

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Kateřina Stránská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem

Bc. Kateřina Stránská

2021

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina Stránská**
Osobní číslo: **Z19280**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
2. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.
3. MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.
4. SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
5. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
6. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORKY

Prohlašuji:

Práci s názvem Zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29. 04. 2021

Bc. Stránská Kateřina v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za pomoc, ochotu a čas, který mi věnovala při vypracování této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi vyšli vstříc a ochotně spolupracovali při provedení výzkumu formou rozhovorů. V neposlední řadě patří dík mojí rodině a blízkým za jejich podporu během mého studia.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá zkušenostmi onkologicky nemocných s operačním zákrokem. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část poskytuje na základě odborné literatury teoretické poznatky a je členěna do několika kapitol. Zaměřuje se na chirurgické výkony, předoperační a pooperační péči a onkochirurgii. Dále se zabývá definicí strachu a úzkosti, informovaností pacientů, komunikací a prožíváním hospitalizovaných pacientů. Také jsou zde popsány příčiny předoperačního strachu a úzkosti a metody, kterými je možné tyto pocity mírnit.

V praktické části je popsána metodika a jsou zde vyhodnocena data získaná pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Cílem výzkumného šetření bylo popsat zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem. Dále bylo potřeba zjistit, z čeho měli pacienti strach v předoperačním a pooperačním období a co jejich strach vyvolávalo, co jim pomáhalo tento strach mírnit a jaké zkušenosti mají s informacemi, které jim byly poskytnuty zdravotnickým personálem. Na základě rozhovorů s informátory byla navržena doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Strach, zkušenosti, informovanost, operační zákrok, onkologicky nemocní

TITLE

Experience of oncological patients with surgery

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the experience of cancer patients with surgery. It is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part provides theoretical knowledge based on the literature and is divided into several chapters. It focuses on surgery, preoperative and postoperative care and oncosurgery. It also deals with the definition of fear and anxiety, patient

awareness, communication and the experience of hospitalized patients. It also describes the causes of preoperative fear and anxiety and methods by which these feelings can be alleviated.

The practical part describes the methodology and evaluates the data obtained through semi-structured interviews. The aim of the research was to describe the experience of oncological patients with surgery. It was also necessary to find out what patients were afraid of in the preoperative and postoperative period and what caused their fear, what helped them alleviate this fear and what experience they have with the information provided to them by healthcare professionals. Based on interviews with informants were proposed recommendations for practice.

KEYWORDS

Fear, experience, awareness, surgery, oncological patients

OBSAH

Úvod.....	12
Cíl práce.....	14
Cíle teoretické části.....	14
Cíle praktické části.....	14
1 Teoretická část.....	15
1.1 Chirurgický výkon.....	15
1.1.1 Rozdělení chirurgických výkonů.....	15
1.1.2 Indikace k operaci.....	16
1.1.3 Předoperační příprava a péče.....	16
1.1.4 Pacient na operačním sále.....	19
1.1.5 Pooperační péče.....	19
1.1.6 Pooperační komplikace.....	20
1.2 Onkologická chirurgie.....	21
1.2.1 Definice oboru.....	21
1.2.2 Dlouhodobá předoperační příprava v onkologii.....	21
1.2.3 Typy chirurgických výkonů v onkologii.....	22
1.3 Strach.....	23
1.3.1 Definice strachu.....	23
1.3.2 Příčiny strachu hospitalizovaných pacientů.....	23
1.4 Úzkost.....	25
1.5 Předoperační strach a úzkost.....	25
1.5.1 Redukce předoperačního strachu a úzkosti.....	27
1.6 Informovanost pacienta.....	29
1.6.1 Právo na informace.....	29
1.6.2 Význam sdělování informací.....	30
1.6.3 Zásady sdělování informací.....	31

1.6.4	Edukace perioperační sestrou	31
1.6.5	Informovaný souhlas.....	32
1.7	Komunikace a vzájemné vztahy.....	34
1.7.1	Komunikace mezi lékařem a pacientem	34
1.7.2	Komunikace mezi sestrou a pacientem.....	35
2	Praktická část	36
2.1	Výzkumné otázky.....	36
2.2	Metodika výzkumu.....	36
2.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	37
2.4	Sběr dat.....	38
2.5	Analýza získaných dat.....	39
2.6	Interpretace získaných dat.....	41
2.6.1	Strach a obavy.....	41
2.6.2	Informovanost	50
2.6.3	Operační sály	57
2.6.4	Celková spokojenost s hospitalizací	61
3	Diskuze	66
3.1	Vyhodnocení výzkumných otázek	66
3.2	Doporučení pro praxi	73
4	Závěr	76
5	Použitá literatura	78
6	Seznam příloh	83

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 - Charakteristiky jednotlivých respondentů.....	37
Tabulka 2 - Délky trvání jednotlivých rozhovorů	39
Tabulka 3 - Kategorie kódů	39
Obrázek 1 - Mapa kódů – Strach a obavy.....	41
Obrázek 2 - Mapa kódů – Informovanost.....	50
Obrázek 3 - Mapa kódů – Operační sály	57
Obrázek 4 - Mapa kódů – Celková spokojenost s hospitalizací	62

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ASA	Škála hodnotící fyzický stav před operací
APAIS	The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
BT	Biologická terapie
ČR	Česká republika
dB	Decibel – jednotka vyjadřující hladinu intenzity zvuku
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
INR	International normalized ratio
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
JIP	Jednotka intenzivní péče
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
R1	Rozhovor č. 1
RT	Radioterapie
RTG	Rentgen
STAI	State Trait Anxiety Inventory for Adults
TEN	Tromboembolická nemoc
VAS	Vizuální analogová škála

ÚVOD

Tato diplomová práce vznikla za účelem více zdravotníkům přiblížit prožívání hospitalizovaných pacientů, kteří v nemocnici čekají na operaci. Konkrétně je práce zaměřena na pacienty podstupující onkologickou operativu. Tito pacienti tvoří mezi chirurgickými pacienty velmi rozsáhlou skupinu. Šefr (2017) uvádí, že ročně v České republice podstoupí chirurgickou léčbu solidních zhoubných nádorů více jak 30 000 pacientů. Výskyt nádorových onemocnění roste u nás i ve světě a spolu s ním rostou i možnosti současné medicíny. Chirurgické obory hrají nezastupitelnou roli v léčbě onkologicky nemocných a tvoří jeden ze základních pilířů onkologické léčby. U časných stádií bývá chirurgický zákrok mnohdy jedinou nutnou léčbou, po které již jiný zásah, v podobě například chemoterapie nebo radioterapie, není nutný. Vedle toho může být operace i součástí paliativní péče, při které si lékař neklade za cíl pacienta zcela vyléčit, ale pouze zmírnit obtíže a zlepšit kvalitu života.

Bez ohledu na typ operace provází většinu pacientů v předoperačním období pocity strachu a úzkosti. Tyto pocity mohou být ovlivněny různými faktory. Mezi rizikové faktory patří například psychiatrické onemocnění, nižší snášenlivost bolesti, úzkostná povaha, kouření, ženské pohlaví, věk, typ operačního zákroku, vzdělání, stav dle ASA klasifikace nebo právě nádorové onemocnění. Předchozí zkušenost s operací (pozitivní) naopak předoperační úzkost snižuje. Mezi hlavní stresory v perioperačním období patří například strach ze ztráty kontroly, z neznáma, ze ztráty důstojnosti nebo z nedostatku soukromí. Někteří pacienti mohou mít dokonce obavy, zda se po operaci probudí (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 84). Pacient se na operačním sále dostává do situace, kterou nemůže svým jednáním ovlivnit. Z toho důvodu si může připadat bezbranný a musí zcela důvěřovat zdravotníkům, na jejichž péči je odkázán (Wendche, Pokorná, Štěfková, 2012, s. 65).

Negativní pocity jako je strach nebo úzkost mohou negativně ovlivnit průběh hospitalizace. Úzkostný pacient vnímá intenzivněji bolest, jelikož vyšší míra úzkosti způsobuje zvýšené svalové napětí. To může činit obtíže při následné mobilizaci a rehabilitaci. Pacienti se zvýšenou mírou předoperační úzkosti proto potřebují vyšší dávku anestetik a analgetik a vykazují delší dobu hospitalizace. Naštěstí existují různé metody, kterými mohou být tyto pocity redukovány. Vedle podání premedikace, podpory rodiny, muzikoterapie a dalších metod je velmi důležité, aby byl pacient před operací dobře informován. Měly by mu být poskytnuty informace nejen o samotném výkonu, ale i o tom, co se s ním bude dít v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 65).

Vliv informovanosti na snižování předoperačního strachu a úzkosti dokazují některé studie. Jednou z nich je například studie z roku 2016 z Německa, ve které dvě třetiny respondentů uvedly, že by jim více informací pomohlo zmírnit předoperační úzkost (Aust, 2016, s. 1).

Právo na informace patří mezi základní práva každého pacienta a je zakotveno například v etickém kodexu Práva pacientů nebo v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který vychází z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (Česko, 2021). Dle tohoto zákona by měl být pacient informován o příčině jeho nemoci, navrhovaném léčebném postupu, včetně možných rizik a o možných léčebných alternativách. V souvislosti s poskytnutím informací má také právo pokládat doplňující dotazy a poskytovatel zdravotních služeb by mu na ně měl srozumitelným způsobem odpovědět (Urban, 2017).

CÍL PRÁCE

Cíle teoretické části

Poskytnout teoretické poznatky o chirurgických výkonech, onkochirurgii, informovanosti pacientů, komunikaci a předoperačním strachu a úzkosti.

