v roce 1898 August Bier. Velkým problémem následného rozvoje místní anestezie se ukázala toxicita kokainu a riziko vzniku závislosti. Prvním bezpečným anestetikem se stal Prokain, který byl syntetizován v roce 1904 a Lidokain až v roce 1943 (Málek a kol., 2016).

Dle Pařízka a kol., (2012) v roce 1921 provedl Fidel Miravé Pegas ve Španělsku lumbální epidurální blokádu a o 10 let později se pokusil o kontinuální blokádu Eugen

Bogdan Abure, pomocí hedvábné niti s lokálním anestetikem. Kontinuální spinální anestezie byla popsána poprvé roku 1940 v USA W. Lemmonem, který ponechal spinální jehlu in situ tak, že po přeložení pacienta na záda byla vyvedena mezerou v operačním stole a následně byla na jehlu nasazena dlouhá gumová trubice, kterou opakovaně přidával Prokain. Pro další rozvoj svodné anestezie byl významný objev Tuohyho jehly v roce 1945 Edwardem Boycem Tuohy, která slouží pro punkci a zavedení katétru do subarachnoidálního prostoru. Zavedení uretrálního katétru do epidurálního prostoru popsal M. M. Curbello roku 1949 a téhož roku popsal za použití Tuohyho jehly a umělohmotného katétru kontinuální epidurální analgezii u spontánního porodu C. E. Flowers.

1.2.2 Historie anestezie v Čechách

I v českých zemích má anestezie svou historii. V Praze počátku roku 1847 v nemocnici U milosrdných bratří podal mnich Celestýn Opitz, který zde pracoval jako ranhojič, první celkovou anestezii éterem v Čechách, která byla jednou z prvních v Evropě. Dále využil éter při extrakci zubů, k ošetření velkého vředu a následující dny i u několika závažnějších operací. Pražská nemocnice Milosrdných bratří byla natolik uznávaným zařízením, že ji lékařská fakulta používala pro výuku studentů (Málek a kol., 2016, s. 18). Pro vývoj místní anestezie mělo velký vliv, když si známý chirurg R. Jedlička v roce 1900 vybral jako téma habilitační práce spinální anestezii. Poprvé v roce 1920 byla použita epidurální technika a znovuobjevena až ve 30. letech 20. století. V současnosti se anestezie stala nedílnou součástí lékařských zákroků (Málek a kol., 2016).

1.3 Anatomie páteře a periferních nervů

Páteř (*columna vertebralis*) je tvořena ze 33-34 obratlů. Je dvakrát esovitě prohnutá (krční a bederní lordóza, hrudní a sakrální kyfóza) a tvoří nosnou oporu a pohyblivý pilíř celého těla. Na páteři popisujeme tyto segmenty: 7 krčních obratlů (*vertebrae cervicales*, C₁-C₇), 12 hrudních obratlů (*vertebrae thoracicae*, T₁-T₁₂), 5 bederních obratlů (*vertebrae lumbales*, L₁-L₅), 5 obratlů křížových (*vertebrae sacrales*, S₁-S₅) srostlých v kost křížovou (*os sacrum*), 4-5 obratlů kostrčních (*vertebrae coccygeae*,

CO₁-CO₅), které jsou spojené v kostrč (*os coccygis*) (Kachlík, 2013).

Při popisu obecné stavby obratle vycházíme z hrudního obratle, který se skládá z těla (*corpus*), oblouku (*arcus*), vzájemně spojených stopkou (*pediculus*) a obemykajících obratlový otvor (*foramen vertebrale*), z 5 výběžků: nepárového trnového (*processus spinosus*) a párových kloubních a příčných (*processus articulares et transversi*). První krční obratel (C₁; nosič, *atlas*) nemá tělo, druhý (C₂; čepovec, *axis*) má naopak shora na těle přirostlý čep (*dens axis*). Křížová kost je trojúhelníková, nahoře široká a dolů se zužující, plochá s typickými otvory (*foramina sacralia*) pro prostup předních a zadních větví křížových nervů. Mícha (*medulla spinalis*) obalená v plenách (*meninges*) prochází páteřním kanálem (*canalis vertebralis*), jenž je tvořen otvory všech obratlů a křížové kosti (Kachlík, 2013).

Hřbetní mícha (*medulla spinalis*) má kruhovitý nebo oválný průřez. Její délka je 40-50 cm, její konec zasahuje u muže k meziobratlové ploténce L₁-L₂, u ženy k tělu L₂. Zakončení míchy je tvořeno nitkovitým *filum terminale* (koncové vlákno) sestupující až k tělu S₂, u nějž srůstá s tvrdou plenou a okosticí. Zbytek páteřního kanálu je vyplněn souborem vláken bederních a křížových míšních kořenů a nervů, zvaných *cauda equina* (koňský ohon). Středem míchy probíhá úzký ústřední kanálek (*canalis centralis*), vystlaný ependymovými buňkami a obsahující mozkomíšní mok (*liquor cerebrospinalis*). Kolem něj je soustředěna šedá hmota mající na příčném řezu motýlovitou podobu a kolem šedé hmoty je rozložena bílá hmota, kterou dělíme na přední, boční a zadní míšní provazce (Kachlík, 2013).

Periferní nervy dělíme podle úrovně CNS, ze které vycházejí, na nervy hlavové, které vystupují ve 12 párech z mozku a míšní pak v 31 párech z páteřní míchy. Míšní nervy tvoří pleteně – krční (*plexus cervicalis*), pažní (*plexus brachialis*), bederní (*plexus lumbalis*), křížová (*plexus sacralis*). Na úrovni míchy, která mj. zajišťuje vyprazdňování močového měchýře a konečníku, probíhají míšní reflexy. Anatomickým základem reflexu je reflexní okruh. Ten má pět částí: receptor, čidlo; dostředivou (senzitivní) dráhu; CNS; odstředivou (motorickou) dráhu; efektor (Rokyta a kol., 2015).

1.3.1 Obaly CNS

Na povrchu je mícha pokryta dvěma měkkými míšními plenami nazývanými: ***Pia mater spinalis*** (měkká plena) – jemná vazivová vrstva. ***Cavitas subarachnoidea*** (subarachnoidální prostor) – je to prostor, který se nachází mezi pia mater a arachnoideou a je zde mozkomíšní mok (*liquor cerebrospinalis*). ***Arachnoidea spinalis*** (pavoučnice) – membrána podobná pavučině, obsahuje drobná, vazivová vlákna, která propojují arachnoideu a pia mater. Tvoří přirozenou fyziologickou bariéru pro přestup léčiv mezi epidurálním a subarachnoidálním prostorem. ***Dura mater spinalis*** (tvrdá plena) – tvořena hustým vazivem a upravena do podoby vaku – *sacus durae matris spinalis*. ***Spatium epidurale*** (epidurální prostor) – další prostor, který se nachází mezi vakem tvrdé pleny a periostem (*endorhachis*), kterým je vystlán páteřní kanál. Je zde řídké vazivo, tukové vazivo a žilní pleteně (Čihák, 2004; Barash a kol., 2015).

1.4 Dělení lokoregionální anestezie

Dle Mála a kol., (2016) **místní anestezie (lokoregionální)** způsobuje vyřazení podnětů jen z určité části těla. Může být vyvolána různými způsoby (chlad, tlak), ale nejčastější je použití farmak – místních anestetik, která blokují vedení v nervových axonech. Nervová blokáda se dá provádět jednorázově, nebo se může v místě aplikace ponechat katétr a prodloužit tak blokádu intermitentním, nebo kontinuálním podáváním lokálních anestetik a adjuvantních látek. Tento postup se nejčastěji používá u neuroaxiálních (míšních) i periferních svodných anestézií. Pokračující blokáda se může využít i k léčbě pooperační bolesti. Dokonalé zvládnutí techniky umělé plicní ventilace a neodkladné resuscitace současně s vybavením pracoviště základními léky a pomůckami a znalost postupů léčby možných komplikací jsou zcela nezbytnými podmínkami pro podávání jakéhokoli typu místní anestezie.

Lokoregionální anestezie se dle místa podání dělí: **topická (povrchová) anestezie** – aplikace lokálního anestetika na kůži nebo sliznici, **infiltrační anestezie** – podání lokálního anestetika přímo k terminálním zakončením nervů, **intravenózní regionální blokáda** – (Bierova blokáda) – IVRA – metoda pro operační výkony na horní i dolní

končetině, jejichž časový rozsah nepřesáhne 60-120 min. Lokální anestetikum se aplikuje do žíly zpravidla horní končetiny ischemizované nafouknutým turniketem a difunduje přes cévní stěnu k poblíž probíhajícím nervům a vyvolá anestezii, **svodná anestezie** – podání lokálního anestetika k nervovým strukturám (nervy, nervové plexy, neuroaxiální, subarachnoidální – podání do subarachnoidálního prostoru mezi měkkou a tvrdou plenou, epidurální – podání do epidurálního prostoru mezi vakem plen a stěnou páteřního kanálu). Topickou a infiltrační anestezii nejčastěji provádí chirurg, zatímco Bierova blokáda a svodná anestezie jsou doménou anesteziologů. **Kombinovaná anestezie** – současné použití více technik, nejčastěji v kombinaci celkové a lokální anestezie. (Málek a kol., 2016)

1.4.1 Epidurální anestezie (EDA)

Vzhledem k zaměření této práce se budou následující odstavce věnovat pouze epidurální anestezii.

Epidurální anestezie vzniká po podání lokálního anestetika (samotného nebo v kombinaci s opioidem či klonidem) do epidurálního prostoru (mezi *dura mater* a stěnou páteřního kanálu). Zajistí anestezii nebo analgezii v oblasti dermatomů sousedících s místem vpichu podle aplikovaného objemu a koncentrace farmaka. Vzhledem k velkému objemu lokálního anestetika se využívá v různé míře i jeho systémový účinek (platí také pro opioidy) (Adamus, 2010).

Indikace: pro operační výkony na dolních končetinách, pánvi, podbřišku, urogenitálním traktu a hrudníku, operace v oblasti krku a horních končetin; jako součást kombinované anestezie; pooperační analgezie, porodní analgezie, léčba akutních i chronických bolestivých stavů dolních, horních končetin a viscerálních orgánů; ovlivnění ischemické choroby dolních i horních končetin.

Kontraindikace: poruchy hemokoagulace – trombocytopenie, trombocytopatie, krvácivé choroby, léčba antikoagulancii, antiagregačními látkami; neurologická onemocnění – poruchy čítí a hybnosti, míšní hemangiomy; anatomické deformace – obtížné provedení blokády (Adamus, 2010).

Technika provedení: k identifikaci epidurálního prostoru bylo vyvinuto několik technik. V současnosti se nejvíce používá technika ztráty odporu, která využívá různého odporu tkání, jenž prochází hrot Tuohyho jehly. Při mírném tlaku na píst nízkoodporové stříkačky, naplněné fyziologickým roztokem nebo vzduchem, dochází po průniku do epidurálního prostoru k náhlé ztrátě odporu a snadné aplikaci tekutiny (vzduchu) do řídkého vaziva. Další z nejvíce využívaných technik je technika visící kapky, ta využívá faktu, že v epidurálním prostoru je přibližně u 80 % pacientů negativní tlak vůči atmosférickému. Po proniknutí skrz *ligamentum intervertebrale* se zavěsí do kónusu epidurální jehly kapka fyziologického roztoku a po perforaci žlutého vazy je kapka, díky negativnímu tlaku, nasáta dovnitř jehly (Adamus, 2010).

Při aplikaci je pacient uložen na bok a zaujímá polohu do „klubíčka“ se skrčenými dolními končetinami nebo polohu „kočičího hřbetu“ v sedě. Místo vpichu se volí ve středu požadovaného rozsahu blokády kaudálním i kraniálním směrem a je výhodné ho předem označit, nejsnáze mírným tlakem nehtu, aby po desinfekci a zarouškování byla usnadněna orientace. Anesteziolog musí dodržovat příslušné normy asepse (tj. celotělový sterilní operační plášť, chirurgická čepice, ústní rouška a sterilní rukavice). Desinfekce místa vpichu se provádí peánem s tampónem namočeným v antiseptiku (celkem třikrát), vždy spirálovitým pohybem z místa vpichu do periferie. Kůže, podkoží a částečně i vazivový aparát se znecitliví díky 2-3 ml 0,125% levobupivakainu, 0,2% ropivakainu nebo 1% trimekainu. Objem lokálního anestetika k infiltraci musí být přiměřený, při větším množství by mohly nastat problémy s anatomicou orientací. Pro volný pohyb Tuohyho jehly se provádí tzv. tunelizace (perforace a dilatace anatomických struktur, kterými se povede vlastní vpich) (Pařízek, 2012).

Epidurální jehla se vede jen mírně kraniálně a úkos hrotu směřuje stejným způsobem. Jakmile hrot jehly narazí na tuhý odpor žlutého vazy, vyjme se mandrén jehly a na kónus jehly se nasadí stříkačka naplněná fyziologickým roztokem. Po proniknutí skrz *ligamentum flavum* je cítit zjevná ztráta odporu nebo dojde k vtažení kapky do kónusu epidurální jehly. Aplikuje se testovací dávka lokálního anestetika (bupivakain 10-15 mg) s příměsí adrenalinu (10-15 µg). Pacient se monitoruje a sledují

se případné známky subarachnoidální blokády. Po 3-5 minutách od testovací dávky se aplikuje vypočtená dávka lokálního anestetika nebo se zavede katétr (Adamus, 2010; Pařízek, 2012).

Zavedení epidurálního katétru umožňuje dlouhodobou analgezii (anestezii). Po punkci epidurálního prostoru se epidurální jehlou zavede katétr o velikosti 20 G. Katétr se posune asi 3-5 cm do epidurálního prostoru. Hloubku zavedení katétru lze dobře kontrolovat díky označení délky na katéttru. Po odstranění jehly se na horní konec katétru nasadí bakteriální filtr, a katétr se sterilně zakryje a bezpečně fixuje ke kůži do úrovně ramene (Larsen, 2004).

Nežádoucí účinky a komplikace: iritace míšního kmene katétrem; nechtěná subarachnoidální aplikace s následnou rozsáhlou bloádou s hypotenzí a respirační insuficiencí; toxické centrální příznaky nebo oběhové komplikace se může projevit při intravaskulární aplikaci; při aplikaci lokálního anestetika do prostoru mezi tvrdou plenou a pavoučnicí, dojde ke krátkodobému, velmi rozsáhlému bloku s nepříjemnými pocity pacienta až centrální symptomatologií (subdurální blok); perforace katétrem nebo iatrogenní punkce dury jehlou s následnými postpunkčními bolestmi hlavy; epidurální absces nebo hematoma – velmi řídké komplikace, které ale vyžadují urgentní neurochirurgické řešení; retence moči (Adamus, 2010).

1.4.2 Anestetika užívaná k epidurální anestezii

Aminoamidy jsou v současnosti nejužívanější lokální anestetika. Metabolizují se převážně v játrech a vyvolávají méně alergických reakcí než estery.

Lidokain – je celosvětově nejužívanějším krátce působícím až středně dlouho působícím lokálním anestetikem. Má antiarytmický efekt, avšak ve větších dávkách může být kardiotoxický (bradykardie) a využívá se pro všechny druhy regionální anestezie s výjimkou subarachnoidální v 1-2% koncentraci. **Trimekain** – má dvojnásobný účinek než Prokain a je registrován pro všechny druhy místní anestezie. Ke svodné anestezii se používá 1-2% roztok. Využívá se také jako antiarytmikum k profylaxi a k terapii komorových arytmií. **Bupivakain** – velmi často používaný. Má pomalejší nástup účinku, ale je silně a dlouhodobě účinný, spolehlivý a laciný. Je

vhodný pro všechny druhy regionální anestezie kromě intravenózní regionální anestezie. K epidurální anestezii se využívá 0,5% roztok. **Ropivakain** – charakterem velmi podobný Bupivakainu, ale je méně kardiotoxický a má nižší anestetickou potenci. V nižších dávkách způsobuje analgezii (senzitivní blokádu s omezenou bloádou motorickou) a ve vysokých dávkách chirurgickou anestezii. Vhodný pro epidurální blok. **Levobupivakain** – je to izolovaný levotočivý stereoizomer Bupivakainu s mírně nižší anestetickou potenci a současně nižší kardiotoxicitou než racemický Bupivakain. V klinické praxi jsou využívány shodné koncentrace s Bupivakainem. K dosažení hlubšího stupně nervové bloády u bederní epidurální anestezie je však k dispozici i 0,75% roztok. Maximální dávka musí být stanovena stejně jako u ostatních anestetik s ohledem na hmotnost a fyzický stav pacienta (Adamus, 2010; Málek a kol., 2016).