Cíle praktické části

- Popsat zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem.
- Zjistit, z čeho měli pacienti strach v předoperačním a pooperačním období a co jejich strach vyvolávalo.
- Zjistit, co pacientům pomáhalo jejich strach zmírnit.
- Zjistit, jaké zkušenosti mají pacienti s informacemi, které jim byly poskytnuty zdravotnickým personálem.
- Na základě rozhovorů s pacienty vytvořit doporučení pro praxi.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Chirurgický výkon

Chirurgický výkon v širším významu znamená jakýkoliv invazivní zásah do lidského organismu, který je prováděn za účelem diagnostickým či terapeutickým. Pro většinu chirurgických výkonů je typické porušení celistvosti povrchu těla. Takové výkony nazýváme jako krvavé a patří mezi ně například incize, excize, laparotomie, torakotomie, punkce a další. Druhou skupinu tvoří výkony nekrvavé, při kterých není porušena celistvosti kůže. Do této skupiny patří například nekrvavé repozice zlomenin, endoskopické výkony, zavádění nasogastrické sondy, cévkování a další (Schneiderová, 2014, s. 19).

1.1.1 Rozdělení chirurgických výkonů

Chirurgické výkony můžeme rozdělit na základě různých kritérií. Podle účelu je rozdělujeme na výkony diagnostické a terapeutické. Cílem terapeutické operace je buďto pacienta zcela vyléčit, nebo alespoň zmírnit obtíže a zlepšit kvalitu života. Na základě toho dále rozlišujeme operace radikální a paliativní. Zatímco radikální výkon zcela odstraňuje příčinu obtíží, paliativní výkon obtíže pouze zmírňuje a je volen tehdy, pokud již radikální řešení není možné. Dalším kritériem pro rozdělení chirurgických výkonů je časová naléhavost. Na základě ní rozlišujeme výkony plánované, akutní a urgentní. U plánovaných operací vědí lékař i pacient o operaci dlouho dopředu a mohou se na ni připravit a provést důkladné předoperační vyšetření. Akutní operace snesou odklad několik hodin, případně i dní a předoperační příprava se u nich zužuje na nezbytně nutnou (např. operace pro akutní zánět žlučníku). Operace urgentní nesnesou téměř žádný odklad a měly by být provedeny okamžitě nebo nejpozději do několika hodin od vzniku nemoci či úrazu. Mezi takové stavy patří například perforace trávicího ústrojí nebo akutní krvácení (Zeman, Krška, 2011, s. 165).

Podle místa provedení rozlišujeme chirurgické výkony na ambulantní a výkony prováděné za hospitalizace. Ambulantně lze provádět pouze takové výkony, které svým rozsahem a rizikem nevyžadují hospitalizaci pacienta na lůžkovém oddělení. Takové výkony se nejčastěji provádí na ambulantních sálech v lokální anestezii. V celkové anestezii lze tyto výkony provádět za předpokladu, že je k dispozici anesteziolog a perioperační monitorace. Po odeznění anestezie pak pacient odchází domů v doprovodu zodpovědné osoby. Za hospitalizace jsou pak prováděny všechny výkony, které vyžadují speciální předoperační přípravu, rozsáhlé výkony s vyšším rizikem komplikací, výkony, které vyžadují pooperační sledování a výkony

u rizikových pacientů, jako jsou například geriatricí a polymorbidní pacienti (Schneiderová, 2014, s. 19).

1.1.2 Indikace k operaci

Indikace k operaci je dána přesným stanovením diagnózy, rizikem a prognózou výkonu, pohovorem s nemocným a časovou naléhavostí. Absolutní indikací k operaci jsou stavy, při kterých by bez operace došlo k úmrtí pacienta nebo těžkému poškození některých funkcí. Případně lze za absolutně indikovanou považovat operaci v takové situaci, kdy by jiné léčebné postupy nemohly dosáhnout stejně dobrého výsledku (Zeman, Krška, 2011, s. 165–166). Relativní indikace k operaci vzniká při onemocnění, které lze léčit konzervativně, nebo lze operaci provést s časovým odstupem, jelikož není ohrožen život pacienta (Schneiderová, 2014, s. 23). Operace z profylaktické indikace předchází možným komplikacím a provádí se v období, kdy by jinak chirurgický zákrok nebyl nutný. Příkladem může být operace asymptomatických varixů před plánovanou náhradou kyčelního kloubu. K diagnostické indikaci dochází v situaci, kdy je potřeba stanovit diagnózu a odebrat materiál k histologickému vyšetření. Dalším typem je kosmetická indikace, která je typická např. pro operace asymptomatických varixů, deformit nosu, uší atd. Posledním typem indikace k operaci jsou forenzní důvody. Příkladem je odběr krve na stanovení hladiny alkoholu (Zeman, Krška, 2011, s. 166).

1.1.3 Předoperační příprava a péče

Cílem předoperační přípravy je vytvořit pacientovi co nejvhodnější podmínky ke zvládnutí operace, k dobrému hojení a rychlé rekonvalescenci. Rozsah předoperační přípravy je vždy ovlivněn časovou naléhavostí operace. U akutní operace lze provést jen základní vyšetření a krátkou předoperační přípravu. U urgentní operace bývá provedeno jen základní, nebo orientační vyšetření a předoperační příprava není možná vůbec, nebo je výrazně omezená (Jedličková, 2019, s. 294).

Předoperační péče může být rozdělena na základě několika navzájem se prolínajících hledisek. Existuje předoperační příprava obecná, která je společná pro všechny operační výkony a předoperační příprava speciální, která je typická pro konkrétní výkon a onemocnění. Dále existuje příprava celková, která se zaměřuje na organismus jako celek a místní, která se zaměřuje na místo operace. Podle toho, na co se předoperační příprava zaměřuje, ji dále rozdělujeme na přípravu tělesnou, psychickou a medikamentózní. A podle časového hlediska

rozdělujeme předoperační přípravu na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26).

1.1.3.1 Dlouhodobá příprava

U plánovaných operačních výkonů pacient zpravidla přichází na chirurgické oddělení k indikaci operace na základě doporučení svého praktického lékaře, nebo lékaře specialisty. Zde je pacient vyšetřen, poučen o dostupných léčebných metodách, a pokud souhlasí, stanoví se termín operace a vystaví se žádost o předoperační vyšetření (Schneiderová, 2014, s. 23).

Předoperační vyšetření zahrnuje získání podrobné anamnézy, fyzikální vyšetření a screeningové vyšetření krve a moči. EKG se provádí u pacientů ve věku nad 40 let a RTG srdce a plic u pacientů ve věku nad 60 let. Tato vyšetření lze provést i u mladších pacientů, je-li to nutné ze zdravotních důvodů. U některých pacientů je před operací nutné kompenzovat chronická onemocnění, jako je například diabetes mellitus (DM) nebo ischemická choroba srdeční (Jedličková, 2019, s. 294–295). Indikující chirurg může v některých případech požadovat doplňující speciální vyšetření – např. kardiologické, onkologické, plicní, endokrinologické, gynekologické, urologické, endoskopické, zobrazovací metody atd. (Schneiderová, 2014, s. 23). Předoperační vyšetření má u jinak zdravých pacientů platnost 1 měsíc, u závažně nemocných 7 dní a u nestabilních pacientů je nutné provést vyšetření bezprostředně před operačním výkonem (Jedličková, 2019).

Součástí dlouhodobé předoperační přípravy je také úprava antikoagulační léčby. Riziko tromboembolických komplikací se zvyšuje s délkou a rozsahem chirurgického výkonu. Rozvoj tromboembolické nemoci (TEN) je ovlivněn rizikovými faktory, jako je například obezita, kouření, imobilita atd. Problém je, že antikoagulační terapie na jedné straně snižuje riziko TEN, avšak na druhé straně zvyšuje riziko krvácení. Proto je velmi důležité přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Antikoagulační léčba se upravuje na základě naměřených hodnot INR. Warfarin se většinou vysazuje 4–7 dní před operací. Existují i výkony, při kterých není nutné chronickou antikoagulační léčbu vysazovat. Vždy záleží hlavně na posouzení zdravotního stavu pacienta odpovědným lékařem. Jako prevence TEN v operačním období poslouží injekčně podávaný nízkomolekulární heparin, bandáže dolních končetin, dostatečná hydratace a včasná mobilizace (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 28–29).

1.1.3.2 Krátkodobá příprava

Krátkodobá předoperační příprava je realizována 24 hodin před operačním výkonem. V tomto období je nutné zajistit tělesnou přípravu. Operační pole musí být oholené a odmaštěné. Provádí

se hygienická péče, zahrnující celkovou koupel pacienta, odstranění nečistot v oblasti pupku, odlakování nehtů atd. Podávají se léky dle ordinace lékaře a zajišťují se potřebné invazivní vstupy, jako je např. permanentní žilní katétr, permanentní močový katétr nebo nasogastrická sonda (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 23). Důležitá je také příprava operačního traktu. Pacient musí být edukován o lačnění, které snižuje riziko aspirace žaludečního obsahu. Doba lačnění se odvíjí od věku pacienta. Dospělý člověk přijímá poslední potravu 6–8 hodin před operačním výkonem, čiré tekutiny bez bublin může v malém množství po doušcích popíjet do 2 hodin před operací (Jedličková, 2019, s. 298).

Psychologická příprava má za cíl minimalizovat strach z operace. Její nedílnou součástí je vhodná komunikace, vysvětlení plánovaných úkonů a respektování otázek pacienta. U výkonů, při kterých dochází k amputaci, založení stomie nebo jiné zásadní změně ve vzhledu těla, je ideální zajistit spolupráci s ústavním psychologem. Mezi nejčastější obavy patří strach z neznámého, z anestezie, bolesti, smrti, vzniku deformit nebo změny životního stylu (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 41).

Anesteziologická příprava probíhá buďto v anesteziologické ambulanci, nebo u lůžka pacienta. Pacient vyplní anesteziologický dotazník, který se poté zakládá do dokumentace. Anesteziolog zhodnotí stav pacienta, získá od pacienta důležité informace týkající se například alergií a předešlé anestezie, zhodnotí obtížnost zajištění dýchacích cest, stanoví anesteziologické riziko a edukuje pacienta. Nakonec pacient podepíše informovaný souhlas s anestézií. (Jedličková, 2019, s. 296–297). Tato anesteziologická vizita by měla být provedena v takovém časovém odstupu od operace, aby bylo možné zrealizovat všechna opatření, která jsou v rámci předoperační přípravy u daného pacienta nutná. Z toho důvodu se toto vyšetření anesteziologem standardně provádí nejpozději den před plánovaným operačním zákrokem. Pokud to okolnosti umožní, měl by anesteziologickou vizitu i samotnou operační anestezii provádět ten samý lékař (Larsen, 2004, s. 305–306).