Ke zdokonalení efektu lokálních anestetik s co nejmenšími riziky nežádoucích účinků se využívají adjuvantní látky, které jsou schopny zlepšit účinnost lokálního anestetika či snížit jeho nežádoucí účinky. Jako adjuvancia se používají opioidy jako je morfin, fentanyl, sufentanil (Málek a kol., 2016).

1.5 Příprava pacienta a role sestry

Důležitý je důkladný pohovor anesteziologa s pacientem, detailní vysvětlení postupu a předností technik regionální anestezie a podepsaný souhlas pacienta s výkonem. Všechny důležité údaje anesteziolog zaznamená do předanestetického vyšetření, jehož součástí je odběr anamnézy, somatické vyšetření, předchozí anestezie, celkový stav, tolerance zátěže, psychické ladění, zhodnocení výsledků laboratorních vyšetření, stanovení plánu anesteziologické péče, premedikace (rozpis medikace, kterou by měl pacient dostat večer a ráno před výkonem). Premedikace většinou obsahuje: léky z chronické medikace pacienta, které nelze vynechat; anxiolytika, sedativa (benzodiazepiny); prevenci TEN; antibiotika; analgetika; lačnění. U zákroku z vitální indikace může regionální anestezie eliminovat riziko regurgitace žaludečního obsahu a aspirace související s úvodem do celkové anestezie (ČSARIM, 2009; Adamus, 2010).

Anesteziolog též rozhodne, jaké přístrojové vybavení bude na sále potřebovat a jaký stupeň péče bude pacient po výkonu vyžadovat. V případě vzniku komplikací sestra

připraví veškeré pomůcky pro celkovou anestezii a kardiopulmonální resuscitaci včetně pomůcek pro intubaci a umělou plicní ventilaci. Zkontroluje funkčnost přístrojů a zdroj kyslíku, připraví farmakologické prostředky. Pacientovi je zaveden periferní žilní katétr a je mu podán infuzní roztok a po celou dobu je pacientovi monitorován krevní tlak, pulz, pulzní oxymetrie a kontinuální záznam EKG. Sestra připraví sterilní stůl s lokálním anestetikem a sterilním fyziologickým roztokem, rouškami, rukavicemi, empírem, jehlami, stříkačkami, tampóny, epidurální jehlou s katétrem, dlouhou spojovací hadičkou, bakteriálním filtrem, bezodporovou stříkačkou, pinzetou a nůžkami a z nesterilních pomůcek sestra připravuje ústenky, čepice, emitní misky, dezinfekce, lepicí podložku pro bakteriální filtr a krycí materiál. Sestra během výkonu asistuje anesteziologovi, průběžně s lékařem edukují pacienta, sestra s pacientem citlivě komunikuje, popisuje, co může během zákroku pociťovat a jak dlouho bude přibližně výkon trvat. (Vymazal, Michálek, 2016; Mikšová a kol., 2006).

V případě, že je pacient po výkonu při vědomí a má stabilní vitální funkce, je předán na standardní pooperační oddělení (předává anesteziologická sestra sestře pooperačního oddělení), pokud je nezbytné nepřetržitě sledovat některé vitální funkce je pacient předán na oborovou jednotku intenzivní péče (předává anesteziolog ošetřujícímu lékaři), nebo také na resuscitační oddělení, jestliže je nutné některou vitální funkci podporovat nebo nahrazovat (předává anesteziolog ošetřujícímu lékaři). V bezprostředním pooperačním období se za nejbezpečnější způsob zotavení pacienta považuje předání pacienta z operačního sálu na zotavovací (probouzecí) pokoj, kde se pod dohledem specializovaného personálu a za pokračující monitorace zotaví z přetrvávajícího účinku anestetik, analgetik a svalových relaxancií. Ze zotavovacího pokoje je teprve pacient předán do péče standardního oborového oddělení (Málek a kol., 2009).

1.5.1 Anesteziologické ambulance

Anesteziolog se nejčastěji setká s pacientem den před operací v rámci tzv. předanestetické vizity. Další možností je návštěva anesteziologické ambulance, nebo u ambulantních výkonů, vyplnění anesteziologického dotazníku. Anesteziologické ambulance jsou zřizovány za účelem minimalizovat odložení plánované operace a optimalizovat předanestetickou přípravu. Pacient, který je indikován k operačnímu

výkonu, sem přichází s dostatečným předstihem, je edukován o režimu před operací, možnostech anestezie a nezbytných předoperačních vyšetření s přihlédnutím ke komplikujícím onemocněním, povaze výkonu a požadavkům daného pracoviště (Málek, 2016).

Zřizování anesteziologických ambulancí má mnoho výhod a toto řešení je prosazované většinou autorů od 70. let. Mezi přínosy anesteziologické ambulance patří: přesun nutných vyšetření do ambulantní sféry, snížení počtu laboratorních a konziliárních klinických vyšetření (snížené vyšetřování pacientů vede k redukci zrušení operace v den výkonu – úspora na operačním sále), snížení doby hospitalizace, psychologický aspekt (redukce anxiety pacientů), zvýšení spokojenosti pacientů, zvýšení „průtočnosti“ operačních sálů a JIP, ekonomická úspora (ČSARIM, 2018).

1.6 Katétr k léčbě pooperační bolesti

Podle řady studií jsou pokračující blokády schopny zajistit lepší analgezii než systémová analgetika. Studie dále ukázaly, že tito pacienti opouštějí nemocnici s lepším funkčním výsledkem operace (tráví méně dní rehabilitací). Záznam o pokračující epidurální analgezii by měl obsahovat běžné identifikační údaje, datum a čas zavedení, jeho pozici, délku a hloubku zavedení počítanou od kůže, čas a velikost testovacích dávek, předpis infuze s vymezením maximální a minimální rychlosti, předpis „rescue“ při nedostatečném účinku, záznamy pravidelných kontrol, eventuálně převazů, záznamy o změnách dávkování a jejich důvody, datum a čas extrakce katétru (Málek, Ševčík, 2014; Málek a kol., 2016).

Pokračující anestezie/analgezie vedená opakovanou blokádou periferních nervů či plexů představuje dnes stále preferovanější techniku. Je to jistě kvůli její vysoké efektivitě se současným nízkým rizikem závažných komplikací. Analgezii lze vést ve třech režimech a to bolusové (jednorázové) podání, které neomezuje pacienta v pohybu, používají se především dlouhodobě působící anestetika. Další z možností je kontinuální infuzní podávání, které je stabilnější, analgezie je vyrovnaná, avšak omezuje mobilitu pacienta. Používají se krátkodoběji působící lokální anestetika. Poslední z režimů vedení analgezie je PCA (pacientem řízená analgezie). Pacient si sám pomocí

speciálního dávkovače aplikuje analgetikum. Lékař nastaví základní parametry (velikost jednotlivé dávky; bezpečnostní interval – doba, po kterou přístroj nedávkuje i když ho pacient sám spouští; maximální celková dávka analgetika), které pacient nemá možnost ovlivnit. Aby byla bolest účinně potlačena ještě před nasazením dávkovače, je pacientovi před zahájením PCA aplikována nasycovací dávka analgetika. Použití a obsluha přístroje vyžaduje fyzickou schopnost tyto úkony provádět a spolupráci pacienta. Oproti jinému způsobu podávání jsou hlavními výhodami větší spokojenost pacienta a kvalitnější analgezie (Málek, Ševčík 2014; Málek a kol., 2016).

1.6.1 Péče všeobecné sestry o pacienta s epidurálním katétre

V rámci svých kompetencí všeobecná sestra – specialistka (anesteziologická sestra) sleduje výsledky analgezie, monitoruje bolest a nepříjemné subjektivní pacientovi pocity. Edukuje všeobecné sestry, ty musí dodržovat zásady pro péči o katétr a veškeré změny zaznamenávat do dokumentace. Sledují výskyt možných časných a pozdních komplikací. Mezi časné komplikace patří: pokles krevního tlaku (v důsledku vazodilatace, způsobené bloádou vláken sympatiku), motorickou bloádu (s poruchou hybnosti končetin), pruritus (vyvolaný přítomností opiátů v intratekálním prostoru), parestézie (brnění, mravenčení končetin), nevolnost a pocit na zvracení, punkci tvrdé pleny (s proniknutím do likvorového prostoru), punkce epidurální žíly, krvácení v místě vpichu katétru, alergická reakce (po intravazálním podání anestetika) a retence moči (po podání opiátů). Pozdní komplikace jsou: postpunkční bolesti hlavy (vzniklé ztrátou mozkomíšního moku punkčním otvorem v tvrdé pleně), poruchy funkce močového měchýře, epidurální hematom (vzniká poraněním cévy a následně dochází k útlaku míchy a možné paraplegii), bolesti v zádech, neurologické komplikace, meningitidu, myelitidu, absces, syndrom caudae equinae (Larsen, 2004; Kaplanová, 2006).

Z prevence vzniku infekce sestra pečlivě sleduje místo vpichu, tělesnou teplotu pacienta a jeho celkový stav. Převaz katétru provádí za přísně aseptických podmínek s použitím jednorázových pomůcek. Při odstranění původního krytí sestra zkontroluje místo vpichu, sleduje možné zarudnutí, otok, zalomení katétru a sekrety. Při proplachování epidurálního katétru se zaměřuje na bolest a příznaky meningeálního dráždění projevující se bolestí v zádech, zimnicí, horečkou a zvýšenou dráždivostí CNS.

Při známkách infekce se okamžitě zastaví aplikace léků do katétru, sestra ihned informuje lékaře a připraví si pomůcky pro extrakci katétru. V případě, že nejsou přítomny žádné známky infekce, sestra důkladně vydezinfikuje místo vpichu spirálovým pohybem ve směru od vpichu z kůže, nechá zaschnout a poté postup ještě jednou zopakuje. Dále se místo jemně, sterilně kryje a fixuje nedráždivou náplastí. Krytí se mění po 24 až 72 hodinách v závislosti na použitém materiálu. Antibakteriální filtr se vyměňuje dle doporučení výrobce, nejčastěji je to však po devadesáti šesti hodinách (Kapounová, 2007; Kaplanová, 2006).

1.7 Informovaný souhlas

Tato práce je zaměřena na obavy z epidurální anestezie, proto jsou následující kapitoly věnovány faktorům, které mají dopad na psychickou stránku nemocných. Mezi činitele, které se podílejí na rozptýlení obav pacientů, patří: správně vyhotovený informovaný souhlas pacienta s anestezií, rozhovor s lékařem, ale i komunikace s dalším ošetřujícím personálem a uspokojování potřeb.

Informovaný souhlas má informační, psychologický a právní význam. Je mimořádný, protože bez informovaného souhlasu není možné pacienta léčit. Může se realizovat ústně, konkludentně a písemně. Písemnému informovanému souhlasu by měly vždy předcházet ústně podané informace. Je důležité prezentovat ústní informace takovým způsobem, aby pacient porozuměl sdělovanému obsahu. Písemná forma je psaná odborně, protože slouží i jako forenzní doklad. Nedílnou součástí anesteziologické péče je získání pacientova souhlasu s anestezií u plánovaných diagnostických a terapeutických výkonů operační i neoperační povahy. Informovaný souhlas je důkazem o poskytnutí informací pacientovi (nebo zákonnému zástupci) o povaze, rizicích a možných komplikacích souvisejících s plánovanou zdravotní péčí nebo výkonem. Je nezbytným předpokladem poskytnutí anesteziologické péče u všech odkladných výkonů. Neodkladnost výkonu znemožňující získání informovaného souhlasu by měla být uvedena a zdůvodněna ve zdravotní dokumentaci lékařem vyžadujícím poskytnutí anesteziologické péče (Haškovcová, 2007). Pacient má právo být v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o doporučeném individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. Tyto informace jsou pacientovi

sděleny při přijetí do péče a dále vždy je-li to s ohledem na poskytované zdravotní služby nebo zdravotní stav pacienta. Vždy však může dojít ke zpochybnění informovaného souhlasu a k prohlášení za neplatný. Důvodem může být vynechání ústní formy, získání podpisu od pacienta v časové tísní, podpis pod vlivem premedikace, alkoholu či drog nebo pokud byl pacient k podpisu donucen (Jedličková, 2017; Haškovcová, 2007).

1.8 Komunikace mezi sestrou a pacientem

V současné době je posuzování kvality ošetrovatelské péče součástí řady světových, evropských nebo národních výzkumů, jejichž nedílnou součástí je zjišťování spokojenosti pacienta se vzájemnou komunikací se zdravotnickým personálem. S rozvojem společnosti se mění i přístup zdravotnických pracovníků, potažmo sester, k pacientovi. Vztah mezi sestrou a pacientem je utvářen pomocí komunikace. Vybudování důvěrného a pozitivního vztahu napomáhají atributy, jako jsou: opravdovost, trpělivost, otevřenost, srozumitelnost, jasnost, výstižnost (Tomová, Krivková, 2016).

Ve zdravotnictví je komunikace velmi důležitá jak u lékařů, tak i nelékařských zdravotnických profesí. Kvalitní informovanost pacienta do jisté míry zlepšuje a kladně ovlivňuje trvání, úspěšnost a nákladnost léčby. S rozvojem nových poznatků v medicíně, jsou na sestry kladeny stále nové požadavky týkající se jejich odborných i komunikačních dovedností. Role sestry se mění, protože zdravotnická zařízení jsou více otevřená rodinám pacientů, a tak je sestra nucena komunikovat na různých úrovních. Všichni blízcí pacientů, kteří prožívají s pacienty jejich hospitalizaci, nemoc a léčbu, jsou postiženi stresem z nemoci, stejně jako sám pacient. Očekávají od sester a lékařů podporu a dostatek informací, proto je i domluva s nimi velmi důležitá, ale zároveň náročná. Komunikace pacientovi pomáhá překonat dobu nemoci, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat apod. Předávání informací probíhá verbálně, neverbálně, formálně či neformálně. Komunikace mezi sestrou a nemocným by měla vést k rovnocennému vztahu dvou lidí, i když z profesního hlediska je autoritou. Proto by sestra měla rozhodovat o formě a obsahu sdělení pacientovi, měla by ji usměrňovat a řídit. Díky tomu, že se nemocný a sestra nacházejí v různých rolích, může

tato skutečnost vést k řadě nedorozumění.

Sestra informuje pacienty také o chodu oddělení nebo o postupu při vyšetření. Tuto část komunikace lze považovat za **specifickou komunikaci** (působí edukačně a podporuje nemocného v léčbě). Dále lze rozlišit komunikaci na **terapeutickou**, která poskytuje oporu nemocnému ve chvílích, kdy čelí přijetí závažné informace o svém zdravotním stavu nebo musí učinit závažné rozhodnutí. Úspěšná verbální komunikace by měla obsahovat: jednoduchost, stručnost, reciprocitu, zřetelnost, vhodné načasování, kognitivní přizpůsobivost, flexibilitu. Informovanost hraje důležitou roli při určování a uspokojování potřeb jednotlivce i skupiny. Afiliantní (vstřícný, otevřený, laskavý) přístup se vyznačuje vysokou úrovní empatie, přátelství, úsměvem, upřímnou akceptací názorů druhých, aktivním nasloucháním, pohledem do očí, fyzickou blízkostí apod. Pro vnímání pacienta a získání jeho důvěry je velmi důležitá shoda mezi verbální a neverbální složkou komunikace ze strany zdravotnického personálu (Tomová, Krivková, 2016; Ptáček, Bartůněk, 2011).

1.9 Potřeby nemocných

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“ (Šamánková, 2011, s. 12) Je celá řada faktorů, které znemožňují, narušují nebo mění způsob uspokojování potřeb člověka. Mezi tyto faktory patří nemoc, osobnost (individualita) člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium, okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Naplnění potřeb vede k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy. Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví, věku, kultuře, společenské úrovni, prostředí, ve kterém člověk vyrůstal, ve kterém žije, inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech (Šamánková, 2011; Trachtová, 2013).

„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá.“ Maslow (Trachtová, 2013, s. 14) Lidské potřeby jsou rozděleny v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Toto uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené

„nižší“ potřeby převládnu a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Hierarchicky postavená nejvýše, je potřeba seberealizace – vyžaduje uspokojení ostatních potřeb. Pokud je nižší potřeba uspokojena, může převládat potřeba vyšší a determinovat chování jednotlivce. Systém potřeb podle Maslowa se rozděluje: **Fyziologické potřeby** slouží k přežití, vyjadřují potřeby organismu, potřeba výživy, spánku, pohybu apod. **Potřeba jistoty a bezpečí** vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřeba ekonomického zajištění, potřeba vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. **Potřeba lásky a sounáležitosti** je potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, vystupuje v situacích osamocení a opuštění. **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty.** Potřeba sebeúcty a sebehodnocení vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. **Potřeba seberealizace** potřeba realizovat své schopnosti a záměry (Trachtová, 2013).

Maslow také zjistil, že jedinci, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější než lidé s neuspokojenými potřebami. Pocit nenaplněné potřeby může vést ve stres, distres nebo pocit frustrace. Pokud frustrace trvá delší dobu, může vyústit v deprivaci a depresi. Systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka je charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu, který je myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a je také systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného. Sestry se zabývají pacientem jako celkem, jako bytostí holistickou a bio-psycho-sociální. Pacient přichází do zdravotnického zařízení z důvodu diagnostiky nebo léčby onemocnění. Návrat ke zdraví je společným zájmem nemocného i zdravotníků. Pro uzdravení pacienta je nezbytné, aby vedle léčebných zákroků měl dostatek spánku, přiměřenou výživu, dobré podmínky pro hygienu a vyprazdňování. Proces uzdravování podpoří dobrá psychická pohoda nemocného. Kromě biologických potřeb by měl mít nemocný uspokojeny i potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty, potřeby estetické, poznávací atd. (Šamánková, 2011; Trachtová, 2013).

2 Výzkumná část

2.1 Cíle a výzkumné otázky

Cíl 1: Analyzovat obavy pacientů z epidurální anestezie.

Cíl 2: Identifikovat faktory, které kladně působí na psychiku pacientů.

Výzkumné otázky:

1. Jaká je informovanost pacientů o epidurální anestezii?
2. Jaké mají informační zdroje vliv na obavy pacientů z epidurální anestezie?
3. Jaké metody pomohly eliminovat strach z epidurální anestezie?

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část byla realizována kvantitativní metodou pomocí mnou sestaveného dotazníku (viz příloha 1). Na úvod dotazníku jsem se krátce představila a ujistila respondenty, že informace od nich získané jsou anonymní a využiji je výhradně ke zpracování bakalářské práce. Také zde byly připojeny instrukce pro jeho vyplnění. Dotazník byl složen z 22 otázek, z čehož 15 otázek bylo uzavřených, 6 polouzavřených a 1 otevřená. Otázka č. 1 je demografická, další otázka je filtrační, kdy mě zajímalo, zda pacienti vědí, co je epidurální anestezie. Pokud na tuto otázku respondent nesprávně odpověděl, byl dotazník z výzkumu vyloučen. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, z toho se některé vrátili nevyplněné, vyplněné z části, nebo nebyly vyplněny dle instrukcí, takže do průzkumu bylo využito celkem 104 dotazníků. Pro některé odpovědi je použita Likertova škála. V dotazníku byl použit pojem *sestra* nebo *zdravotní sestra*, pro lepší orientaci pro respondenty, tento pojem zahrnuje všechny nelékařské profese podílející se na ošetrovatelské péči o pacienta.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumu se zúčastnili pacienti, kteří podstoupili epidurální anestezii s následnou analgezií pomocí epidurálního katétru. Dotazník se pacientům podával po operaci, protože sem respondenty nechtěla více psychicky před výkonem zatěžovat. Šetření probíhalo na ortopedickém oddělení Nemocnice Jihlava a ortopedickém oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec.

2.4 Průběh výzkumu

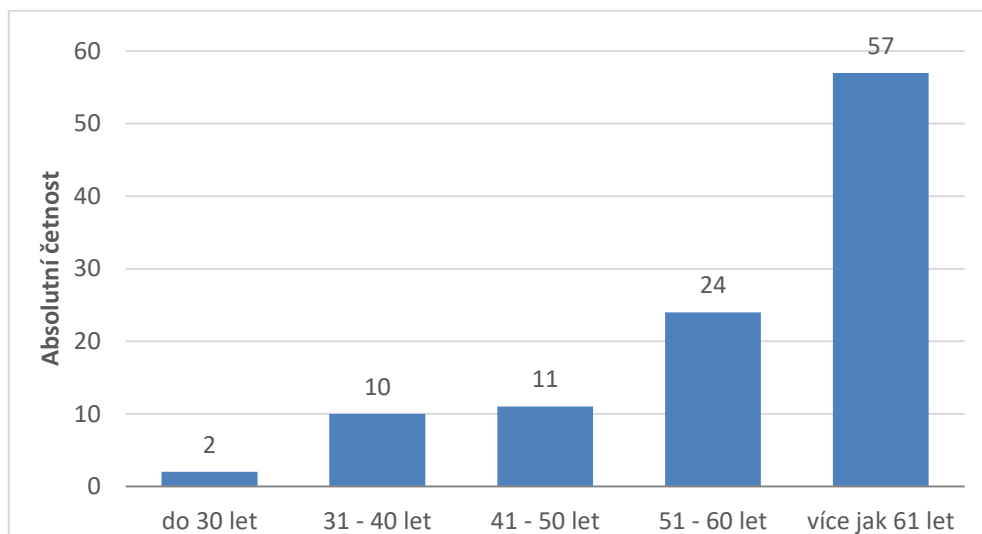
Výzkum probíhal v Nemocnici Jihlava od 8. 1. 2019 do 5. 4. 2019 a následně po domluvě se staniční sestrou mnou distribuován (viz příloha 2). Soběstační pacienti vyplnili dotazník samostatně a pacientům, kteří si vyžádali moji asistenci, jsem dopomohla, dotazník jsem jim předčítala a poté vyplnila dle jejich odpovědí. V Nemocnici Jindřichův Hradec probíhal výzkum od 4. 2. 2019 do 27. 5. 2019 a dotazníky byly rozdány ošetřujícími sestrami (viz příloha 3). Pro tento výzkum byly výsledky vyhodnocené jako celek.

2.5 Zpracování dat

Pro zpracování textu bakalářské práce byl použit program Microsoft Office Word 365 a Microsoft Office Excel 365 pro vytvoření grafů.

2.6 Výsledky výzkumu

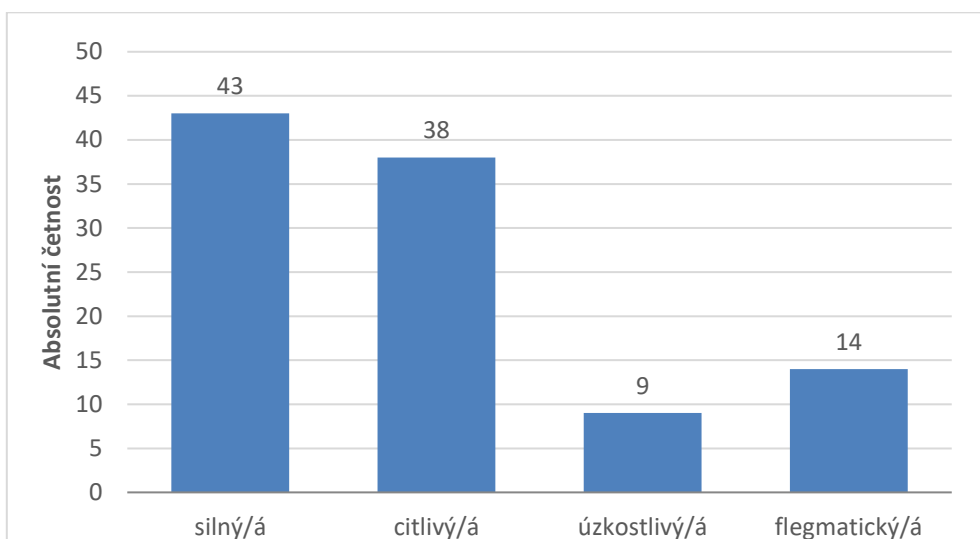
Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?



Graf 1 Věk respondentů

Z grafu č. 1 vyplývá, že se výzkumu zúčastnili pouze 2 (2 %) respondenti ve věku *do 30 let*, ve věku *31-40 let* se zúčastnilo 10 (10 %) pacientů, ve věkové kategorii *41-50 let* odpovědělo 11 (11 %) dotazovaných, dále pak 24 (23 %) respondentů ve věku *51-60 let* a nejpočetnější skupinu respondentů 57 (55 %) tvořili pacienti ve věkové kategorii *více jak 61 let*.

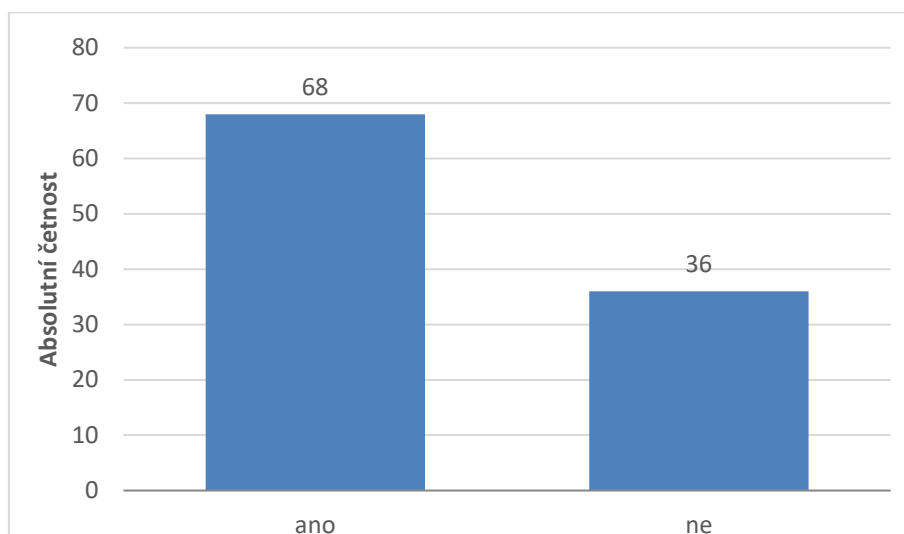
Otázka č. 2: Jak vnímáte svoji osobu?



Graf 2 Popis osobnosti respondenta

Graf č. 2 zobrazuje, že nejčastěji 43 (41 %) respondentů se popsalo jako *silný/á*. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří 38 (37 %) dotazovaných, kteří na otázku odpověděli *citlivý/á* a jako *úzkostlivý/á* odpovědělo 9 (9 %) zúčastněných. *Flegmatický/á* zaškrtnulo jako odpověď 14 (13 %) respondentů.

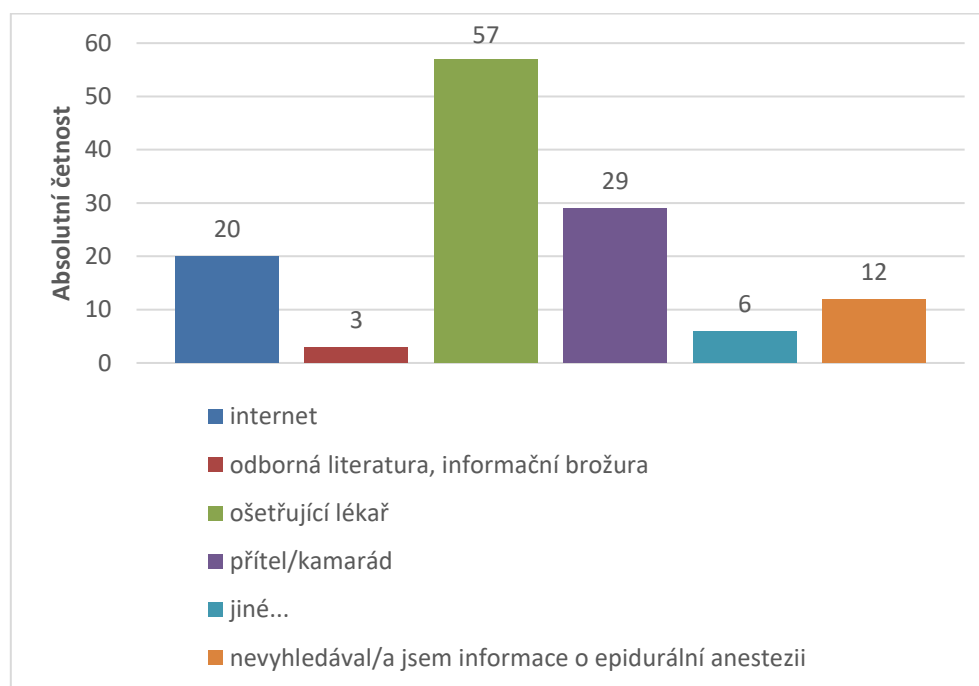
Otázka č. 3: Podstupujete epidurální anestezii poprvé?



Graf 3 Respondenti uvádí, zda podstoupili epidurální anestezii poprvé

Graf č. 3 popisuje, zda respondenti mají již předchozí zkušenost s epidurální anestezí či nikoliv. Z celkového počtu 104 dotazovaných nejčastěji 68 (65 %) odpovědělo na otázku *ano*, tudíž toto byla jejich první epidurální anestezie, a 36 (35 %) již podstoupilo epidurální anestezii v minulosti a odpověděli *ne*.