1.1.3.3 Bezprostřední příprava

Bezprostřední předoperační příprava se odehrává přibližně 1–2 hodiny před operačním výkonem. Pacient dostává premedikaci a antibiotickou profylaxi, odkládá šperky a zubní protézu a setrvává v klidu na lůžku. Provádí se kontrola dokumentace, informovaných souhlasů a informovanosti pacienta. V rámci prevence TEN se provádí bandáž neoperovaných dolních končetin a současně se aplikují nízkomolekulární hepariny až do doby plné mobilizace. Pacienti

s DM putují na operační sál mezi prvními. Také je nutné je energeticky zajistit. Z toho důvodu se jim podává kontinuální infuze glukózy s inzulinem (Ferko, 2015, s. 140–141).

1.1.4 Pacient na operačním sále

Pacient je k operačnímu sálu přivezen sanitářem v doprovodu sestry z oddělení, případně lékaře. Ve vstupním filtru je následně předán sálovému sanitáři a perioperační nebo anesteziologické sestře, případně anesteziologovi. Zde se musí svléknout a zakryt pouze prostěradlem je přeložen na transportní vozík. S pacientem by měl být po celou dobu udržován kontakt a měl by být informován o všech plánovaných intervencích (Wichsová, 2013, s. 134–135).

Personál operačních by si měl dávat pozor na nevhodné chování. Pacient může negativně vnímat šustění obalů, cinkání nástrojů a soukromé rozhovory sálového personálu na nevhodné téma (Jedličková, 2019, s. 298).

Před usmáním je nutné provést bezpečnostní proces, zahrnující kontrolu identifikace, zjištěných alergií, místa operačního zákroku a dokumentace. Některé výkony, jako například zajištění žilního vstupu mohou být provedeny v přípravném sálku vedle operačního sálu (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 41).

1.1.5 Pooperační péče

Pooperační období je pro pacienta obdobím rizikovým, během kterého je třeba sledovat zejména stav vědomí, dýchání, krevního oběhu a vnitřního prostředí. Pooperační péče zajišťuje prevenci, rozpoznání a včasnou léčbu komplikací, které mohou být vyvolány operačním zákrokem nebo anestezií (Jedličková, 2019, s. 302).

Průběh pooperační péče je dán rozsahem a průběhem operačního výkonu a zdravotním stavem pacienta. Po většině výkonů prováděných v celkové anestezii je pacient převezen na pooperační pokoj, kde je monitorován. Na lůžkové oddělení je předán po stabilizaci fyziologických funkcí a po plném nabytí vědomí. Monitorace na lůžkách intenzivní péče je indikována u polymorbidních a nestabilních pacientů a po rozsáhlých a komplikovaných operačních výkonech (Schneiderová, 2014, s. 72). U ambulantně prováděných výkonů bývá pacient propuštěn do domácího prostředí po prokázání soběstačnosti, spontánním vymočení, zvládnutí pooperační bolesti a při absenci pooperačních komplikací. Před propuštěním musí být řádně edukován a musí mít zajištěný doprovod a následný dohled po dobu minimálně 24 hodin (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47).

Pooperační péče o pacienta zahrnuje zejména sledování vitálních funkcí (krevní tlak, pulz, saturace, dechová frekvence, tělesná teplota), sledování a léčbu bolesti, zajištění dýchacích cest a oxygenoterapii. Dále je nutné zajistit optimální polohu pacienta a jeho bezpečnost (prevence pádu, prevence dekubitů). Sleduje se operační rána – zajímá nás krvácení, prosakování obvazů, množství odpadu v drénu. Řeší se pooperační nevolnost a zvracení, sleduje se diuréza, činnost střevní peristaltiky a stav výživy. Provádí se prevence TEN, pro kterou je důležitá také včasná mobilizace. Dle stavu a potřeb pacienta personál dopomáhá při hygieně a vyprazdňování (Jedličková, 2019, s. 304–306).

1.1.6 Pooperační komplikace

Pooperační komplikací se rozumí stav, který narušuje standardní pooperační průběh a vzniká v souvislosti s operačním výkonem či anestezií. Nejvíce rizikové je období prvních dvou hodin po operaci (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 49).

Časné pooperační komplikace se objevují do dvou, eventuálně dvaceti čtyř hodin po operaci. Většina jich však vzniká ještě před odjezdem z operačního sálu a jejich život ohrožující formy vyžadují okamžité řešení. Mezi tyto komplikace patří:

- poruchy dýchání (poruchy průchodnosti dýchacích cest, plicní komplikace – např. plicní embolie, pneumotorax, hemotorax, astma bronchiale atd.),
- kardiovaskulární poruchy (hypotenze, hypertenze, poruchy srdečního rytmu, asystolie, kardiogenní šok),
- poruchy vědomí,
- nevolnost a zvracení (riziko aspirace),
- krvácení,
- podchlazení a svalový třes (prevencí je zabránění tepelných ztrát – vyhřáté lůžko, teplé infuzní roztoky),
- poruchy vodního a elektrolytového hospodářství (např. hypovolémie a iontové dysbalance),
- hypertermie,
- centrální anticholinergní syndrom a další.

Pozdní pooperační komplikace se objevují v následujících dnech po operaci (často 4. nebo 5. den). Jedná se o komplikace ventilační a kardiovaskulární, komplikace související s operační ránou nebo invazivními vstupy, infekce spojené se zdravotní péčí, poruchy

krvácení, febrilii, komplikace související s gastrointestinálním či renálním systémem a další (Jedličková, 2019, s. 307–308).

1.2 Onkologická chirurgie

1.2.1 Definice oboru

Lékařským oborem, který se zabývá studiem nádorů a péčí o onkologicky nemocné, je onkologie. Tento obor řeší problematiku nádorů z nejrůznějších pohledů, a proto se jedná o obor multidisciplinární. Problematiku týkající se klinické praxe, diagnostiky a léčby řeší klinická onkologie. Jejimi hlavními pilíři jsou chirurgická onkologie (neboli onkochirurgie), interní onkologie (chemoterapie) a radiační onkologie a dále s nimi úzce souvisí diagnostické obory (Zeman, Krška, 2011, s. 416).

Chirurgická léčba je v České republice součástí základní terapie solidních zhoubných nádorů u více jak 30 000 pacientů ročně. Chirurg zabývající se operativou onkologicky nemocných by měl mít dostatečné znalosti z oblasti biologie solidních nádorů, růstu nádorů a zakládání vzdálených ložisek. Ač je v moderní chirurgii trendem šetrnost operačních zákroků a miniinvazivita, v onkochirurgii je nutné zachovat dostatečnou radikalitu a neponechat mikroskopické částičky nádorové tkáně v organismu pacienta. Přesto však s rozvojem medicíny pronikly i do onkochirurgie miniinvazivní operační postupy, které jsou vůči lidskému tělu šetrnější. Velkým přínosem je zapojení robotické chirurgie, která je využívána například při operacích zhoubných nádorů předstojné žlázy, konečníku nebo dělohy (Šefr, 2017).

Při léčbě nádorů je velmi důležitá také mezioborová spolupráce. Nejbližším spolupracovníkem chirurga bývá klinický onkolog, se kterým chirurg často konzultuje možnost předoperačního zmenšení nádoru pomocí chemoterapie a radioterapie. Tento způsob léčby je nazýván jako neoadjuvantní. Opakem neoadjuvantní léčby je pak léčba adjuvantní, při které je chemoterapie a radioterapie (eventuálně hormonální nebo biologická terapie) prováděna až po operačním zákroku (Šefr, 2017).

1.2.2 Dlouhodobá předoperační příprava v onkologii

U onkologického onemocnění je cílem dlouhodobé předoperační přípravy dosáhnout optimálního stavu. Tito pacienti mohou být v důsledku svého onemocnění podvyživení a v riziku malnutrice. Proto se v předoperační péči zaměřujeme zejména na výživu, léčbu bolesti a péči o psychiku pacienta i jeho okolí. Je dokázáno, že předoperační podávání enterální nebo parenterální výživy u podvyživených pacientů snižuje výskyt pooperačních komplikací.

Bolest jakožto častý a nepříjemný symptom onkologického onemocnění může být řešena odborníky v tzv. ambulanci bolesti (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 32).

1.2.3 Typy chirurgických výkonů v onkologii

Přehled typů výkonů v onkologické chirurgii uvádějí ve své publikaci autoři Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková (2012, s. 82–85).

- Profylaktické chirurgické výkony – tyto výkony se provádí u rizikových nezhoubných nádorů (tzv. prekanceróz), mezi které patří například adenomy tračnicku, dysplastické kožní névy atd. Tento typ chirurgie se také využívá u různých genetických poruch a vrozených abnormalit, které výrazně zvyšují riziko výskytu nádorového onemocnění. Příkladem může být profylaktická oboustranná mastektomie u pacientek s rizikem karcinomu prsu v důsledku genetické mutace.
- Odběr vzorku na biopsii – slouží ke stanovení diagnózy a určení stádia nemoci.
- Radikální chirurgický zákrok (kurativní) – jedná se o odstranění celého nádoru, mnohdy s lemem okolní tkáně nebo spolu se spádovými uzlinami (lymfadenektomie). Provádí se hlavně u lokalizovaných nádorů bez metastáz a v raném stádiu. Avšak vzhledem k současnému pokroku medicíny je dnes již možné operovat i pokročilejší nádorová onemocnění za předpokladu, že by byl chirurgický zákrok pro pacienta přínosný. V některých případech je možné chirurgicky radikálně odstranit i metastázy, za předpokladu předchozího nebo současného radikálního odstranění primárního nádoru. Další možností je radikální zákrok po předchozí radioterapii a chemoterapii, jejichž cílem je zmenšit nádor a učinit jej snáze operovatelným.
- Paliativní výkony – cílem těchto výkonů je zabránit vzniku komplikací, odstranit a zmírnit pacientovy obtíže a zlepšit kvalitu života nebo zmenšit a zpomalit růst nádoru. Mezi novější metody patří například radiofrekvenční ablace, která funguje na principu tepelné destrukce metastáz. Dále sem patří tzv. sanační výkony, které odstraňují nádorové ložisko, které pacienta obtěžuje například rizikem krvácení nebo zápachem. Dalším častým cílem paliativní chirurgie je udržet průchodnost močových cest, dýchacích cest nebo trávicí trubice. Součástí paliativní medicíny je také chirurgie bolesti. Do té především patří operace nervového systému.
- Akutní a život zachraňující výkony – do této skupiny patří operace akutních stavů vyvolaných nádorovým onemocněním. Patří sem například operace ileu, perforace zažívacího traktu, akutního krvácení nebo útlaku míchy nádorem.

- Zajištění cévního přístupu – do této skupiny patří kanylace žil a tepen pro účely podání chemoterapie nebo zavedení implantabilního podkožního portu.
- Rekonstrukční výkony – jejich cílem je redukce následků předchozího chirurgického zákroku. Patří sem například rekonstrukce prsu nebo plastické operace krku a obličeje po předchozím odstranění nádoru.

1.3 Strach

1.3.1 Definice strachu

Honzák (2017, s. 93–95) uvádí, že strach společně se vztekem patří k nejstarším život zachraňujícím emocím. Pokud se objeví podnět ohrožení, např. bolest nebo možné nebezpečí, behaviorální inhibiční systém na něj zareaguje tzv. orientační reakcí. Organismus zvýší pozornost a začne pátrat a vyhodnocovat závažnost přicházejících signálů. Pokud se ohrožení potvrdí, pokračuje reakce dál až k poplachové fázi stresu. Ta má za úkol vyvolat v organismu různé změny a připravit jej tak na boj nebo útěk.

Zacharová (2011, s. 143) popisuje strach jako nepříjemný pocit, kterým reagujeme na konkrétní ohrožení, kterým může být předmět, osoba i událost. Bojíme se toho, co přijde, nebo toho, co by mohlo přijít. Může ho vyvolat i pouhé očekávání, že by budoucí situace mohla být nebezpečná. Záleží na tom, jak člověk vnímá a hodnotí jev, který strach vyvolává.

Existují dva typy strachu. Pro člověka užitečný je takzvaný přiměřený strach, který nás nutí vyvarovat se zbytečnému riziku. Jeho opakem je strach nadměrný (též strach panický), pod jehož vlivem může člověk reagovat unáhleně a škodlivě a způsobit si tak nepříjemnosti. Strach také vyvolává tzv. mobilizaci organismu, aby měl člověk dostatek energie a síly v případě obrany nebo útoku. Pokud však není možné ohrožení utéct nebo se jinak fyzicky bránit, je tato mobilizace neúčelná a zbytečně zatěžuje organismus (Zacharová, 2011, s. 143).

1.3.2 Příčiny strachu hospitalizovaných pacientů

Existuje značný rozdíl mezi prožíváním pacienta v ambulantní péči a prožíváním hospitalizovaného pacienta. Role hospitalizovaného pacienta s sebou přináší řadu nových a neznámých situací, které člověku nemusí být příjemné. Ocítá se ve zcela novém prostředí, ve kterém musí setrvat několik dnů, někdy i týdnů. Podrobuje se výkonům a vyšetřením a ze strany zdravotníků se od něj očekává maximální spolupráce. Svůj denní program musí podřídit harmonogramu daného oddělení, nemůže si chodit, kam chce a kdy chce a značně je omezen i jeho kontakt s blízkými a možnost věnovat se svým zájmům a koníčkům (Křivohlavý, 2002, s. 50–51). Asi nejvíce narušenou oblastí je pacientovo soukromí. To bývá narušeno

zdravotníky, ostatními pacienty na pokoji a jejich zvyklostmi, obnažováním před cizími lidmi, používáním ústavního oblečení, omezením soukromí při návštěvě blízkých a nadbytkem volného času (Zacharová, 2007, s. 33).

Během hospitalizace může na dospělé pacienty působit velká řada stresorů. Zejména při dlouhodobé hospitalizaci nebo vidině delší rehabilitace může hospitalizované trápit odloučení od svých blízkých a neschopnost postarat se o rodinu, chodit do práce nebo bavit se. Pacienti mohou také pociťovat strach ze smrti, který se může vyskytnout i u jedinců s méně závažnými chorobami. Příčinou může být nedostatek informací o dané nemoci a obavy z komplikací (Zacharová, 2011, s. 144).

Někteří pacienti se dále mohou obávat trvalého poznamenání a změny tělesného vzhledu. Vnímání tělesného vzhledu (neboli obrazu vlastního těla) má významný vliv na psychosociální fungování člověka a na míru jeho sebeúcty. Obraz těla má tři složky: reálný obraz těla, prezentace těla a ideální obraz těla (přání daného jedince). Rovnováha těchto tří složek vytváří u daného jedince pocity pohody. Změna tělesného obrazu může mít naopak negativní vliv na emoční zdraví a může ovlivnit chování, sebedůvěru, sexualitu a vnímání sebe sama.

Z toho důvodu může být pro některé pacienty velmi obtížné smířit se po operaci se změnou tělesného vzhledu nebo tělesných funkcí. Narušený obraz těla zahrnuje amputaci, zavedení stomie či drénu, vytvoření rozsáhlé operační rány s následnou jizvou atd. Úkolem sestry je pomoci pacientovi vyrovnat se s novou životní situací, podpořit pacienta ve vyjádření svých pocitů a obav a zároveň poskytnout zpětnou vazbu (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 91–93).

Další častou příčinou strachu je samotné léčení, spojené s absolvováním nepříjemných vyšetření a s bolestí. Takový strach může být mnohdy silnější než nemoc a obtíže s ní spojené a může způsobit oddalování návštěvy lékaře a pozdní diagnostiku onemocnění (Zacharová, 2011, s. 144). Akutní bolest často sužuje pacienty v pooperačním období. Pacienti mohou mít dále obavy z menších bolestivých a nepříjemných zákroků, jako je například odběr krve, cévkování, zavedení periferní žilní kanyly, zavedení nasogastrické sondy atd. Na bolestivé podněty člověk reaguje zrychleným dechem a pulsem, neklidem, pocením, rozšířenými zornicemi, rychlou změnou polohy, pláčem či nářkem (Zacharová, 2007, s. 45).

Každý člověk má jiný práh bolesti a také jinou toleranci bolesti. Tyto dva pojmy je nutné od sebe rozlišit. Práh bolesti je hranice, na které se podnět stává pro daného člověka bolestivým. Tento práh je pro většinu lidí podobný, nehledě na jejich pohlaví či kulturu. Tolerance bolesti

je míra, do které může daný člověk bolestivý podnět tolerovat. Tato míra bývá u lidí velmi odlišná v závislosti na osobnosti jedince, kultuře a situaci (Ayers, Visser, 2015, s. 82).

Stejná bolest může být zároveň u téhož člověka vnímána různě v závislosti na různých situacích a okolnostech. Intenzivněji je bolest vnímána, je-li člověk unaven, nebo pocítuje-li úzkost či jiné negativní emoce. Dále je vnímání bolesti ovlivněno věkem, výchovou, osobnostními vlastnostmi a kulturními vlivy. Nejistí a úzkostní lidé bývají, co se bolesti týče, citlivější, nežli lidé psychicky vyrovnaní. Dále je dokázáno, že lidé lépe snáší tzv. plánovanou bolest, o které byli předem poučeni (před chirurgickým zákrokem, porodem atd.). Důvodem je informovanost – znalost příčiny a přibližné délky trvání bolesti (Zacharová, 2007, s. 44–46).

Pacient s bolestí vykazuje určité bolestivé chování, na které jeho okolí reaguje například utěšováním a poskytnutím pomoci nebo kritikou či nezájmem a ignorací. Tyto reakce okolí mohou také ovlivnit pacientovo prožívání bolesti. Negativně působí, pokud si zdravotníci nevšímají pacientovy bolesti a odmítají ji řešit, pokud pacientem subjektivně vnímanou bolest bagatelizují a pokud neprojevují dostatečnou empatii (Honzák, 2006, s. 114).

1.4 Úzkost

Úzkost je pocit psychického napětí, kdy člověk očekává něčeho nepříjemného, jenomže na rozdíl od strachu, přesně neví co. Dalo by se říct, že úzkost je strach, který nemá objekt. Strach nutí člověka reagovat na nebezpečí útekem, ale úzkost vede spíše ke strnulosti, jelikož není před čím utíkat. Člověk tedy přešlapuje, chodí sem a tam, poposedává a nedokáže se pořádně soustředit. Úzkost může být často spojena se snahou vyhnout se konkrétnímu strachu. Člověk se snaží potlačit jednu obavu za druhou, konkrétní strach tedy zmizí, zůstává však napětí, které se přemění na úzkost (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2012, s. 40).

Úzkost má různé somatické a psychické projevy. Pacienti s úzkostí bývají podráždění, nervózní, utlumení, někdy až strnulí. Mají ustaraný a bledý obličej, rozšířené zornice, zrychlený tep a dech, potí se a mohou mít sucho v ústech. Dále mohou mít rychlou a překotnou řeč, tendenci k zapomínání, nekoordinované pohyby končetin a svalové napětí. Někteří lidé mohou mít díky svojí osobnosti větší předpoklady trpět strachem a úzkostí. Takové osoby označujeme jako úzkostlivé (Zacharová, 2011, s. 145).

1.5 Předoperační strach a úzkost

Bez ohledu na typ operace, provází většinu pacientů v předoperačním období pocity strachu a úzkosti. Tyto dva pocity se často vyskytují společně, vzájemně se překrývají a splývají a je

těžké určit mezi nimi hranici. Taylor-Loughran popisuje jev zvaný jako syndrom strachu a úzkosti, který nastává, když jsou současně přítomny charakteristiky obou stavů. Příkladem je právě situace pacienta před operací, kdy pacient prožívá strach z operace a zároveň úzkost z neznáma (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 83–84.). Pacient se na operačním sále dostává do neznámého prostředí a do situace, kterou nemůže svým jednáním ovlivnit. Z toho důvodu si může připadat bezbranný a musí zcela důvěřovat zdravotníkům, na jejichž péči je odkázán (Wendche, Pokorná, Štěfková, 2012, s. 65).