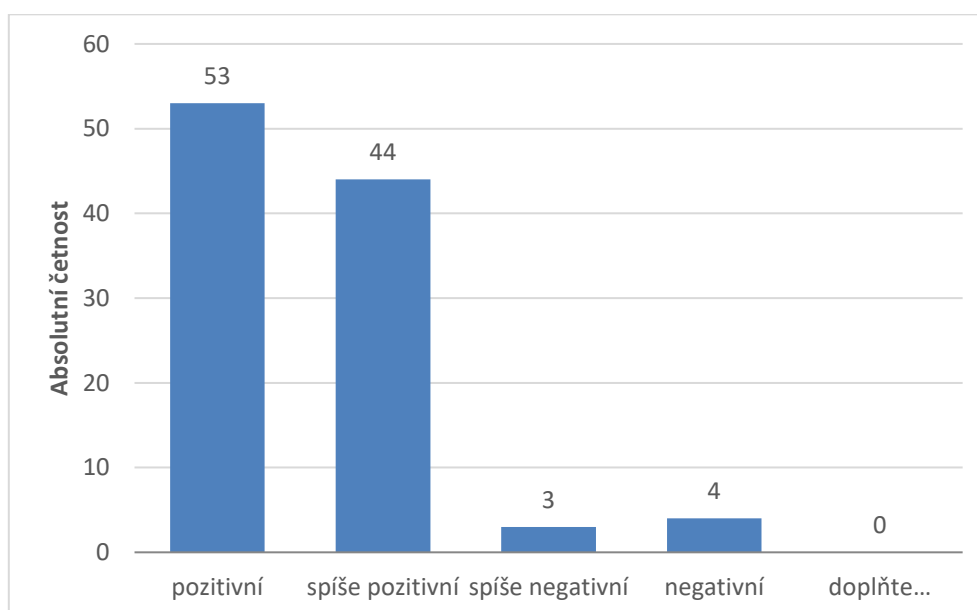
Otázka č. 4: Z jakých zdrojů jste čerpal/a informace o epidurální anestezii před nástupem do nemocnice? (lze uvést více možných odpovědí)



Graf 4 Zdroje, ze kterých respondenti čerпали informace o epidurální anestezii

Graf č. 4 zkoumá z jakých informačních zdrojů nejčastěji, pacienti před nástupem do nemocničního zařízení, čerпали informace o epidurální anestezii. Výzkumného šetření se zúčastnilo 104 respondentů a měli možnost označit více odpovědí. 20 (19 %) odpovědí bylo získáno na položku *internet*. Na položce *Odborná literatura, informační brožura* byly zaškrtnuty 3 (3 %) odpovědi. Nejvíce zodpovězen byl údaj *ošetřující lékař* s 57 (55 %) odpověďmi, dále pak *přítel/kamarád* 29 (28 %) odpovědí, 12 (12 %) odpovědí příslušelo položce *nevyhledával/a jsem informace o epidurální anestezii*. Na údaj *jiné* bylo získáno 6 (6 %) odpovědí. V tomto bodě se pacienti mohli vyjádřit a napsat, kde jinde informace čerпали. Mezi odpověďmi nejčastěji bylo, že respondenti mají povědomí o této metodě díky tomu, že sami *pracují/ pracovali ve zdravotnictví*, dále zde jeden respondent uvedl, že epidurální anestezii již *podstoupil v minulosti*, další získal informace díky *zkušenosti s epidurální anestezii od rodinného příslušníka* a jeden dotázaný zde uvedl *informovaný souhlas*.

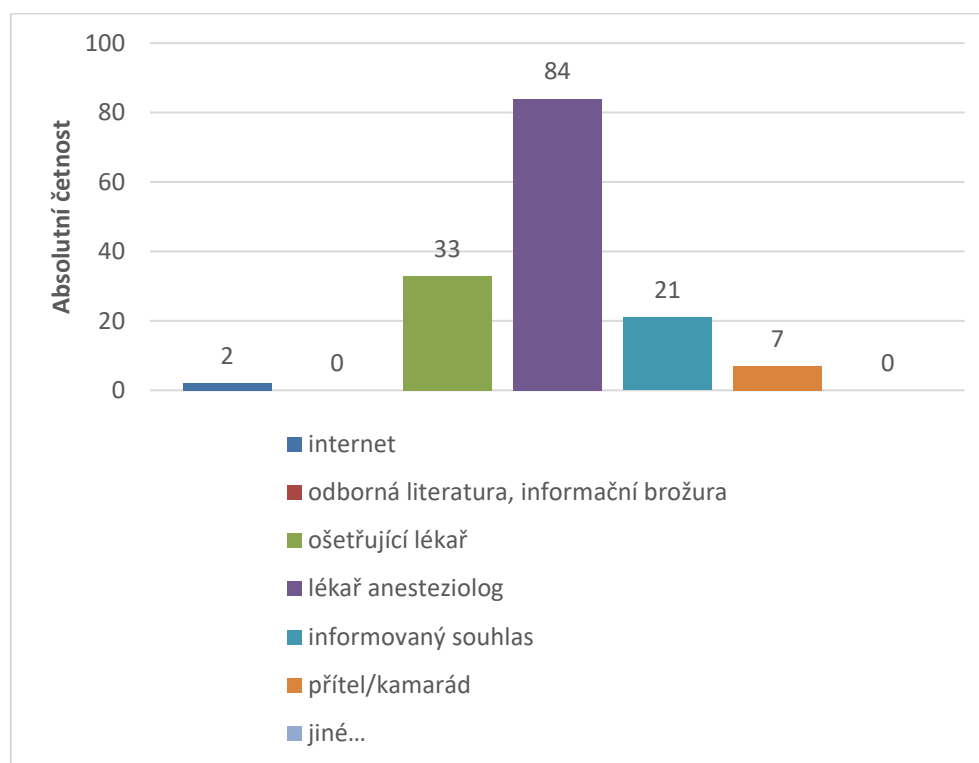
Otázka č. 5: Jaké měli Vámi získané informace vliv na Vaši psychiku?



Graf 5 Vliv informací na psychiku respondentů

Graf č. 5 znázorňuje, jaký vliv měli informace získané respondenty o epidurální anestezii na jejich psychiku. U 53 (51 %) respondentů měli informace *pozitivní* vliv, u 44 (42 %) *spíše pozitivní* vliv, 3 (3 %) uvedli jako svoji odpověď *spíše negativní*. Dále 4 (4 %) respondenti zaškrtnuli jako možnost *negativní*. Nikdo nezvolil odpověď, *doplňte* 0 (0 %).

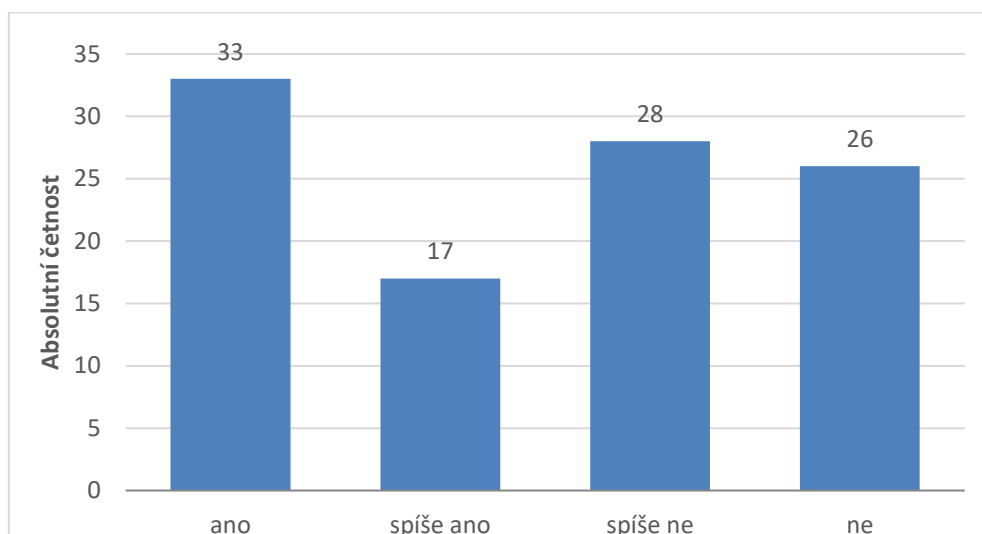
Otázka č. 6: Který zdroj Vám poskytl nejvíce srozumitelných informací? (lze uvést více možných odpovědí)



Graf 6 Nejvíce srozumitelné informační zdroje

Tento graf popisuje, které informační zdroje byli pro respondenty nejsrozumitelnější. Respondenti vybírali z více odpovědí. Z celkového počtu 104, byli 2 (2 %) odpovědi získány na položku *internet*, 33 (32 %) odpovědí bylo zaškrtnuto na údaj *ošetřující lékař*. Nejvíce označovanou položkou byl *lékař anesteziolog* 84 (81 %) odpovědí. Na údaj *Informovaný souhlas* bylo získáno 21 (20 %) odpovědí, na *přítel/kamarád* 7 (7 %) odpovědí. Nikdo 0 (0 %) nezvolil odpověď *odborná literatura, informační brožura* ani možnost *jiné*.

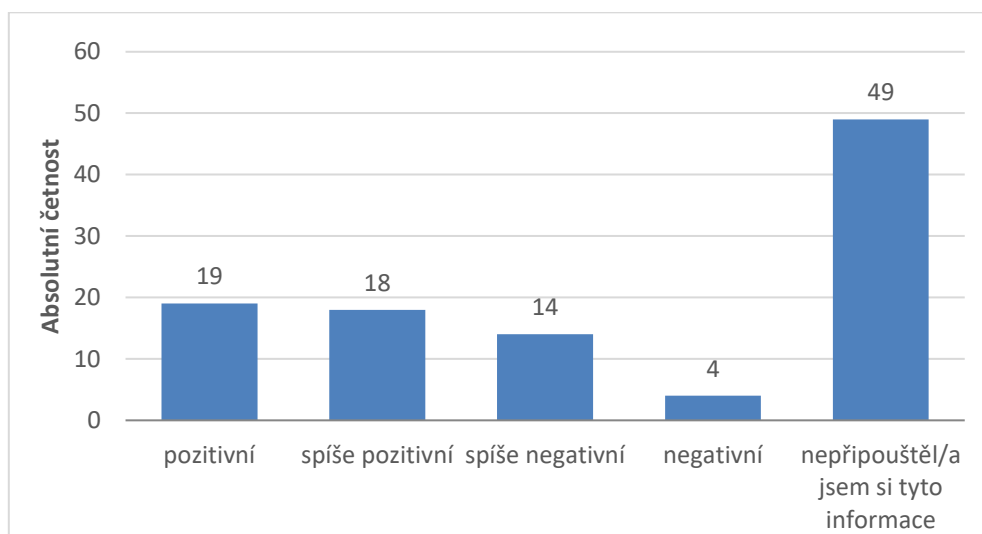
Otázka č. 7: Zajímal/a jste se o komplikace spojené s epidurální anestezií?



Graf 7 Zájem respondentů o informace týkající se komplikací

Graf 7 zobrazuje, že z celkového počtu 104 mělo 33 (32 %) respondentů zájem o informace týkající se komplikací, 17 (16 %) spíše mělo, 28 (27 %) spíše nemělo a 26 (25 %) osob nemělo zájem o tyto informace vůbec.

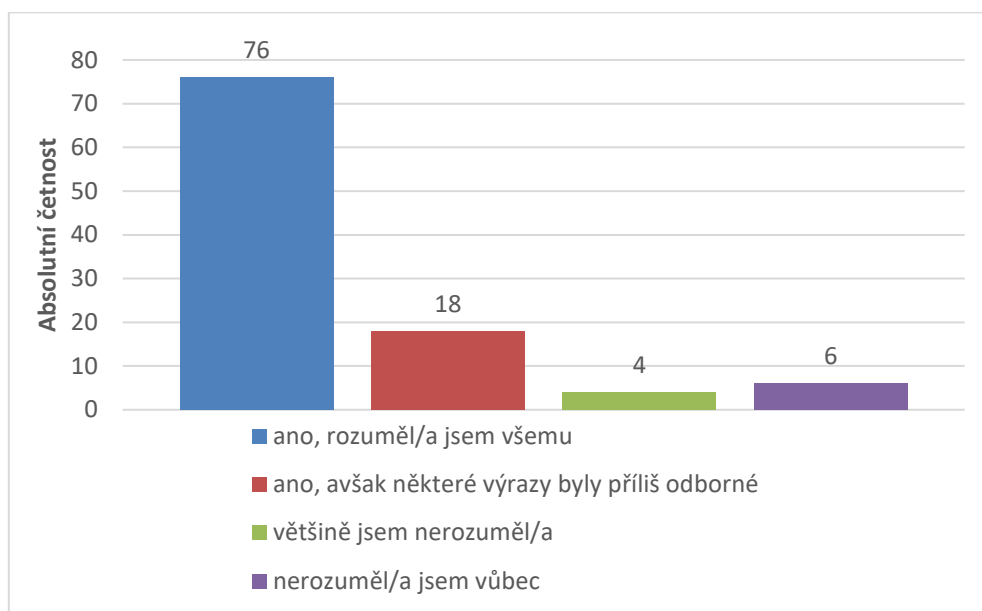
Otázka č. 8: Jaký měli informace, týkající se komplikací, vliv na Vaši psychiku?



Graf 8 Vliv informací týkající se komplikací na psychiku respondentů

Na tomto grafu můžeme vidět, že na 19 (18 %) respondentů měli informace týkající se komplikací *pozitivní* vliv, na 18 (17 %) *spíše pozitivní*, dále na 14 (13 %) *spíše negativní* a na 4 (4 %) dotazované vliv *negativní*. Méně než polovina respondentů 49 (47 %) *si tyto informace nepřipouštěla*.

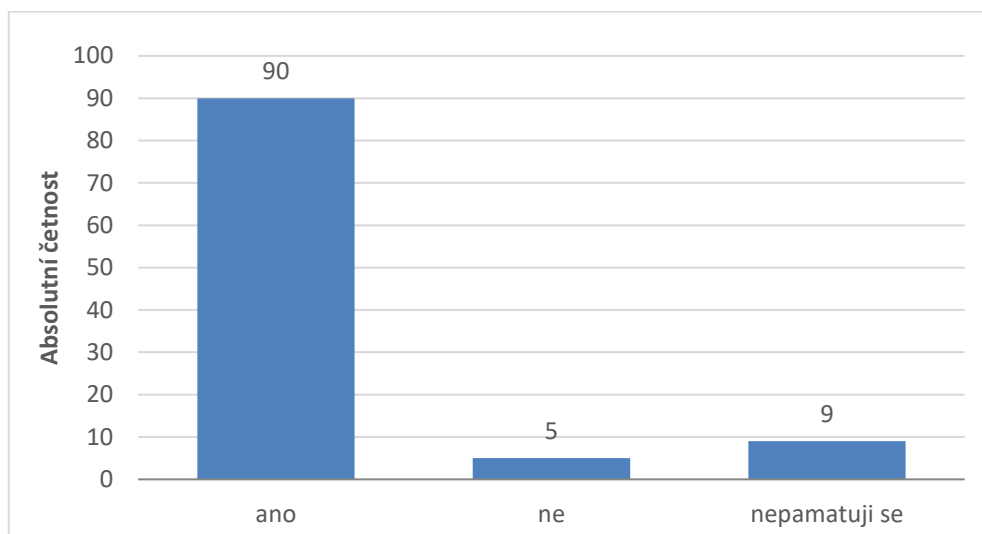
Otázka č. 9: Přišel Vám rozhovor s lékařem anesteziologem srozumitelný?



Graf 9 Srozumitelnost informací podané lékařem anesteziologem

Graf č. 9 ukazuje, že většina respondentů 76 (73 %) *rozuměla všemu*, co jim lékař anesteziolog řekl. 18 (17 %) respondentů lékaři *rozuměli, s výjimkou některých odborných výrazů*. 4 (4 %) dotazovaní *většině nerozuměli* a 6 (6 %) jich přiznalo, že *nerozuměli vůbec*.