Mezi hlavní stresory v perioperačním období patří například strach ze ztráty kontroly, z neznáma, ze ztráty důstojnosti a nedostatku soukromí. Někteří pacienti mohou mít dokonce obavy, zda se po operaci probudí. Ebirin a Tobin v roce 2011 prováděli u 125 pacientů výzkum zaměřený na příčiny předoperační úzkosti. Za nejčastější zdroje úzkosti pacienti označili poškození v průběhu operace, odložení operace, neprobuzení z anestezie, nedostatečnost analgezie, nedostatečnou pozornost pečujících a neúspěšnost operace. V jiném výzkumu zase pacienti popisovali nejvíce stresující události před operací. Za nejvíce stresující události označili nemožnost napít se, nemožnost mít zubní protézu, odvoz na operační sál, vstup na operační sál a hlavně čekání na operaci a výzvu z operačního sálu. Doba čekání na operaci vytváří prostor k přemýšlení, k obavám a vzniku napětí. Sestra na oddělení musí respektovat plán operačního programu a nemůže uspišit cestu pacienta na operační sál. Může však učinit různé kroky vedoucí ke zmírnění předoperační úzkosti (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 84–85).

Negativní pocity, které pacient prožívá, mohou neblaze ovlivnit průběh hospitalizace a rekonvalescence. Úzkost je doprovázena různými fyziologickými projevy, jako je například zvýšení krevního tlaku, srdeční frekvence a tělesné teploty. Vazokonstrikce vyvolaná úzkostí může způsobit obtíže při zavádění žilního vstupu nebo odběru krve. Úzkostný pacient vnímá intenzivněji bolest, jelikož vyšší míra úzkosti způsobuje zvýšené svalové napětí. To může činit obtíže při následné mobilizaci a rehabilitaci. Některé výzkumy dokazují, že pacienti se zvýšenou mírou úzkosti potřebují vyšší dávku anestetik a analgetik a vykazují delší dobu hospitalizace (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 84). To dokazuje například studie, kterou prováděl Gras a kol. (2010). Během této studie bylo zjištěno, že existuje významný vztah mezi srdeční frekvencí a dávkou anestetika a také mezi srdeční frekvencí a mírou předoperační úzkosti.

Operace může být navíc pro organismus stresem i z hlediska biologického (např. krevní ztráta). Tělo reaguje zvýšenou srážlivostí krve, což může ve spojitosti s psychickou zátěží vyvolat

pooperační komplikace. Příkladem může být embolie, jejíž vznik je podmíněn celou řadou faktorů, včetně faktorů psychických (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 65).

Míra předoperační úzkosti je dána celou řadou faktorů. Mezi rizikové faktory zvyšující předoperační úzkost patří onkologické nebo psychiatrické onemocnění, úzkostné rysy, ženské pohlaví, nižší věk nebo vyšší vzdělání. Dále může míru předoperační úzkosti ovlivnit rozsah a druh operačního zákroku, úroveň bolesti a stav dle ASA klasifikace (škála na zhodnocení fyzického stavu před operací). Předchozí zkušenost s operací naopak předoperační úzkost většinou snižuje. Společně s pacienty prožívají strach a úzkost i jejich nejbližší, což může situaci ztížit (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 84). Celik a Edipogli (2018) také došli k závěru, že ženy a mladší pacienti pocítují vyšší míru předoperační úzkosti. Dále prokázali, že pacienti podstupující výkon v celkové anestezii prožívají větší úzkost, než pacienti podstupující výkon v regionální anestezii.

Jiní autoři tvrdí, že předoperační úzkost ovlivňují faktory sociodemografické, psychosociální a faktory operačního zákroku. Mezi faktory sociodemografické patří věk, pohlaví, úroveň vzdělání a partnerský vztah. Mezi faktory psychosociální patří životní spokojenost pacienta, jeho sociální opora, citlivost vůči bolesti, úroveň úzkosti, osobní charakteristiky a psychiatrická onemocnění. A mezi faktory operačního zákroku patří očekávaný výsledek zákroku, základní onemocnění, předchozí zkušenost s operací, délka hospitalizace, typ anestezie, informovanost a možné komplikace (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 84).

1.5.1 Redukce předoperačního strachu a úzkosti

1.5.1.1 Komunikace a poskytování informací

Již v druhé polovině 20. století byly publikovány práce, které porovnávaly rozdíly v chování dvou skupin pacientů. První skupina byla tvořena pacienty, kteří prošli běžnou předoperační přípravou. Druhou skupinu tvořili pacienti, kteří byli podrobněji informováni o průběhu hospitalizace a operačním zákroku, a byli tak více psychicky připraveni. Po srovnání míry bolesti, spotřeby analgetik a kvality života pacientů v těchto dvou skupinách se ukázalo, že psychická příprava a informovanost před operací je velmi důležitá. Od té doby se příprava pacientů zdokonalovala. Pacienti začali být podrobněji edukováni o průběhu vyšetření či operace. Ukázalo se také, že na psychiku pacientů pozitivně působí, pokud mají možnost seznámit se předem s prostředím a přístrojovým vybavením operačních sálů, případně pohovořit s lidmi, kteří na podobném zákroku již byli (Křivohlavý, 2002, s. 55).

Rozhovor s lékařem nebo jiným zdravotníkem hraje důležitou roli v prevenci předoperačního strachu a úzkosti. Zdravotnický personál edukuje pacienta na základě svých kompetencí, znalostí a praktických zkušeností. Pacient musí být informován o tom, co se bude dít před operací, během operace a v pooperačním období, proč musí daný výkon podstoupit a jaká je prognóza. Lepší je neposkytovat informace těsně před operací, ale s dostatečným časovým odstupem, aby měl čas informace vstřebat a psychicky se připravit (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 66).

Křivohlavý (2002) uvádí, že na základě reakce na informace lze pacienty rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří tzv. vyhýbaví pacienti, kteří se všemu nepříjemnému vyhýbají. Nechtějí slyšet nic o tom, co se bude dít a čím budou muset projít a případné vnucené informace na ně nemají kladný vliv. Druhou skupinu tvoří tzv. aktivní bojovníci, kteří naopak chtějí informace a čím více informací mají, tím lépe lékařské výkony zvládají (Křivohlavý, 2002, s. 56).

1.5.1.2 Podání premedikace

Podáním premedikace se rozumí předoperační podání léčiv, které mají za cíl pacienta zklidnit, tišit bolest, usnadnit uvedení do anestezie a potlačit nechtěné reflexy. Jedná se tedy o přípravu pacienta na anestezii a operační výkon (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 90). Pre-premedikace se pacientům podává již večer před plánovaným operačním výkonem. Jejím cílem je zajistit klidný spánek bez stresu. Musíme však myslet na to, že strach nelze zcela odstranit ani touto farmakologickou cestou. Premedikace je pak podávána přímo v den operace nezávisle na tom, jedná-li se o operaci v celkové nebo místní anestezii. Čas podání je závislý na způsobu aplikace léku, tedy na rychlosti nástupu účinku (Jedličková, 2019, s. 299).

Jedním z nejdůležitějších úkolů premedikace je odstranit psychické napětí. Strach, který se může u pacienta před operací objevit, totiž způsobuje stres, který podněcuje zátěžovou reakci. Ta vede ke zvýšení úrovně metabolismu a zvýšení spotřeby kyslíku a anestetik. Dalším úkolem premedikace je vyvolat anterográdní amnézii, antipsychotický, antikonvulzivní, antiemetický a antialivační účinek, analgezií, profylaxi aspirace a alergických reakcí a snížení vegetativní reflexní aktivity. Pro vyvolání anxiolytického a sedativního účinku jsou často využívány benzodiazepiny, zejména jejich zástupce Diazepam. Premedikace se většinou podává perorálně, případně jiným způsobem na základně ordinace anesteziologa, přibližně 30–60 min před plánovaným výkonem. U urgentních výkonů se premedikace většinou aplikuje intravenózně na operačním sále. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 36, 90).

1.5.1.3 Muzikoterapie a další techniky

Ke snížení předoperační úzkosti mohou být použity i metody odvádějící pozornost pacienta, jako je například poslech hudby. Muzikoterapie je poměrně málo používanou, avšak dle výsledků efektivní metodou. Její účinnost potvrzuje i metaanalýza z roku 2016. Tato analýza 97 zahrnutých studií prokázala statisticky významný vliv muzikoterapie na snižování bolesti, srdeční frekvence, krevního tlaku a na menší spotřebu opioidních i neopoidních analgetik (Lee, 2016).

Muzikoterapie poskytována zdravotnickým personálem obvykle zahrnuje pasivní poslech nahrané hudby. Existuje však i muzikoterapie poskytována speciálně proškolenými muzikoterapeuty, která kromě poslechu nahrané hudby zahrnuje i poslech živé hudby, hraní na hudební nástroj, kombinaci hudby a pohybu či představ a další metody (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 90, 94).

Muzikoterapie je využívána u pacientů různého věku a v různých oborech (intenzivní péče, paliativní péče, perioperační péče...). Nejčastěji využívána je hudba anxiolytická, která pomáhá tlumit vnímání úzkosti a bolesti. Pro účely klinické praxe je doporučována hudba pomalá (cca 60–80 úderů za minutu), bez textu a s intenzitou zvuku do 60 dB.

Mezi další techniky snižující předoperační úzkost patří například využití humoru, řízené představy, aromaterapie nebo reflexologie (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 91). Dalším důležitým prostředkem snižujícím předoperační strach a úzkost může být také návštěva rodiny či jiných blízkých. Blízcí dávají nemocnému svou přítomností najevo podporu a zájem o jeho zdraví. Návštěvy však mohou mít na nemocného i nepříznivý vliv. Děje se tak, pokud jsou blízcí přehnaně starostliví, lítostiví či pesimističtí, nebo pokud pacientovi poskytují mylné informace (Gulášová, 2012, s. 43).

1.6 Informovanost pacienta

1.6.1 Právo na informace

Na základě etického kodexu Práva pacientů, který definitivně zformulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR (roku 1992), má každý pacient právo získat informace potřebné k tomu, aby mohl zsvěceně rozhodnout, zda s navrhovaným léčebným a diagnostickým postupem souhlasí. Zároveň má právo být poučen o alternativních léčebných postupech a znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří jej budou ošetřovat a podílet se na jeho léčbě (MPSV, 2020). Právo na informace je také zakotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který

vychází z Úmluvy o lidských právech a biomedicině (Česko, 2021). Na základě tohoto zákona by měly být pacientovi poskytnuty informace o příčině jeho nemoci a navrhovaném léčebném postupu, včetně jeho možných rizik a o možných léčebných alternativách. Dále má pacient právo klást doplňující dotazy a poskytovatel zdravotních služeb by na ně měl srozumitelným způsobem odpovědět (Urban, 2017).

Pacienta je v souvislosti s operačním výkonem možné edukovat z mnoha pohledů. Informace týkající se typu operačního výkonu, důvodu operace, léčebných alternativ, rizika, možných komplikací a následků léčby podává operátor. Informace týkající se způsobu podání anestezie a možných komplikací podává anesteziolog. Informace týkající se průběhu perioperační péče může podávat perioperační sestra (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 87–88).

Důležité je i poskytnutí informací po operačním zákroku. Pacienti chtějí vědět, jak operace dopadla a zda nenastaly komplikace. Po operačním zákroku, jehož součástí je i zjištění nálezu a odběr vzorku, očekává pacient od lékaře podání zprávy. Zejména u zhoubných nádorů, chtějí pacienti co nejdříve znát názor lékaře a předpokládanou prognózu (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 100).

1.6.2 Význam sdělování informací

V posledních desetiletích došlo k výrazné změně ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Dřívější dominantní paternalistický model byl nahrazen modelem partnerským. V dřívějším tradičním vztahu měl lékař zcela výjimečné postavení. Byl považován za nositele vzdělanosti a rozhovor mezi ním a pacientem byl podřízen pravidlům paternalistického vztahu. Pacient lékaři vylíčil své obtíže a následně se plně svěřil do jeho péče (Haškovcová, 2015, s. 89–90). V dnešním partnerském modelu je kladen důraz především na vzájemný respekt a spolupráci. Lékař od pacienta očekává získání pravdivých informací o jeho zdravotním stavu a dodržování jeho doporučení. Pacient zase očekává profesionální a lidský přístup, podporu, zachování lékařského tajemství, zmírnění obtíží a poskytnutí informací. Pacient, který chápe příčinu své nemoci, lépe spolupracuje a je mu umožněno zasvěceně se účastnit rozhodování o dalším léčebném postupu (Janáčková, Weiss, 2008, s. 65–66).

Správná edukace pacienta je navíc jedním z významných ukazatelů kvality péče. Dnešní pacienti mají čím dál vyšší nároky na kvalitu poskytované péče a chtějí vědět nejenom, jaký výkon je čeká, ale i jak bude probíhat. O dění na operačních sálech si pacienti často vytváří představu na základě filmů a televizních seriálů. Takové představy však mohou být značně nepřesné a mohou i zvyšovat obavy pacienta (Matlochová, 2012, s. 41). Oproti tomu poskytnutí

dostatečného množství informací u většiny pacientů redukuje předoperační strach a úzkost a navozuje pocity větší jistoty. Samozřejmě velmi záleží na individuální osobnosti pacienta. Existují i tací, kteří se informacím vyhýbají a raději nechtějí nic vědět. Tento postoj souvisí s jejich copingovými mechanismy, které jim pomáhají vyrovnat se se zátěží. Méně úzkostní pacienti vyžadují spíše informace týkající se operačního zákroku. Více úzkostní naopak vyžadují informace o tom, jaké vjemy a pocity mohou nastat (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 87–88).

1.6.3 Zásady sdělování informací

Během poskytování informací je nutné dodržovat pár základních pravidel pro komunikaci s chirurgickými pacienty. Při komunikaci s chirurgickým pacientem je vhodné:

- Mluvit pomalu a srozumitelným jazykem.
- Rozebrat možnosti volby chirurgického zákroku, objasnit pozitiva a negativa.
- Podat informace o způsobu operace, její časové náročnosti a typu anestezie.
- Dát pacientovi dostatek času na vstřebání informací.
- Umožnit pacientovi pokládat doplňující otázky a vhodným způsobem na ně odpovědět.
- Poskytnout informace týkající se pooperačního období, možných nepříjemných pocitů či pobytu na JIP.
- Informovat o předpokládané délce pobytu a následné rekonvalescenci (Janáčková, Weiss, 2008, s. 109–110).

Při poskytování informací je také nutné myslet na to, že každý pacient je jiný. Tím pádem mohou stejné informace znamenat pro různé pacienty různé věci. Záleží hlavně na jejich schopnosti porozumět poskytnutým informacím a způsobu, kterým nahlíží na své zdraví. Souhlas pacienta s výkonem tak mnohdy může znamenat, že pacient svému lékaři důvěřuje, nikoli že opravdu chápe, co se bude dít a jaká rizika to pro něj přináší (Tate, 2005, s. 117).

1.6.4 Edukace perioperační sestrou

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., může všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí edukovat pacienty v oblasti specializovaných ošetrovatelských postupů a vytvářet pro ně informační materiály (Česko, 2019). Ve většině zdravotnických zařízení předoperační edukace zatím nepatří mezi standardní činnosti perioperačních sester. Existuje však několik zdravotnických zařízení, ve kterých perioperační sestry edukaci provádí. Ani zde však není edukován úplně každý pacient. U některých není z důvodu denní doby příjmu na edukaci čas, jindy jsou zase perioperační sestry zaneprázdněny prací na operačních sálech. Den před výkonem navíc pacient

mnohdy absolvuje různá vyšetření, pohovor s anesteziologem a chirurgem a předoperační přípravu a může být zahlcen informacemi. V takovém případě může být vhodnou alternativou informační leták s možností doptat se, pokud by měl pacient doplňující otázky (Wichsová, 2013, s. 134). Mezi další formy edukace patří také zhlédnutí videa či poskytnutí informací prostřednictvím webových stránek dané nemocnice.

Perioperační sestra edukuje pacienta pouze na základě svých odborných kompetencí. Nejčastěji poskytuje informace týkající se přijetí pacienta na operační sál, polohy během operace, vybavení operačních sálů a odvozu po ukončení operace. Během edukace musí klást důraz na zachování mlčenlivosti a na dodržení ošetrovatelské i lékařské etiky. Někdy může být obtížné vysvětlit, že některé informace sestra nemůže podat, a pacient se tudíž musí s některými svými dotazy obrátit na lékaře (Jedličková, 2019, s. 207).

Edukaci sestry provádí většinou den před operačním zákrokem v odpoledních hodinách po skončení operačního programu. Rozhovor probíhá na přání pacienta buďto v soukromí, nebo přímo na pokoji. Pacienty nejčastěji zajímá, v kolik hodin přijdou na řadu, kdo je bude operovat, zda si mohou ponechat spodní prádlo, případně vložku nebo zda budou někde muset procházet nazí. Někdy také zazní otázka, zda bude při operaci přítomna sestra, která edukaci prováděla. Na tom je vidět, jak je pro některé pacienty důležitá přítomnost známé tváře na operačním sále. Tento faktor je významný zejména u dětských pacientů (Matlochová, 2012, s. 41–42).

1.6.5 Informovaný souhlas

Nezbytnou podmínkou přípustnosti chirurgického zákroku je souhlas pacienta. Pacientovi musí být před zákrokem poskytnuty úplné, pravdivé a srozumitelné informace, na základě kterých učiní rozhodnutí. Svůj souhlas pak může kdykoliv svobodně odvolat. U nezletilých osob a osob zbavených způsobilosti k právním úkonům vyslovuje souhlas po získání informací zákonný zástupce. Existují i zákonem stanovené výjimky, při kterých není potřeba získat od pacienta či zákonného zástupce informovaný souhlas. Mezi tyto výjimky patří například povinné léčení u osoby jevící známky intoxikace či duševní choroby, která ohrožuje sebe a své okolí. Dále je to možné v případě, kdy vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta nelze získat jeho souhlas a jedná se o nezbytný výkon, nutný k záchraně života či zdraví (Zeman, Krška, 2011, s. 458–459).

Poučení před získáním informovaného souhlasu poskytuje pouze ten zdravotník, který je oprávněn zákrok provést. V případě operace tedy nemůže lékař tuto povinnost převést na sestru.

Poučení musí být poskytnuto za vhodných okolností. Vhodné není poskytovat informace během vizity nebo v čekárně před ostatními pacienty (Zeman, Krška, 2011, s. 458–459).

1.6.5.1 Formy informovaného souhlasu

Informovaný souhlas s navrhovaným diagnostickým či léčebným postupem může pacient vyjádřit třemi způsoby – ústně, písemně či konkludentně (neboli souhlasným gestem). O konkludentním souhlasu mluvíme například v případě, kdy lékař vyzve pacienta k otevření úst, aby mohl zhodnotit nález v krku, a pacient jej uposlechne. Ústní a konkludentní forma jsou užívány často v běžných situacích, jejich nevýhodou je však nemožnost souhlas zpětně prokázat. Z toho důvodu volí lékaři v případě závažnějších a invazivnějších zákroků raději písemný souhlas. Takový souhlas může totiž posloužit jako ochrana zdravotníků při případném sporu či žalobě (Haškovcová, 2015, s. 79). Tento písemný souhlas však v žádném případě nenahrazuje osobní poučení lékařem. Je pouze písemným stvrzením toho, o čem byl pacient lékařem poučen. Zároveň není možné, aby byl písemný informovaný souhlas předložen k podpisu sestrou, bez předchozího rozhovoru pacienta s lékařem nebo byl dokonce předložen k podpisu v takovém stavu, který vylučuje možnost řádného poučení (Zeman, Krška, 2011, s. 459).