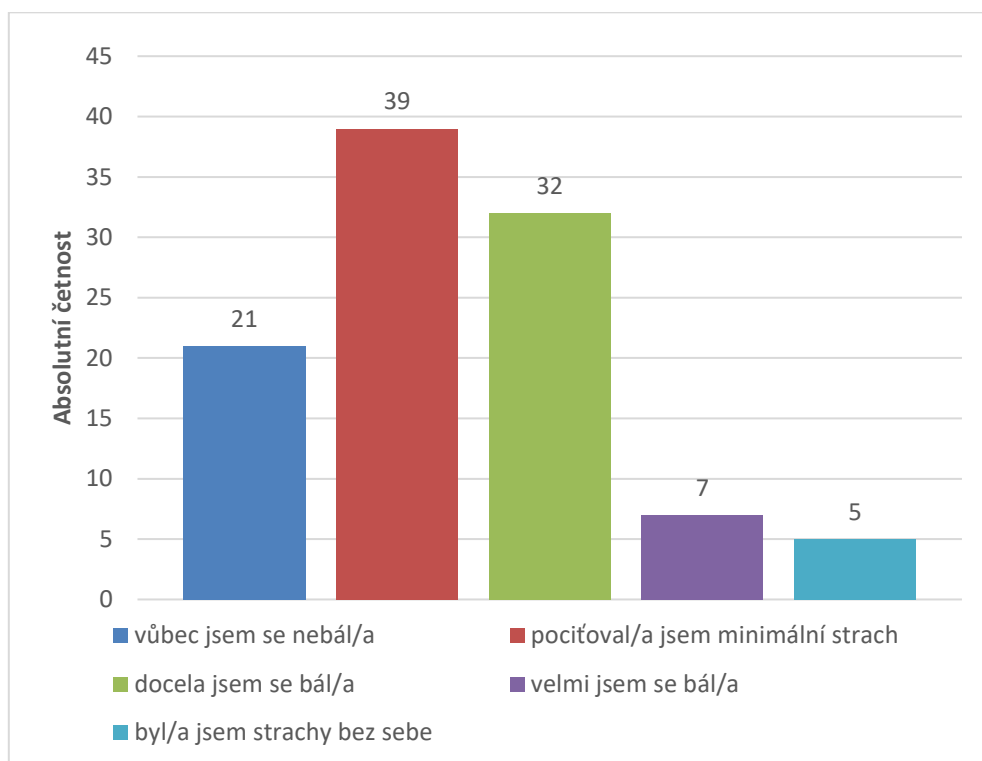
Otázka č. 10: Měl/a jste možnost se v průběhu rozhovoru s anesteziologem zeptat na doplňující otázky?



Graf 10 Možnost zeptat se anesteziologa na doplňující otázky

Z tohoto grafu je patrné, že většina respondentů 90 (87 %) *měla možnost* se zeptat na doplňující otázky, 5 (5 %) odpovědělo, že tuto možnost *nemělo* a 9 (9 %) *se nepamatuji*.

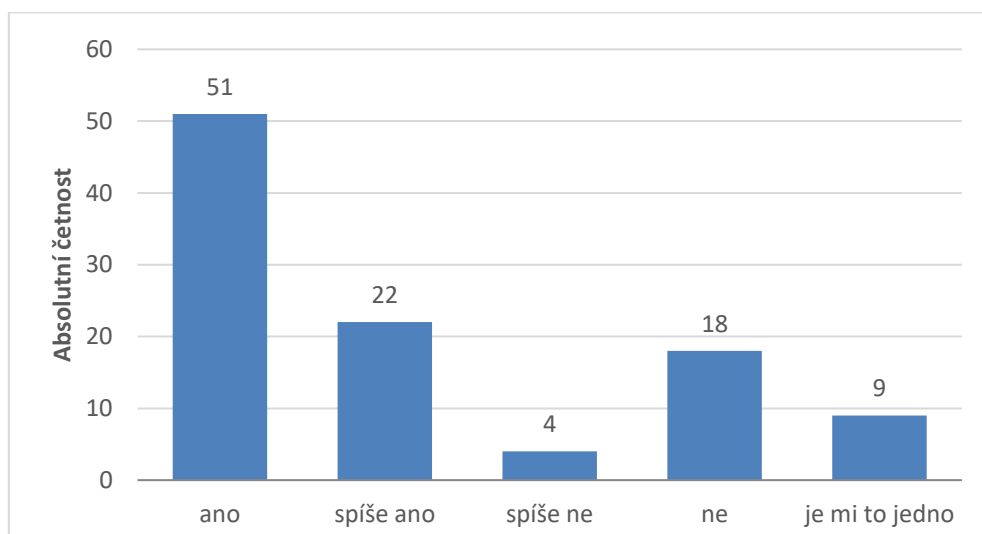
Otázka č. 11: Měl/a jste strach z epidurální anestezie?



Graf 11 Strach z epidurální anestezie

Tento graf mapuje, že 21 (20 %) respondentů se vůbec *neobávalo* epidurální anestezie, 39 (38 %) pociťovalo *minimální strach*, 32 (31 %) osob se *docela bálo*, *velmi se bálo* 7 (7 %) respondentů a 5 (5 %) bylo *strachy bez sebe*.

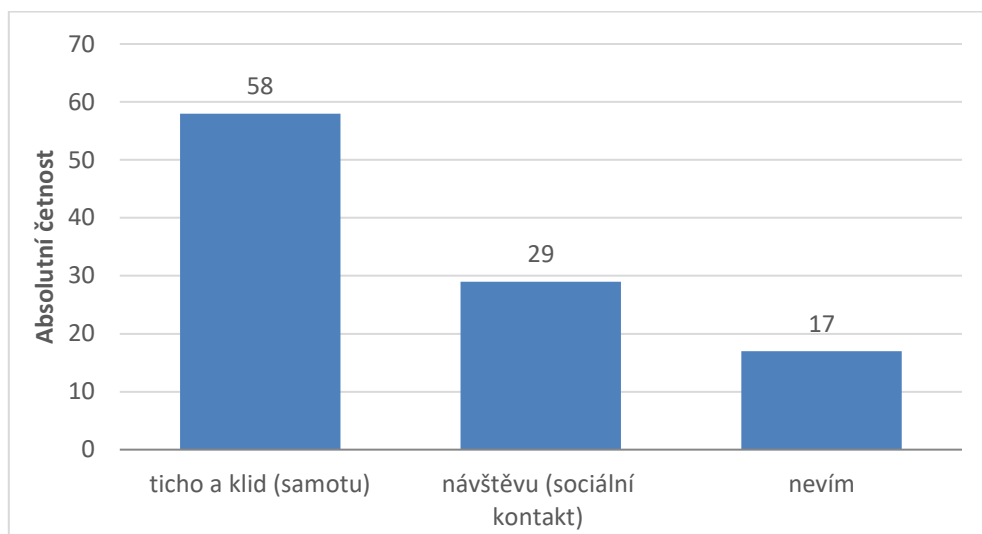
Otázka č. 12: Záleželo Vám na tom, abyste znal/a přibližný čas operace?



Graf 12 Důležitost času operace

Na tomto grafu můžeme vidět, že pro většinu dotázaných 51 (49 %) bylo důležité, aby znaly přibližný čas operace. Odpověď *spíše ano* zvolila 22 (21 %) tázaných, *spíše ne* zvolili pouze 4 (4 %) osoby. Znalost přibližného času operace nezáleželo 18 (17 %) respondentům a 9 (9 %) *to bylo jedno*.

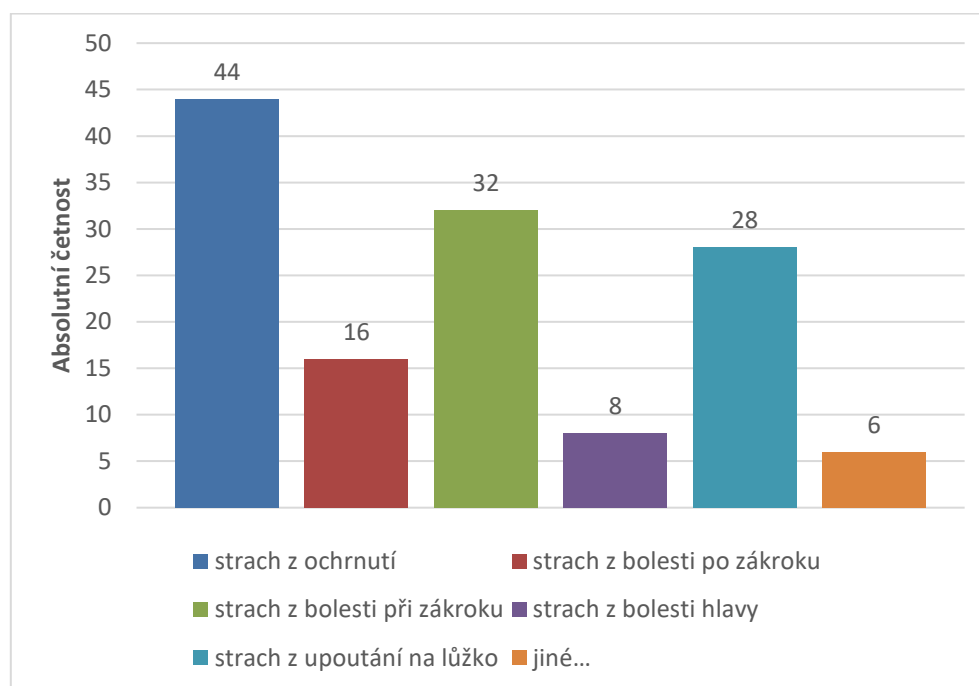
Otázka č. 13: Po operaci byste uvítal/a pro Vaši psychickou pohodu: ticho a klid (samotu) nebo návštěvu (sociální kontakt)?



Graf 13 Preference respondentů samoty, nebo sociálního kontaktu po operaci

Graf č. 13 informuje, že více než polovina respondentů 58 (56 %) pro jejich psychickou pohodu upřednostňuje *ticho a klid (samotu)*, dále 29 (28 %) respondentů dává přednost *návštěvě (sociálnímu kontaktu)* a 17 (16 %) *nevědělo*.

Otázka č. 14: Jaké jsou Vaše největší obavy z epidurální anestezie? (lze uvést více možných odpovědí)



Graf 14 Největší obavy respondentů z epidurální anestezie

Tento graf popisuje, čeho se respondenti nejvíce obávali v souvislosti s epidurální anestézií. Měli možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu zúčastněných 104, Byla nejvíce označovanou položkou 44 (42 %) *strach z ochrnutí*, dále 16 (15 %) responzí patřilo údaj *strach z bolesti po zákroku*. Na položce *strach z bolesti při zákroku* bylo zaškrtnuto 32 (31 %) odpovědí, 8 (8 %) responzí na údaj *strach z bolesti hlavy*, a 28 (27 %) odpovědí bylo zvoleno na položce *strach z upoutání na lůžko*. 6 (6 %) pacientů, kteří odpověděli *jiné* dále dodali:

Strach z toho, že nevím, kde jsem a co semnou dělají.

Strach z bolesti zad.

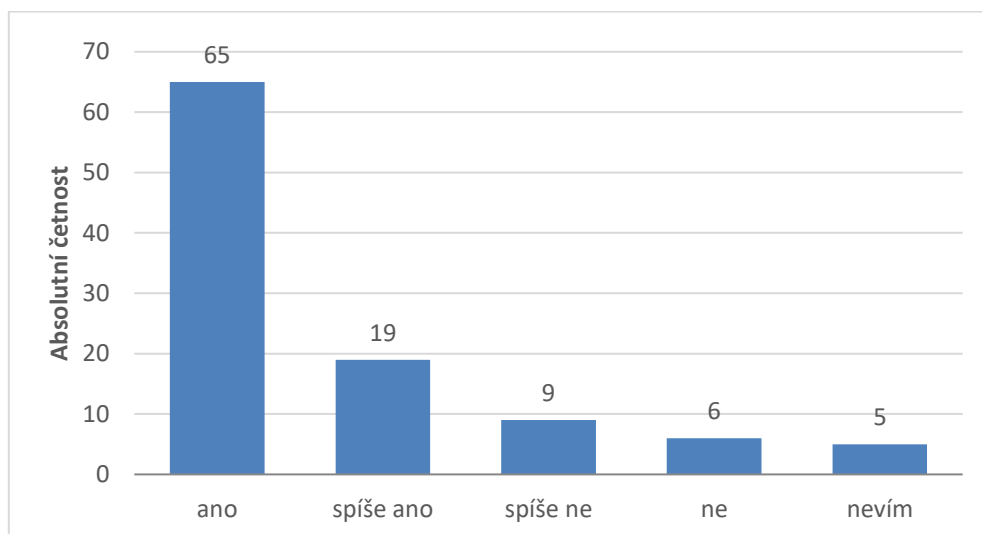
Strach z toho, že se neprobudím.

Bojím se, abych neslyšela zvuky z operace.

Strach, aby mě uspali.

Věřím lékařům.

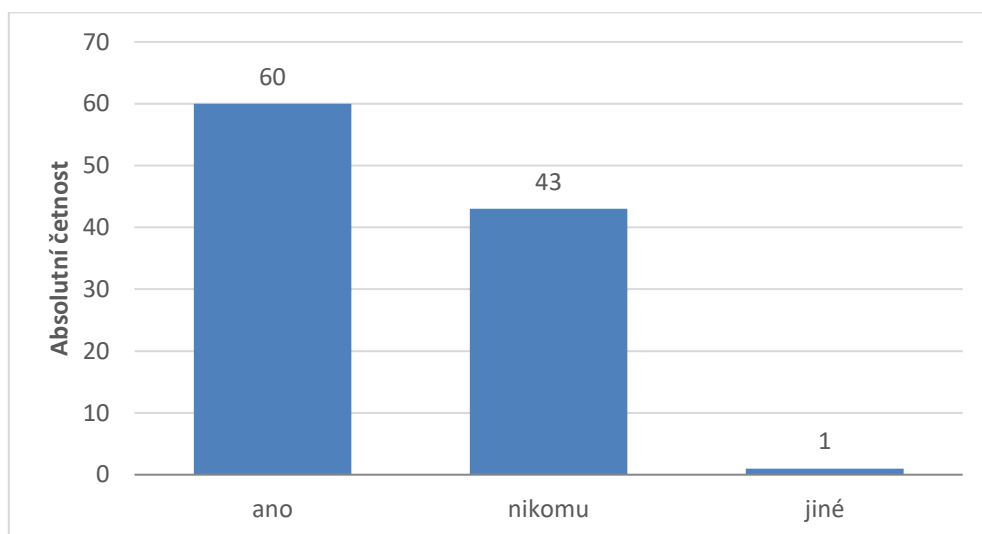
Otázka č. 15: Máte pocit, že se můžete svěřit se svými obavami ohledně epidurální anestezie zdravotnickému personálu?



Graf 15 Důvěra ve zdravotnický personál

Z grafu č. 15 je patrné, že většina 65 (63 %) respondentů má pocit, že se svými obavami mohou svěřit zdravotnickému personálu a 19 (18 %) respondentů odpovědělo *spíše ano*. 9 (9 %) dotázaných *spíše* nemají pocit, že se mohou zdravotnickému personálu svěřit a 6 (6 %) zvolilo odpověď *ne*. 5 (5 %) pacientů zvolilo odpověď *nevím*.

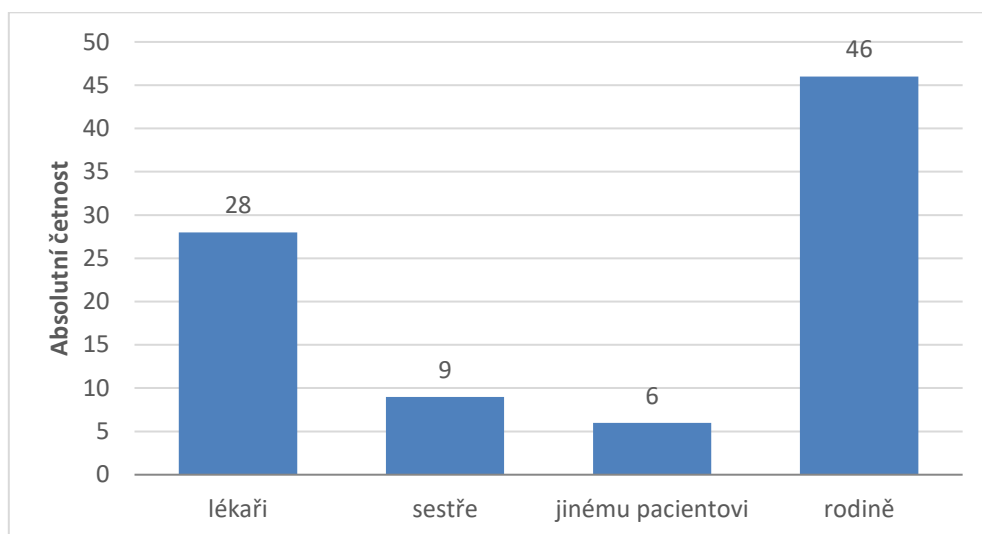
Otázka č. 16: Svěřil/a jste se někomu se svými obavami z epidurální anestezie?