1.6.5.2 Problematika informovaných souhlasů

Některé zahraniční studie dokazují, že řada pacientů informované souhlasy nečte pečlivě, nebo je dokonce nečte vůbec. Důvodem je předpoklad, že zdravotníci dostatečně zhodnotí rizika a přínosy zákroku za ně. Dalším důvodem je, že se rozhodli podstoupit zákrok ještě před podpisem informovaného souhlasu, a tak již není nutné ho číst. Z toho důvodu je nutné povzbuzovat pacienty, aby se spolupodíleli na plánování léčby a přijali také zodpovědnost za své zdraví (Tate, 2005, s. 117).

Problematika informovaných souhlasů byla řešena i na konferenci České lékařské komory v roce 2018. Diskutováno bylo zejména to, zda informovaný souhlas plní svou původní funkci, kterou je docílení funkční spolupráce mezi lékařem a poučeným pacientem, nebo se z něj stal jen pouhý administrativní proces, zatěžující lékaře a pacienty. Většina odborníků se shodla v tom, že používání informovaného souhlasu je stále nezbytné, například z důvodu právní ochrany zdravotníků. Avšak v žádném případě nesmí nahradit nebo uspíšit osobní kontakt a rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem (Tempus medicorum, 2018, s. 18–21).

1.6.5.3 Obsah informovaného souhlasu

Písemný informovaný souhlas by měl obsahovat:

- informace o povaze a účelu navrhovaného diagnostického či léčebného postupu a o prospěchu pro pacienta,
- informace o možných rizicích a o důsledcích léčby (např. předpokládaná délka pracovní neschopnosti atd.),
- informace o možných léčebných alternativách,
- záznam o tom, že byl pacient ústně poučen lékařem, že poskytnutým informacím rozuměl a že měl možnost doptat se,
- prohlášení, že bude zajištěna ochrana osobních dat a údajů o zdravotním stavu pacienta.

Informovaný souhlas musí dále obsahovat údaje o pacientovi (jméno a příjmení, rodné číslo, adresa), jeho podpis a podpis lékaře (případně jiného kvalifikovaného pracovníka), datum a razítko instituce (Haškovcová, 2015, s. 80).

Eticky mírně problematická se může jevit povinnost uvádět v informovaném souhlasu rizika a možné alternativy chirurgického zákroku. Pravdou je, že každý výkon (i na první pohled banální výkon) je zatížen určitou mírou rizika. Na jednu stranu není vhodné pacienty děsit, je ovšem třeba je o této pravdě informovat. Do informovaného souhlasu není možné vepsat veškerá existující rizika, jelikož některé komplikace mnohdy nemůže domyslet ani lékař. Proto se uvádí pouze rizika závažná a častá (Haškovcová, 2015, s. 81).

1.7 Komunikace a vzájemné vztahy

Kontakt mezi zdravotníkem a pacientem vyžaduje od zdravotníka nejenom psychologické znalosti, ale i schopnost osobní angažovanosti, empatie, postřehu a pohotovosti, které podmiňují umění psychologicky správně jednat s pacientem (Zacharová, 2011, s. 158).

1.7.1 Komunikace mezi lékařem a pacientem

Vztah mezi pacientem a lékařem bývá často komplikovaný a plný rozporů. Jedná se o tzv. ambivalentní vztah, jelikož pacient ve vztahu k lékaři zažívá více protichůdných pocitů. Na jednu stranu doufá, že mu lékař pomůže od obtíží, avšak na druhou stranu zažívá i pocity nedůvěry a závislosti. Vztah mezi nimi je závislý na jejich osobním vztahu a také na vhodné komunikaci a výměně informací. Správná komunikace může mít pozitivní vliv na dodržování pokynů od lékaře a průběh nemoci. Mezi další faktory, které ovlivňují vztah mezi lékařem a pacientem patří například předchozí zkušenost pacienta, jeho aktuální psychický vztah, první dojem nebo tolerantní a chápavý přístup lékaře (Zacharová, 2011, s. 159–160).

Problémy v komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem jsou poměrně časně. Problém není v tom, že by zdravotníci s pacienty nekomunikovali, ale v tom, jakým způsobem s nimi komunikují. Raudenská a Javůrková (2011, s. 90) ve své publikaci uvádí, že problémy v komunikaci lze z pohledu pacienta vyjádřit těmito pocity: lékař mě neposlouchá; nevěří mi; nepřikládá význam mým obtížím; nedokáže říct, co je příčinou mých obtíží; není k zastížení, když s ním potřebuji mluvit; pořádně mě nevyšetřuje; nedokáže říct, zda jsem zdrav/a.

Komunikace ve zdravotnictví by měla být oboustranná a měla by zahrnovat jak přímou komunikaci zdravotníka, tak i vyslechnutí pacienta. Nasloucháním lékař neztrácí čas, ale naopak získává důležité informace, které by se pravděpodobně nedozvěděl, pokud by pacientovi pokládal pouze uzavřené otázky. (Ptáček, Bartůnek, 2011, s. 40, 41, 42)

Dalším problémem mohou být odborné výrazy, které zdravotníci při komunikaci používají. Hlavně lékaři, ale mnohdy i sestry a další zdravotnický personál mluví svou vlastní řečí, která se liší od řeči, kterou používá pacient. Nachází se v ní spousta cizích a odborných termínů, latinská slova, pojmy z anatomie atd. Není se tak čemu divit, že pacienti mívají problém, takové řeči porozumět (Křivohlavý, 2002, s. 75).

1.7.2 Komunikace mezi sestrou a pacientem

Postavení zdravotní sestry ve vztahu k pacientovi může být mnohdy ještě složitější nežli postavení lékaře. Pacient na sestru nahlíží ze dvou pohledů – jako na osobu úzce spolupracující s lékařem, ale také jako na samostatný celek. Sestra má většinou možnost poznat osobnost pacienta více, jelikož s ním tráví více času. V očích pacienta je mnohdy prostředníkem mezi ním a lékařem a člověkem poskytujícím péči, oporu a porozumění (Zacharová, 2011, s. 159–161).

Zacharová (2011, s. 207) popisuje základní dovednosti, které by sestra měla ovládat, aby byla komunikace mezi ní a pacientem efektivní. Sestra by podle ní měla:

- pozorně pacientovi naslouchat,
- srozumitelně komunikovat,
- umět reagovat na průběh rozhovoru a emoční projevy pacienta,
- vybízet pacienta ke komunikaci a verbalizaci svých pocitů,
- ujišťovat se, zda pacient rozumí,
- udržovat oční kontakt,
- veřejně pacienta nekritizovat,
- brát ohledy na jeho přání a soukromí.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Výzkumné otázky

Na základě cílů práce byly stanoveny následující výzkumné otázky.

1. Jaké jsou zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem?
2. Z čeho měli pacienti strach v předoperačním a pooperačním období a co jejich strach vyvolávalo?
3. Co pacientům pomáhalo jejich strach zmírnit?
4. Jaké zkušenosti mají pacienti s informacemi, které jim byly poskytnuty zdravotnickým personálem?

2.2 Metodika výzkumu

Pro vypracování praktické části této diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kutnohorská (2009) definuje kvalitativní výzkum jako nematematický analytický postup, který se zabývá analýzou zkoumaných jevů, odhalováním jednotlivých složek, hledáním jejich vzájemných souvislostí a interpretací funkcí, které plní. Během kvalitativního výzkumu je tazatel zahlcen velkým množstvím informací, které mu umožňují poznat širší kontext jevů. Tazatel tak musí umět rozlišit, které z informací jsou více důležité a které naopak méně. K tomu potřebuje dostatek času, cit pro analýzu textu a znalost dané problematiky (Kutnohorská, 2009, s. 22–23).

Sběr dat byl uskutečněn prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturovaný rozhovor je nejčastěji využívaná technika sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu, která se svým provedením nachází někde mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem. Nejdůležitější část polostrukturovaného rozhovoru tvoří jádro, které se skládá z témat a otázek, které tazatel potřebuje probrat. Toto jádro je v průběhu rozhovoru doplňováno o další témata a otázky, kterými tazatel pružně reaguje na průběh rozhovoru. Základ tvoří konverzace, která tazateli umožňuje měnit rychlost, styl i pořadí otázek, a tím docílit dostatečně obsáhlých odpovědí (Mišovič, 2019, s. 79–80). Polostrukturované rozhovory v této diplomové práci vycházely z těchto předem připravených témat:

- Stanovení diagnózy a předoperační období
- Strach a obavy před operací
- Informovanost
- Příjezd na operační sál

- Probuzení po operaci
- Strach a obavy po operaci
- Chování a komunikace zdravotnického personálu
- Celková spokojenost s hospitalizací

Každý rozhovor byl zahájen otázkou: Jak došlo k odhalení nemoci? Cílem této otázky bylo zahájit konverzaci, rozmluvit informátory a následně plynule navázat na další témata rozhovoru.

2.3 Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumu byli zařazeni onkologičtí pacienti, kteří prodělali chirurgickou léčbu nádorového onemocnění v celkové anestezii. Pacienti byli tazatelkou oslovováni na lůžkovém oddělení onkologie v nejmenované nemocnici krajského typu. Na toto oddělení byli přijímáni z důvodu onkologické léčby, nejčastěji v podobě chemoterapie, radioterapie nebo kombinace těchto metod, tedy konkomitantní terapie. Podmínkou pro zařazení do výzkumu byla mimo jiné ochota zúčastnit se a podělit se o své zkušenosti a také podepsat informovaný souhlas pro účastníky rozhovoru (viz příloha A). Zařazení do výzkumu nebylo limitováno pohlavím. Jednalo se o dospělé a orientované pacienty, kteří podle zdravotnické dokumentace neměli diagnostikovanou demenci. O účast ve výzkumu nebyli žádáni pacienti v terminálním stádiu nemoci a pacienti v těžkém stavu, kterým by rozhovor působil obtíže. Celkem se do výzkumu zapojilo 8 informátorů, z toho bylo 5 žen a 3 muži. Jejich počet nebyl předem stanoven. Konečný počet byl ovlivněn saturací dat. Rozhovory byly tedy ukončeny ve chvíli, kdy další výzkum již nepřinášel nové informace. Charakteristiky jednotlivých informátorů jsou uvedeny v následující tabulce. Pro zjednodušení jsou informátoři dále označováni pomocí zkratky, kdy R znamená rozhovor a 1 číslo rozhovoru.