Graf 16 Pacienti svěřují své obavy 1

Z tohoto grafu je patrné, že více než polovina 60 (58 %) zúčastněných se svěřila se strachem z epidurální anestezie a 43 (41 %) pacientů se nesvěřilo *nikomu*, jeden respondent (1 %) zvolil za odpověď *jiné* a dopsal, že obavu neměl, a tak se nikomu svěřovat nemusel.

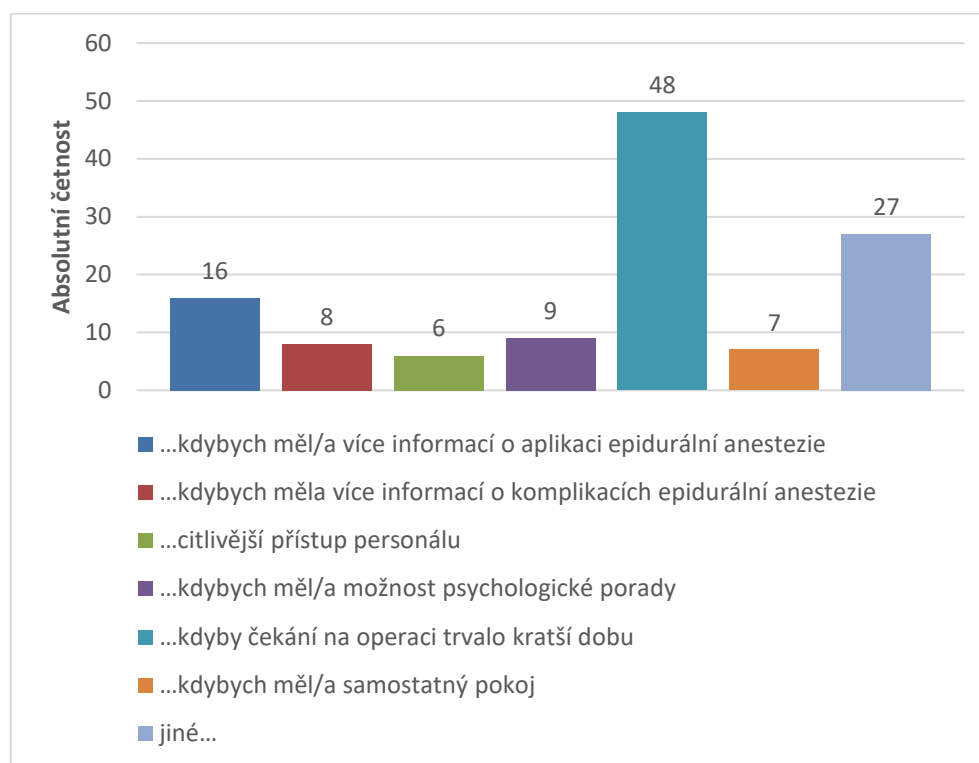
Otázka č. 16: Svěřil/a jste se někomu se svými obavami z epidurální anestezie?



Graf 17 Pacienti svěřují své obavy 2

Tento graf navazuje na data znázorněná na předchozím grafu, tyto možnosti označili respondenti, kteří u předchozí otázky odpověděli *ano*. Celkem na předchozí otázku odpovědělo kladně 60 (58 %) dotazujících a mohli vybrat více možností zároveň. 28 (27 %) osob se svěřilo se svými obavami *lékaři*, 9 (9 %) se svěřilo *zdravotní sestře* a 6 (6 %) *jinému pacientovi*. Nejpočetnější skupinu 46 (44 %) tvořili lidé, kteří se svěřili *své rodině*.

Otázka č. 17: Můj strach z epidurální anestezie by zmírnilo, ... (lze uvést více možných odpovědí)



Graf 18 Zmírnění strachu z epidurální anestezie

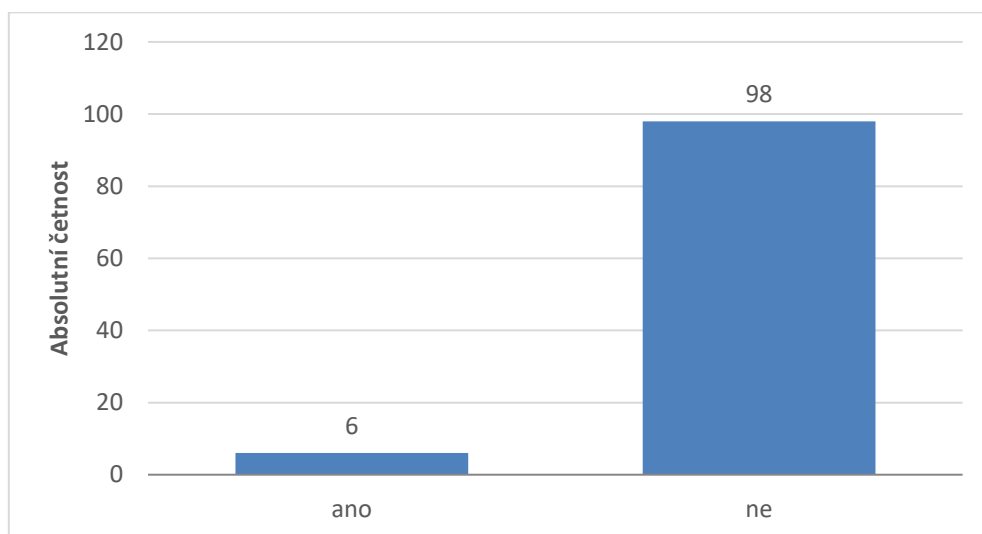
Na tomto grafu respondenti označovali tvrzení, které zkoumá, jaké faktory by pomohli pacientům od strachu z epidurální anestezie. Dotazovaní směli uvést více možností. Průzkumu se zúčastnilo celkem 104 osob. Na položce, *kdybych měl/a více informací o aplikaci epidurální anestezie* bylo zaškrtnuto 16 (15 %) odpovědí. Na údaj, *kdybych měl/a více informací o komplikacích epidurální anestezie* bylo označeno 8 (8 %) odpovědí. Dále na položce *citlivější přístup zdravotnického personálu* bylo 6 (6 %) odpovědí. Nejvíce označovanou možností bylo se 48 (46 %) odpověďmi údaj, *kdyby čekání na operaci trvalo kratší dobu*. 7 (7 %) odpovědí bylo na položce, *kdybych měl/a samostatný pokoj* a 27 (26 %) odpovědí bylo zaznačeno na možnosti *jiné*, kde nejčastější odpověď byla:

Nevím.

Nic.

Další zkušenost s operací, kterou nechci.

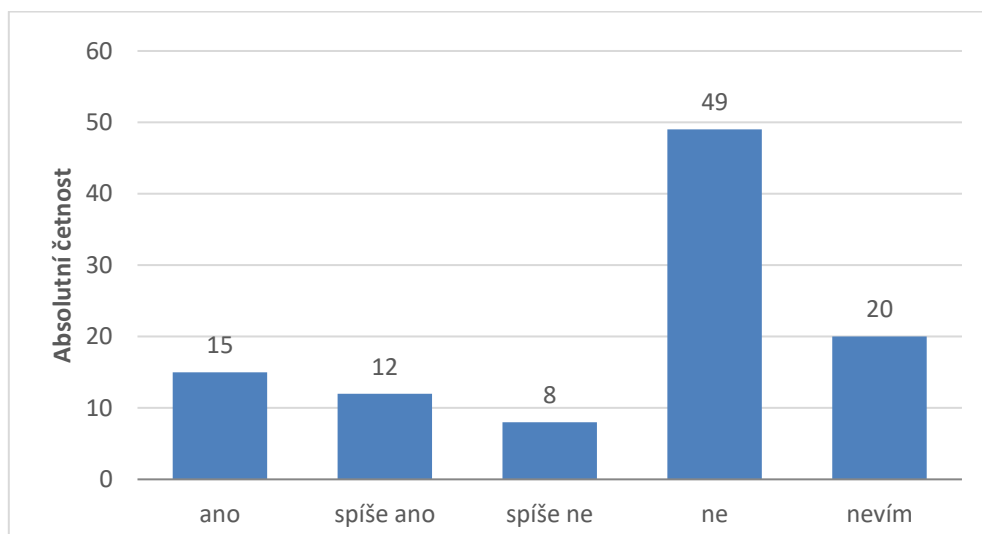
Otázka č. 18: Navštěvujete s pocitem strachu z epidurální anestezie psychologa?



Graf 19 Návštěvnost psychologa respondenty

Z tohoto grafu je jasné, že naprostá většina respondentů 98 (94 %) nenavštěvuje psychologa kvůli obavám z epidurální anestezie. Ano odpovědělo pouze 6 (6 %) osob.

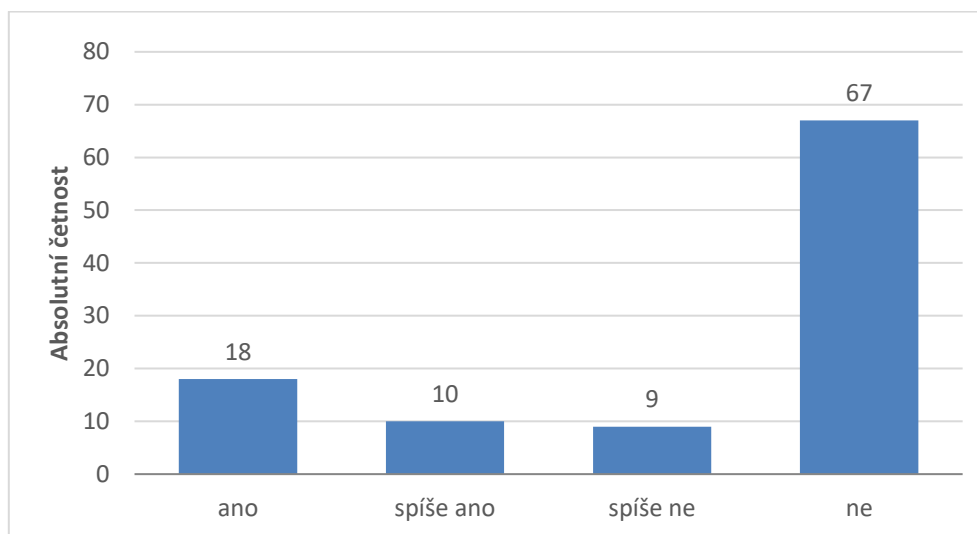
Otázka č. 19: Uvítal/a byste možnost promluvit si s psychologem ohledně strachu z epidurální anestezie?



Graf 20 Zájem o rozhovor s psychologem

O možnosti promluvit si s psychologem ohledně obav z epidurální anestezie projevilo zájem 15 (14 %) respondentů, 12 (12 %) dotázaných by tuto možnost spíše uvítali, 8 (8 %) odpovědělo *spíše ne*. Méně než polovina tázaných 49 (47 %) nemá zájem konzultovat své obavy s psychologem a 20 (19 %) respondentů zvolilo možnost *nevím*.

Otázka č. 20: Uvítal/a byste informační brožuru, která by jednoduše shrnula informace o možnostech anestezie?



Graf 21 Zájem respondentů o informační brožuru

Na tomto grafu můžeme vidět, že 18 (17 %) respondentů by uvítalo informační brožuru, 10 (10 %) respondentů odpovědělo *spíše ano*, 9 (9 %) pacientů zvolilo jako odpověď *spíše ne* a většina 67 (64 %) neprojevila zájem o informační brožuru, která by jednoduše shrnula informace o možnostech anestezie.

Otázka č. 21: Napadá Vás ještě něco, co byste chtěl/a doplnit?

Zde se mohli respondenti volně vyjádřit k celému dotazníku a anestezii. Tuto možnost využilo pouze 5 (5 %) dotazovaných a uvedli:

At' to doktor dobře vysvětlí a pak Vám lidi po probuzení nebudou malátnit a brečet.

Tato anestezie mi přišla pohodlnější než anestezie celková.

Moc se mi líbilo na JIP.

Byla jsem překvapená, jak na JIP byli perfektní.

Uvítala bych, kdyby za mnou okamžitě po operaci někdo přišel a řekl, že vše dobře dopadlo. Od každého zdravotníka nebo lékaře jsem dostala rozdílné informace, jak se chovat po operaci, a tak jsem byla zmatená. S psychologem bych rozhovor uvítala. Chtěla bych, aby mě ujistil, že se nemusím bát, že jsem v rukou profesionálů.

2.7 Diskuze

Úvod výzkumného šetření je vytvořen otázkami, které mají blíže charakterizovat respondenty. Výzkum je vytvořen na základě 104 dotazníků. První otázka zjišťovala věk respondentů. Největší skupinu dotázaných 57 (55 %) tvořili pacienti ve věku více jak 61 let. Ve věkové kategorii 51-60 let se průzkumu zúčastnilo 24 (23 %), mezi 41-50 lety odpovědělo 11 (11 %) dotazovaných. 10 (10 %) respondentů uvedlo, že jejich věk je v rozmezí 31-40 let a pouze 2 pacienti uvedli, že spadají do kategorie do 30 let.

Druhá otázka zkoumala, jak respondenti vnímají svoji osobu. Z druhého grafu můžeme vidět, že nejvíce dotazovaných 43 (41 %) se cítí jako silná osobnost. 38 (37 %) respondentů se popsalo jako *citlivý/á*. *Flegmatický/á* zvolilo jako možnost 14 (13 %) respondentů a 9 se cítí jako *úzkostlivý/á*. Další otázka zjišťovala, zda mají pacienti již předchozí zkušenost s epidurální anestézií, nebo ji absolvovali poprvé. Z dotazníků vyplynulo, že 68 (65 %) respondentů postoupilo epidurální anestezii poprvé a 36 (35 %) dotazovaných mělo již předchozí zkušenost s epidurální anestézií. Zkoumaný vzorek tedy tvořili nejčastěji pacienti ve věku více jak 61 let, kteří se psychicky cítí silní a epidurální anestezii podstoupili poprvé.

První výzkumná otázka: Mají pacienti dostatek srozumitelných informací?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 6, 9, 10, 20.

Otázka č. 6 zkoumá, které informační zdroje přinesly pacientům nejsrozumitelnější informace. Respondenti mohli označit více odpovědí. Díky grafu č. 6 můžeme vidět, že respondenti, dle předpokladů, nejčastěji 84 (81 %) označili za zdroj nejsrozumitelnějších informací *lékaře anesteziologa*. Podobného výsledku dosáhla Zezulková (2013). Z jejího výzkumu, provedeného ve Fakultní Nemocnici u Svaté Anny v Brně vyplývá, že 36 (75 %) respondentů získalo nejvíce informací od *anesteziologického lékaře* a pro 38 (79 %) tázaných byly tyto informace srozumitelné. 33 (32 %) odpovědí bylo získáno na položce *ošetřující lékař* a 21 (20 %) odpovědí bylo označeno na údaj *informovaný souhlas*. Pouze 2 odpovědi příslušeli možnosti *internet*. Nikdo nezvolil odpověď *odborná literatura*, *informační brožura* ani možnost *jiné*.

Otázkou č. 9 jsem ověřovala, zda je rozhovor s anesteziologem pro pacienty srozumitelný. Většina respondentů 76 (73 %) odpověděla *ano, rozuměl/a jsem všemu*. 18 (17 %) respondentů lékaři rozuměli, s výjimkou některých odborných výrazů. Bohužel 4 (4 %) pacienti většině nerozuměli a 6 (6 %) jich označilo odpověď *nerozuměl/a jsem vůbec*. V otázce č. 10 jsem nadále zjišťovala, zda se respondenti mohli zeptat na doplňující otázky. Nejpočetnější skupina 90 (87 %) pacientů odpověděla *ano*. 5 (5 %) osob odpovědělo, že tuto možnost nemělo a 9 (9 %) *se nepamatují*. Je potěšující, že majoritní skupina respondentů 94 (90 %) rozuměla edukaci ze strany anesteziologa bez větších obtíží. Ne vždycky se při podávání informací lze vyhnout odborné terminologii, protože se anesteziolog snaží s pacientem komunikovat na partnerské rovině. Doufám, že se respondenti na případné nejasnosti zeptali, když většina označila, že tu možnost měla. V tomto bodě si dovoluji srovnat své výsledky s Bárnětovou (2013), která ve své práci uvádí, že podaným informacím rozumělo nebo spíše rozumělo 81 (93 %) dotazovaných a možnost vznést dotaz mělo nebo spíše mělo 79 (91 %) respondentů. Můj výzkum dále poukázal, že 10 (10 %) pacientů nerozuměla většině nebo veškerým informacím a 14 (13 %) respondentů neměla možnost zeptat se na to, čemu nerozumí nebo zda tuto možnost měli, *si nevzpomínalo*. Příčinou těchto výsledků by mohla být skutečnost, že byl pacient přijat k akutnímu výkonu. Časová tíseň a nahromaděný stres mohly způsobit, že informacím neporozuměli a zpětně si nevybavili, že jim dotaz, zda všemu ohledně anestezie rozumí, byl položen. Tato možnost ale nebyla předmětem mého výzkumu. Ptáček, Bartůněk (2011) uvádí, že do 2 hodin po opuštění ordinace pacient zapomene až 40 % informací. Dalším faktorem by mohl být vysoký věk respondentů, protože můj výzkumný vzorek je majoritně tvořen osobami starších 61 let.

Otázka č. 20 zjišťovala, zda by respondenti uvítali informační brožuru, která by jednoduše a laicky shrnula informace o anestezii. Zájem projevilo 28 (27 %) pacientů, kteří odpovídali *ano, spíše ano*. Většina 76 (73 %) zvolila možnost *spíše ne, ne* a o informační brožuru by nestála. Dle mého výzkumu vyplynulo, že naprostá většina respondentů je dostatečně a srozumitelně edukována, a proto zřejmě nemají zájem o další informace v podobě brožury. V obou nemocnicích, kde se výzkum realizoval, dostávají pacienti, při plánovaném výkonu informovaný souhlas s anestezií domů. To

považují za skvělý krok, protože si pacienti mohou doma vše v klidu přečíst a v případě nejasností si mohou připravit otázky pro anesteziologa. Jelikož je informovaný souhlas brán jako forenzní doklad, je psán odbornou formou. Je možné, že některým výrazům a odborné terminologii respondenti nerozumí a možná by ocenili, kdyby si mohli domů odnést spolu s informovaným souhlasem i leták, který tuto metodu popsal jednoduše a laicky.

Druhá výzkumná otázka: Jaké mají informační zdroje vliv na obavy pacientů z epidurální anestezie?

Tato výzkumná otázka je zahrnuta v otázce č. 4, 5, 7, 8, 11, 14.

Otázka č. 4 byla zaměřena na zdroje, ze kterých pacienti před nástupem do nemocničního zařízení čerpali informace o epidurální anestezii. Výzkumu se zúčastnilo 104 respondentů a mohli zaškrtnout více odpovědí. Překvapivé pro mne bylo, že pouze 20 (19 %) odpovědí bylo získáno na údaj *internet*. Na položce *odborná literatura, informační brožura* byli získané 3 (3 %) odpovědi. Nejvíce odpovědí bylo označeno na údaj *ošetřující lékař* 57 (55 %), dále pak *přítel/ kamarád* 29 (28 %) odpovědí, 12 (12 %) odpovědí patřilo položce *nevyhledával/a jsem informace o epidurální anestezii*. 6 zúčastněných, kteří zvolili odpověď *jiné* dále doplnili, že informace mají díky tomu, že pracují nebo pracovali ve zdravotnictví. Jiný pacient napsal, že tyto znalosti má, protože epidurální anestezii podstoupil v minulosti a jeden respondent uvedl, že vědomosti získal od rodinného příslušníka, který tuto anestezii podstoupil. Pro porovnání využiji práci Nováčkové (2013). Ta ve svém výzkumu použila podobné množství respondentů 106, kteří měli též možnost označit více responzí. Zjišťovala, kdo ještě kromě anesteziologa poskytl pacientům informace o anestezii před operací a z jejího šetření vyšlo, že nejčastěji zvolenou možností 58 (55 %) byla položka *ortoped*, druhou nejčastější možností 32 (30 %) byla odpověď *jen anesteziolog*, dále *rodina, známí, přátelé* 21 (20 %) odpovědí, *všeobecná sestra* 20 (19 %) odpovědí. Údaj *odborná či zábavná literatura* byla zvolena pouze jednou (1 %). Velmi kladně hodnotím, že většina respondentů čerpala informace z kvalitních zdrojů (ošetřující lékař, odborná literatura, informační brožura). Informace získané od přítele nebo člena rodiny mohou být velmi užitečné, pacient tomuto zdroji důvěřuje a díky tomu způsobí rozptýlení jeho obav, ale pouze v tom případě, že měl tento zdroj

s metodou pozitivní zážitek. Naopak, pokud rodinný příslušník nebo přítel neměl příznivou zkušenost s epidurální anestezií, mohl zapříčinit odmítavý postoj respondenta k tomuto výkonu. Očekávala jsem, že položka *internet* nasbírá více odpovědí. Nižší počet responzí je pravděpodobně zaviněn tím, že je majoritní skupina dotazovaných, kteří se na šetření podíleli, starší 61 let. Totéž dokazuje Nováčková (2013), u které se výzkumu podrobili pouze respondenti starší 60 let a na možnosti *internet* nasbírala pouze 3 (3 %) odpovědi. Otázka číslo 5 navazuje na předchozí otázku a mapuje, jaký měli informace dopad na psychiku respondentů. Nikdo nevyužil možnost, se vyjádřit v odpovědi *doplňte*. Vzhledem k tomu, že větší skupina dotázaných čerpala poznatky o epidurální anestezii před nástupem do nemocnice ze spolehlivých zdrojů, není zarážející, že většina respondentů 97 (93 %) označila vliv informačních zdrojů na jejich psychiku, za *pozitivní, spíše pozitivní*. Ostatní pacienti 7 (7 %) zvolili možnost *spíše negativní, negativní*, nejspíše kvůli tomu, že svoji osobnost popsali jako *citlivý/á* nebo *úzkostlivý/á*. Další příčinou mohlo být, že se pacienti na internetu nebo od přítele/kamaráda dozvěděli zavádějící informace, které je vyděsili. Židková (2010, s. 33-34), která v odborném časopise Sestra publikovala článek o kyberchondrii (hypochondrie „na síti“) popisuje, proč je hledání informací ohledně lékařských zákroků na internetu problém: „*Nebývalý nárůst informací o zdraví na internetu může u lidí paradoxně zvyšovat úzkostné pocity.*“ Podle Lee, Chui, a kol. (2003) informace získané touto moderní metodou mohou být nepravdivé, relevantní nebo zavádějící. Pacient si informace, nejčastěji určené pro odborníky může nesprávně vyložit a vyvolat tak neopodstatněné obavy z anestezie.

V otázce č. 7 se respondenti vyjadřovali, zda se zajímají o komplikace spojené s epidurální anestezií. Z výzkumného šetření je jasné, že 50 (48 %) respondentů mělo nebo spíše mělo zájem o informace týkající se komplikací. Překvapující je, že 54 (52 %) osob spíše nemělo a nemělo vůbec zájem o tyto informace. Jiného výsledku dosáhla Vizinová (2016), která se zabývala tím, zda si respondenti přejí být plně informováni o všech rizicích a komplikacích spojených s anestezií a na tuto otázku ji 51 (74 %) pacientů odpovědělo *ano, chci být plně informován/a*, 10 (14 %) respondentů uvedlo, že pro ně tyto informace *nemají žádný význam* a pouze 1 (1 %) pacient si nepřál být informován. Zbylí respondenti uvedli, že nebyli v této oblasti vůbec informováni.

Otázka č. 8 navazuje na předchozí otázku a zabývá se dopadem poznatků o komplikacích anestezie na pacientovu psychickou stránku. 37 (36 %) respondentů označilo jako odpověď *pozitivní, spíše pozitivní*, dále 18 (17 %) pacientů uvedlo, že na ně mají tyto data *spíše negativní, negativní* vliv a méně než polovina dotazovaných 49 (47 %) si tyto informace *nepřipouštěla*. Mohli bychom diskutovat, proč ve většině případů tyto informace pacienti nechtějí, nepřipouštějí a mají na ně negativní dopad. Zřejmě je to z důvodu, že považují tyto informace za stresující a s obavami bojují tak, že si raději nepřipouštějí možnost, že by se něco nepodařilo nebo zkomplikovalo. Moji domněnku potvrzuje opět diplomová práce Vizinové (2016), kde 35 (51 %) respondentů uvedlo, že tento typ informací je vyvolávajícím faktorem obav a strachu z anestezie. Osobně považuji za velmi důležité, aby pacienti znali možné komplikace a v případě nějakého problému se o něm dokázali vyjádřit. Myslím si totiž, že i když je pacient neustále monitorován, některým projevům by z neznalosti těchto informací nepřikládal důraz a neřekl by o nich ošetřujícímu personálu v domnění, že se jedná o banalitu, která s operačním výkonem nesouvisí.

Otázka č. 11 zjišťovala míru obav z epidurální anestezie. 21 (20 %) respondentů se *vůbec neobávalo* epidurální anestezie, 39 (38 %) pociťovalo *minimální strach*, 32 (31 %) osob se *docela bálo, velmi se bálo* 7 (7 %) respondentů a 5 (5 %) bylo *strachy bez sebe*. Nováčková (2013) ve svém průzkumu dosáhla podobných hodnot kdy 30 (28 %) dotazovaných nemělo *žádné obavy* 55 (52 %) respondentů se *trochu bála, velký strach* mělo 19 (18 %) pacientů a *strachy bez sebe* byli 2 (2 %) pacienti. Otázka č. 14 konkretizuje obavy respondentů a opět souvisí s předchozí responzí. Výzkumného šetření se podrobilo 104 osob a měli možnost determinovat více odpovědí. Nejvíce označována byla odpověď *strach z ochrnutí* 44 (42 %), dále 32 (31 %) reakcí náleželo možnosti *bolest při zákroku*, 28krát (27 %) bylo označeno za největší obavu *upoutání na lůžko* 16 (15 %) odpovědí patřilo údaj *strach z bolesti po zákroku* a 8krát (8 %) byla zvolena možnost *strach z bolesti hlavy*. 6 (6 %) pacientů, zvolilo položku *jiné*. Jeden respondent se písemně vyjádřil, že obavu neměl a že důvěřuje lékařům. Další pacient uvedl, že měl obavu z toho, že neví, kde je a co se s ním děje. Následující respondent napsal, že se bojí, aby neslyšel zvuky z operace. Jiné obavy byly: *strach z bolesti zad, strach z toho, že se neprobudím, strach, aby mě uspali*. Znovu zde uvádím

data Nováčkové (2013). Z jejího výzkumu vyplynulo, že nejvíce obav měli respondenti z *bolesti během operace* 25 (24 %), z *bolesti hlavy po operaci* 6 (6 %), a z *ochrnutí* pouze 2 (2 %). 6 uvedlo *jiný typ obav* a 67 (63 %) pacientů uvedlo, že neměli *žádné* obavy. Mezi jiné obavy tyto respondenti uvedli, stejně jako u mé otázky, že mají strach z toho, že během operace budou vše slyšet, dále z toho že, jim bude zle a jeden pacient vyjádřil strach z toho, že bude mít necitlivé nohy. Oba naše výzkumy se shodují v tom, že největší obavou pacientů je *bolest* 57 (55 %). Kapounová (2007) v odborné literatuře zmiňuje, že každé znovuoživení bolesti pacientovi připomíná jeho onemocnění, a to vede k rozvoji úzkosti a obav. Zajímavé je, že v předchozí otázce se poměrně velká skupina respondentů vyjádřila, že strach nepociťují nebo pouze minimálně, a přesto většina z nich v následující otázce své obavy konkretizovala. Domnívám se, že konkrétní obavy nebyly pro tuto skupinu respondentů natolik významné, aby v předchozí otázce uvedli, že strach mají. Další možností může být fakt, že respondenti své obavy primárně nepřiznali. Grygarová (2016) popisuje, že někteří pacienti přiznávají strach, ale neumějí ho identifikovat.

Třetí výzkumná otázka: Jaké metody pomohly eliminovat strach z epidurální anestezie?

K vyhodnocení této výzkumné otázky sloužily otázky č. 12, 13, 15, 16, 17, 18, z dotazníku.

Otázka č. 12 zkoumala, jak je pro pacienty prioritní, aby znali přibližný čas operace. Větší část dotázaných 73 (70 %) zvolila odpověď *ano* nebo *spíše ano*. Odpověď *spíše ne*, *ne* zvolilo 22 (21 %) osob a 9 (9 %) dotázaným to bylo jedno. Všeobecné sestry z obou zkoumaných nemocnic oznamují pacientům jejich pořadí v operačním programu i předpokládaný čas operace. Vždy však zdůrazní, že je tento čas orientační a v operačním programu mohou vzniknout změny. Zajímavých výsledků dosáhla v kvalitativním výzkumu Grygarová (2016). Ta na svém vzorku 8 pacientů zjistila, že pro pacienty není úplně důležité, aby byli operováni ve slíbený čas, ale reálná hodina, kdy výkon podstoupili. Předoperační období totiž nejkladněji hodnotili respondenti, kteří šli na operaci ráno nebo do 11 hodin, a naopak u pacientů, kteří podstoupili zákrok v odpoledních hodinách, se vyskytla vyšší míra stresu a negativně hodnotili absenci tekutin.

Otázka č. 13 zjistila, že více než polovina respondentů 58 (56 %) pro jejich psychickou pohodu po operaci upřednostňuje *ticho a klid (samotu)*, dále 29 (28 %) respondentů dává přednost *návštěvě (sociálnímu kontaktu)* a 17 (16 %) *nevědělo*. V Nemocnici Jindřichův Hradec se pacienti po operaci vrací zpět na ortopedické oddělení, v Nemocnici Jihlava zůstávají nějaký čas na jednotce intenzivní péče a v obou těchto nemocnic mají pacienti po operaci možnost návštěvy. Předpokládám, že tyto preference jsou velmi individuální a totéž dokazuje kvalitativní šetření Grygarové (2016), která ve své práci uvedla, že jedna pacientka hůře snášela, když ji z JIP přeložili na standardní oddělení dříve. Velmi často u ní byl manžel nebo si povídala s pacienty a cítila, že je přesycena sociálním kontaktem a uvítala by, kdyby měla více času sama na sebe a mohla se v klidu sama vyspat. Jiní respondenti naopak dřívější přeložení na standardní oddělení ocenili. Myslím si, že pacienti dopředu nevědí, jak se po operaci budou cítit, navíc nadstandardních pokojů, kde by pacient mohl být sám je velmi malé množství. Proto by se respondenti o těchto pocitech neměli bát mluvit, a pokud potřebují po operaci nějakou dobu trávit sami se sebou, měli by to sdělit rodině i spolupacientům.

Otázkou č. 15 jsem mapovala, zda mají respondenti pocit, že mohou svěřit se svými obavami zdravotnickému personálu. Je uspokojivé, že 84 (81 %) respondentů zvolilo položku *ano, spíše ano*. 15 dotazovaných označilo možnost *spíše ne, ne* a 5 (5 %) zvolilo variantu *nevím*. Ptáček, Bartůněk (2011) v literatuře vyzdvihuje důležitost důvěry pacienta v lékaře a dodává, že bez vzájemné důvěry je úspěšná léčba téměř nemožná. Dále otázka č. 16 se zabývala tím, jestli se pacienti se svými obavami opravdu svěřili a komu. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Je pozitivní, že více než polovina 60 (58 %) zúčastněných se svěřila se strachem z epidurální anestezie, a to nejčastěji *rodině* 46 (44 %), *lékaři* 28 (27 %), *zdravotní sestře* 9 (9 %) a 6 (6 %) *jinému pacientovi*. Pro zmírnění obav před operací je důležité, aby se pacient odreagoval a o svých obavách si s někým promluvil. Opět zde uvedu práci Grygarové (2016) která ve svém výzkumu zmiňuje, že pacienti pro rozptýlení obav využili telefonátů s rodinou, nebo pohovorem s ostatními pacienty. Zmiňuje zde také, že jedním z nejdůležitějších momentů před operací, kdy se může pacient odreagovat, je právě kolektiv na pokoji. Z mého šetření dále vyplynulo, že 43 (41 %) pacientů se nesvěřilo *nikomu*, jeden respondent (1 %) zvolil za odpověď *jiné* a dopsal, že strach neměl, a tak

se nikomu svěřovat nemusel. Pacienti, kteří se nikomu nesvěřili, nejspíš nepociťovali takovou míru obav, aby o nich někomu řekli nebo tyto obavy dusili v sobě.

Otázkou č. 17 jsem se chtěla dozvědět, jaké metody by pomohly respondentům od strachu z epidurální anestezie. Dotazovaní směli uvést více možností. Šetření se zúčastnilo celkem 104 osob. Preferovanou možností bylo tvrzení 48 (46 %), *kdyby čekání na operaci trvalo kratší dobu*. V obou zkoumaných nemocnicích jsou zřízené anesteziologické ambulance, které pomáhají „průtočnosti“ operačních sálů, další možnosti pro zvýšení spokojenosti pacientů by mohla být výstavba dalších operačních sálů a výkony realizovat pouze v dopoledních hodinách (viz otázka č. 12). Bohužel toto řešení se mi z finančních i z důvodu nedostatku personálu zdá nereálné. Na údaj, *kdybych měla více informací o aplikaci epidurální anestezie*, bylo 16 (15 %) respondentů, dále 8 responzí nasbírala možnost, *kdybych měla více informací o komplikacích epidurální anestezie*. *Citlivější přístup zdravotnického personálu* by zmírnilo obavu u 6 (6 %) osob 7 (7 %) respondentům by pomohlo, *kdyby měli samostatný pokoj* a 27 (26 %) odpovědí bylo na položce *jiné*, kde nejčastější odpověď byla: *nevím, nic, další zkušenost s operací, kterou nechci*. V poslední otevřené otázce v dotazníku jeden respondentka uvedla: „*Uvítala bych, kdyby za mnou okamžitě po operaci někdo přišel a řekl, že vše dobře dopadlo*“. Grygarová (2016) ve své práci zjistila, že i když se pacienti cítí být dostatečně edukováni, nejpodstatnější je důvěra v personál a žádná další informace podaná před operací by jim v lepším prožívání perioperačního období nepomohla.

V otázce č. 18 mě zajímalo, kolik respondentů navštěvuje psychologa kvůli obavám z epidurální anestezie. Šetření, dle předpokladů ukázalo, že 98 (94 %) osob nenavštěvuje a pouze 6 (6 %) osob navštěvuje psychologa kvůli obavám z epidurální anestezie. Následující otázka č. 19 mapuje zájem pacientů o konzultaci svých obav z epidurální anestezie s psychologem. Zájem projevila minoritní skupina respondentů, 27 (26 %) která odpověděla *ano, spíše ano*. Více než polovina na tuto otázku odpověděla *spíše ne, ne* 57 (55 %) a 20 (19 %) respondentů zvolilo možnost *nevím*. Na konci dotazníku se jedna pacientka vyjádřila: „*S psychologem bych rozhovor uvítala. Chtěla bych, aby mě ujistil, že se nemusím bát, že jsem v rukou profesionálů*.“ V obou

zkoumaných nemocnicích není pacientům před operací nabízena psychologická péče. V Nemocnici Jindřichův Hradec na oddělení ortopedie pravidelně dochází kaplan a jeho služeb využívají spíše starší pacienti. V Nemocnici Jihlava je výjimečně pro pacienty, kteří se před operací velmi obávají epidurální anestezie zařízen pohovor s klinickým psychologem.

2.8 Návrhy a doporučení pro praxi

Díky získaným informacím z výzkumného šetření a porovnání teorie, bych ráda uvedla pár návrhů pro zlepšení. Výsledky hodnotím velmi pozitivně, přesto si zde dovoluji vypsát několik doporučení.

Pro lékaře a všeobecné sestry bych navrhovala kurz nebo seminář efektivní komunikace, aby: dokázali získat důvěru pacientů a ujistili je, že se nemusejí obávat komplikací a dokázali je ujistit, že v případě jejich vzniku je budou neprodleně řešit; lépe pokládali otázky; pacienti pochopili sdělované informace; získali empatický přístup; dokázali naslouchat. Také by bylo vhodné nabízet citlivějším pacientům před operací psychologickou péči a zařazení psychologů do lékařského týmu. Dále navrhuji, aby byl vyhotoven edukační leták, který by byl umístěn v anesteziologických ambulancích a popisoval by metodu epidurální anestezie bez odborné terminologie.

Pacientům bych chtěla navrhnout, aby informace o terapeutických či chirurgických výkonech nevyhledávali na internetu, ale čerpali je z kvalitních zdrojů, tímto zdrojem by měl být především anesteziolog, který by měl tento výkon popsat tak, aby mu pacient rozuměl. Doporučuji také všem pacientům, aby si po přečtení informovaného souhlasu sepsali otázky pro anesteziologa a aby o svých potřebách a byť minimálních obavách hovořili a někomu se svěřili.

2.9 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat obavy pacientů spojené s epidurální anestezí a zjistit, co tyto obavy pomáhá eliminovat. Práce je rozdělena na teoretickou část, která shrnuje znalosti o epidurální anestezii a aspekty, které ovlivňují psychickou stránku nemocných. Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky kvantitativního dotazníkového šetření pomocí grafů, které se uskutečnilo na ortopedickém oddělení Nemocnice Jihlava a Nemocnice Jindřichův Hradec. Závěr této části je tvořen diskuzí s vyhodnocením stanovených výzkumných otázek a v další kapitole jsou uvedeny návrhy a řešení pro praxi.

Prvním cílem bylo analyzovat obavy pacientů z epidurální anestezie. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že více než třetina respondentů pocítovala alespoň minimální strach z epidurální anestezie a nejčastější obavy byly bolest (při zákroku, po zákroku, hlavy) a strach z ochrnutí. Minoritní skupina pacientů také uvedla, že se obávají, aby neslyšeli zvuky z operace, že se po anestezii neprobudí nebo že se je nepodaří uspat. Výzkum potvrdil, že většina pacientů důvěřuje v ošetřující personál. Důvěra je velmi důležitá pro rozptýlení obav z epidurální anestezie, stejně tak, jako pohovor s anesteziologem, který většina respondentů hodnotí jako srozumitelný.

Druhým cílem bylo identifikovat faktory, které kladně působí na psychiku pacientů. Z výzkumného šetření je patrné, že největším zdrojem informací je pro pacienty ošetřující lékař a lékař anesteziolog a téměř všichni respondenti uvedli, že na ně měl tento zdroj pozitivní vliv. Dále výzkum ukázal, že respondenti chtějí znát přibližný čas operace a přejí si, aby zákrok měli co nejdříve za sebou. Šetření také poukázalo, že potřeby nemocných jsou velmi individuální. Někteří pacienti uvedli, že by jejich psychické pohodě po operaci přispěl klid, samota a někteří zase touží po sociálním kontaktu. Malá skupina respondentů také zmínila, že by jejich psychickému stavu napomohl samostatný pokoj, více informací o epidurální anestezii, citlivější přístup ze strany zdravotnického personálu nebo pohovor s psychologem. Dostatečná edukace je pro zmírnění obav velmi důležitá, ale značná část respondentů uvedla, že nemá zájem o informace týkající se komplikací epidurální anestezie a nepřipouští si je.

Díky zpracování této bakalářské práce jsem získala větší přehled o metodě epidurální anestezie a uvědomila si, jak moc je důležitá správná komunikace a individuální přístup k pacientům. Doufám, že tato práce poskytne čtenáři, stejně jako mě, nové informace a namotivuje je k dalšímu získávání informací o dané problematice.

Seznam použité literatury

ADAMUS, Milan, 2010. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 66-105 s. ISBN 978-80-244-2425-5.

BARASH P. G., B. F. CULLEN a R. K. STOELTING, 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada Publishing, 1-391 s. ISBN 978-80-247-4053-9.

BÁRNETOVÁ, Martina. *Informovanost pacientů před operačním výkonem* [online]. Praha, 2013 [cit. 2019-11-06]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

ČIHÁK, Radomír, DRUGA, Rastislav a Miloš GRIM, 2004. ed. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-1132-4.

GRYGAROVÁ, Klára, 2016. *Očekávání a skutečný perioperační průběh z pohledu pacienta podstupující svodnou anestezii pro aloplastiku velkého kloubu* [online]. Brno. [cit. 2019-11-3]. Diplomová práce. Masarykova Univerzita.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2012. Individuální přístup sestry k pacientovi před operací. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-10-2]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/individualni-pristup-sestry-k-pacientovi-pred-operaci-465155>

HAŠKOVCOVÁ, Helena, c2007. *Informovaný souhlas: proč a jak?* Praha: Galén. 25-47 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

HORÁČEK, Michal, 2008. Anesteziologie na začátku 21. století. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/anesteziologie-na-zacatku-21-stoleti-360467>

JEDLIČKOVÁ, Věra, 2017. *Informovaný souhlas vše, co potřebujete vědět, ale bojíte se zeptat*. [online]. [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: <https://verajedlickova.cz/stahnete-si/>

KACHLÍK, David, 2013. *Úvod do preklinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. 22-104 s. ISBN 978-80-87878-01-9.

KAPLANOVÁ, Žaneta, 2006. Epidurální analgezie na JIP. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-01-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/epiduralni-analgezie-na-jip-278886>

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Sestra (Grada). 137-141 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KASAL, Eduard, 2003. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. Praha: Karolinum. 15 s. ISBN 80-246-0556-2.

LARSEN, Reinhard, 2004. *Anestezie*. Vyd. 2. české. Přeložila Jarmila DRÁBKOVÁ. Praha: Grada. 542-558 s. ISBN 80-247-0476-5.

LEE, Anna, Po Tong CHUI a Tony GIN, 2003. Educating Patients About Anesthesia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Media-Based Interventions. *Anesthesia & Analgesia* [online]. **96**(5), 1424-1431 [cit. 2019-11-2]. Dostupné z: https://stage-journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2003/05000/Educating_Patients_About_Anesthesia__A_Systematic.34.aspx

LOESER, John, 2015. *In Memoriam: John J. Bonica*. [online]. [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: <http://www.iasp-pain.org/AboutIASP/Content.aspx?ItemNumber=1129>

MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK, 2014. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta – Medical Services. Aeskulap. 65-77 s. ISBN 978-80-204-3522-4.

MÁLEK, Jiří, 2016. *Praktická anesteziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 15-125 s. ISBN 978-80-247-5632-5.

MÁLEK, Jiří, Antonín DVOŘÁK a kol. *Základy anesteziologie* [online]. Praha, 2009 [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: <https://www.lf3.cuni.cz/3LF-781.html>. 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

NALOS, Daniel a Dušan MACH, 2010. *Periferní nervové blokády: pro klinickou praxi včetně ultrazvukového navádění*. Praha: Grada. 43-48 s. ISBN 978-80-247-3280-0.

NEISER, Jan, 2018. *Anesteziologická ambulance nutnost nebo luxus?* [online]. 2008 [cit. 2019-9-8]. Dostupné z: <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/anesteziologicka-ambulance-nutnost-nebo-luxus.pdf>

NOVÁČKOVÁ, Lucie, 2013. *Spokojenost geriatrických pacientů se svodnou anestezií při aloplastikách velkých kloubů* [online]. Brno. [cit. 2019-11-3]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/kg2b5/>. Diplomová práce. Masarykova Univerzita.

PAŘÍZEK, Antonín, c2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 9-259 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

PEARSE, David, 2018. *Utopian Surgery* [online]. [cit. 2019-8-3]. Dostupné z: <http://www.general-anaesthesia.com/index.html>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, c2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

ROKYTA, Richard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. 474-476 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 12-15 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠTRUMA, Jan, 2009. *Předanestetické vyšetření u dospělých* [online]. [cit. 2019-10-2]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/predanesteticke-vysetreni-u-dospelych.pdf>

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 10-12 s. ISBN 978-80-271-0064-4.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 9-147 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VIZINOVÁ, Gabriela, 2016. *Edukace pacientů před aplikací anestezie* [online]. Praha, [cit. 2019-10-3]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/83587>. Diplomová práce. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta.

VYMAZAL, Tomáš a Pavel MICHÁLEK, 2016. *Anestezie a pooperační péče v hrudní chirurgii*. Praha: Mladá fronta. 118-119 s. ISBN 978-80-204-3755-6.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ, c2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. 65-66 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

ZEZULKOVÁ, Anetta, 2013. *Informovanost pacientů o epidurální anestézii* [online]. Brno. [cit. 2019-10-5]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/o0413/>. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 2010. Kyberchondrie aneb Hypochondrie „na síti“. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. **20**(4), 33-34 s. ISSN 1210-0404.

Seznam grafů

Graf 1 Věk respondentů	29
Graf 2 Popis osobnosti respondenta.....	30
Graf 3 Respondenti uvádí, zda podstoupili epidurální anestezii poprvé	31
Graf 4 Zdroje, ze kterých respondenti čerpali informace o epidurální anestezii	32
Graf 5 Vliv informací na psychiku respondentů.....	33
Graf 6 Nejvíce srozumitelné informační zdroje	34
Graf 7 Zájem respondentů o informace týkající se komplikací.....	35
Graf 8 Vliv informací týkající se komplikací na psychiku respondentů	36
Graf 9 Srozumitelnost informací podané lékařem anesteziologem	37
Graf 10 Možnost zeptat se anesteziologa na doplňující otázky	38
Graf 11 Strach z epidurální anestezie	39
Graf 12 Důležitost času operace	40
Graf 13 Preference respondentů samoty, nebo sociálního kontaktu po operaci	41
Graf 14 Největší obavy respondentů z epidurální anestezie	42
Graf 15 Důvěra ve zdravotnický personál	43
Graf 16 Pacienti svěřují své obavy 1	44
Graf 17 Pacienti svěřují své obavy 2	45
Graf 18 Zmírnění strachu z epidurální anestezie	46
Graf 19 Návštěvnost psychologa respondenty.....	47
Graf 20 Zájem o rozhovor s psychologem.....	48
Graf 21 Zájem respondentů o informační brožuru	49

Seznam použitých zkratk

a kol. – a kolektiv

atd. – a tak dále

cit. – citováno

cm – centimetr

CNS – centrální nervová soustava

č. - číslo

ČSARIM – Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny

dopl. – doplněné

EDA – epidurální anestezie

EKG – elektrokardiografie

ICHS – ischemická choroba srdeční

ISBN – International Standard Book Number

ISSN – International Standard Serial Number

IVRA – intervenous regional anesthesia

JIP – jednotka intenzivní péče

mg – miligram

mj. – mimojiné

ml – mililitr

PCA – Person Centered Approach

přepřac. – přepracované

roč. – ročník

rozš. – rozšířené

s. – strana

Sb. – sbírka

TEN – tromboembolická nemoc

tj. – to je

tzv. – takzvaný

vyd. – vydání

μg – mikrogram

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Povolení k výzkumnému šetření Jihlava

Příloha 3 Povolení k výzkumnému šetření Jindřichův Hradec