Tabulka 1 - Charakteristiky jednotlivých respondentů

	Věk	Pohlaví	Základní diagnóza	Operační výkon	Důvod přijetí
R1	58 let	žena	Tumor mediastina	Extirpace tumoru předního mediastina	RT
R2	59 let	žena	Karcinom žaludku	Laparoskopická adnexektomie, punkce ascitu	CHT+RT

R3	43 let	muž	Karcinom hrany jazyka	Resekce tumoru hrany jazyka, disekce uzlin vlevo	CHT+RT
R4	80 let	muž	Karcinom žaludku	Resekce žaludku BII, cholecystektomie, supramesokolická lymfadenektomie	CHT+RT
R5	61 let	žena	Granulózový tumor ovaria	Diagnostická laparoskopie, extirpace tumoru ze stěny břišní	CHT
R6	69 let	muž	Karcinom sigmatu	Resekce sigmatu, anastomosis double stapling	CHT
R7	46 let	žena	Karcinom ovarii bilat.	Abdominální hysterektomie, adnexektomie bilat., apendektomie, omentektomie	CHT+BT
R8	51 let	žena	Karcinom rekta	Axiální transverzostomie	CHT+BT

2.4 Sběr dat

Sběr dat probíhal od listopadu roku 2020 do ledna roku 2021. Před zahájením byl získán souhlas nemocnice a vrchní sestry daného oddělení s provedením výzkumného šetření. Jak již bylo popsáno výše, informátoři byli tazatelkou oslovováni přímo v nemocnici během hospitalizace. Před zahájením polostrukturovaného rozhovoru bylo každému z informátorů podrobně vysvětleno, jaký je účel výzkumu, a popsáno, jak bude rozhovor probíhat. Zároveň byl každý z informátorů ujistěn o dobrovolnosti, anonymitě a možnosti kdykoliv z účasti na výzkumu odstoupit. Rozhovory probíhaly v tichém a klidném prostředí, často přímo na pokoji informátora (pokud nebyli přítomni ostatní pacienti). Během rozhovorů byl na mobilní telefon pořízen zvukový záznam. Nejdelší rozhovor trval 45 minut a nejkratší 16 minut. Délky záznamů jednotlivých rozhovorů jsou zobrazeny v následující tabulce.

Tabulka 2 - Délky trvání jednotlivých rozhovorů

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
27 min	20 min	19 min	16 min	23 min	30 min	45 min	18 min

2.5 Analýza získaných dat

Získané rozhovory byly za pomoci programu Microsoft Word přepsány do písemné podoby technikou doslovné transkripce. Během transkripce nebyl mluvený projev převáděn do spisovné češtiny, zbavován chyb ve větné skladbě, ani jinak upravován. Jedná se o jeden z možných doporučených postupů doslovné transkripce (Hendl, 2005, s. 208).

Během zpracování dat byla pro zpřehlednění využita technika otevřeného kódování. Cílem této techniky je označovat a kategorizovat pojmy a současně identifikovat zajímavá témata obsažená v textu. „*Podstata otevřeného kódování je spojena se schopností zachytit co nejvíce konkrétních informací co nejmenším počtem kódů.*“ (Mišovič, 2019, s. 163). Po pečlivém přečtení byly jednotlivým významovým jednotkám obsaženým v rozhovorech přiřazovány kódy. Celkem bylo vytvořeno 19 kódů, které byly na základě podobnosti rozděleny do 4 kategorií.

Tabulka 3 - Kategorie kódů

Kategorie kódů	Kódy
Strach a obavy	Konkrétní obavy
	Související faktory
	Mírnění strachu a úzkosti
	Největší opora
	Role zdravotnického personálu
	Stresující situace
Informovanost	Pooperační obavy
	Spokojenost s poskytnutými informacemi
	Nejlepší zdroj informací
	Možnost klást doplňující dotazy

	Zájem o informace
	Důsledek informací
	Čtení informovaného souhlasu
	Důvody nepřechtení/nedostatečného přechtení IS
	Pooperační informace
Operační sál	Cesta na operační sál
	Prostředí operačních sálů
	Personál operačních sálů
Celková spokojenost s hospitalizací	Komfort
	Chování a komunikace personálu
	Zájem o potřeby

Pro analýzu textu byl využit analytický postup interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Tento analytický postup se skládá z následujících šesti kroků, které doporučují autoři Koutná Kostínková a Čermák (2013, s. 16–21):

0. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu – uvědomění si motivace a vlastních zkušeností s tématem. Tato nultá fáze umožňuje uvědomit si naši vlastní interpretativní roli ve výzkumném procesu a díky tomu užitečně a validně pracovat s daty.
1. Čtení a opakované čtení – cílem tohoto kroku je vzbudit ve výzkumníkovi zájem o data a schopnost vidět svět očima informátora. Zahrnuje opakované čtení, přepis, případně znovuposlechnutí nahrávky.
2. Počáteční poznámky a komentáře – nejdetailnější část analýzy zahrnující podtrhávání, psaní poznámek a komentářů a otevřené kódování.
3. Rozvíjení vznikajících témat – prostřednictvím našich předchozích poznámek a komentářů organizujeme a interpretujeme data a formulujeme tzv. rodící se témata.
4. Hledání souvislostí napříč tématy – mapování vzájemných vztahů a propojení mezi zformulovanými tématy.
5. Analýza dalšího případu – opakování předešlých kroků u dalších případech.

6. Hledání vzorců napříč případy – propojování jednotlivých analýz a hledání souvislostí mezi zkušenostmi jednotlivých informátorů. Výsledkem může být tabulkové či grafické znázornění vztahů.

2.6 Interpretace získaných dat

V následující části diplomové práce jsou blíže představeny kategorie kódů, získané během otevřeného kódování. Jednotlivé kódy jsou zde doplněny o doslovné transkripce z rozhovorů s jednotlivými informátory. Byly vytvořeny mapy kódů, které představují jednotlivé kategorie a také znázorňují, jak spolu některé kódy a kategorie kódů souvisí. Oranžově jsou znázorněny jednotlivé kódy a modře skupiny kódů. Červená šipka znázorňuje vzájemnou souvislost mezi některými kódy a kategoriemi.

2.6.1 Strach a obavy

Tato kategorie se zaměřuje na obavy pacientů, příčiny těchto obav a jejich mírnění. Celkem obsahuje 8 kódů. Některé kódy v této kategorii spolu navzájem souvisí. Zároveň má tato kategorie blízký vztah s kategorií informovanost.



Obrázek 1 - Mapa kódů – Strach a obavy

a) Konkrétní obavy

Informátoři byli tázáni, z čeho měli před operací obavy. Z rozhovorů vyplývá, že nejčastěji se báli toho, že se operace nepovede a že dojde k poškození během operace, nebo že už se nevzbudí. Mezi další uvedené obavy patří strach z neznáma, z bolesti, ze ztráty kontroly, z anestezie a z toho, aby se nevzbudili během operace.

R1 „Člověk si vlastně vůbec neumí představit, co ho čeká, takový strach z neznáma a z té anestezie. A teďka já jsem prožila tu strašnou bolest, když jsem byla minule v té nemocnici a tam vlastně do mě dělali ty díry do hrudníku a nikdo si neumí představit tu bolest hrudníku, to je něco strašného, takže i z té bolesti zase.“

R2 „Jako před tím se honí myšlenky, samozřejmě že vás uspěj, vzbudíte se? Nevzbudíte se? Teď aby se ta operace povedla, aby se něco nepokazilo.“

R3 „No spíš tý samotný operace, protože mi bylo řečeno, že to bude velkej zákrok poměrně a upozornili mě lékaři, že prostě abych počítal v uvozovkách se spousty věcmi, co by se mohlo stát, nestát.“

R4 „Ne ani ne. Jako samozřejmě jsem chtěl, aby to dobře dopadlo, trošku strašák tam byl, aby to všechno vyndali, jako ten nádor, aby se povedla operace. Ale já jsem to tak bral, že už mám taky nějaký věk. Já jako i když jsem měl třeba nějakou bolest s těma zádama, tak se to snažím překonávat no.“

R5 „Já nejsem ten typ člověka, je moc málo věcí, kterých bych se bála. Samozřejmě je tam předtím nějaká ta nervozita, úzkost, ale já to moc neprožívám.“

„Mě je vždycky jen trochu nepříjemný, že o sobě nebudu vědět, že to jako nemůžu ovlivnit, co se bude dít.“

R6 „No, z čeho jsem měl strach. Jak to říct. Já mám problémy se srdcem, tak jsem si říkal, aby vůbec vydrželo to srdce. Protože já mám srostlý dvě chlopně, takže určitá taková zátěž tam byla.“

„Člověka napadne i taková blbost, abych se třeba neprobudil při tý operaci, nebo aby mě třeba nějak nepoškodili nechtěně. I když jsem jako samozřejmě věděl, že je to nepravděpodobný.“

R7 „To víte, že jsem se bála. Když přišla paní anestezioložka, tak právě mě říkala, co mě jakože čeká. Že vlastně bude ona u toho a já jsem se jí akorát ptala, jestli se vzbudím z narkózy. A ona mě říká: To víte, že se vzbudíte. A já říkám: Ale abych se jako nevzbudila při tý operaci jo.“

A ona: Ne to jakože určitě rozhodně ne. A teď mi vysvětlovala, jak je to operační lůžko, tak prostě že to nejde, aby se ten člověk, že prostě jsme hlídáný celkově přístrojema.“

R8 *„No že už se neprobudím. Že se prostě něco pokazí během té operace a že se buďto vůbec neprobudím nebo třeba jo, ale že se něco nepovede, tak jak má.“*

b) Související faktory

Na základě rozhovorů byly definovány faktory, které ovlivňovaly, jak velký strach a úzkost měli informátoři před operací. Mezi tyto faktory patří důvěra v lékaře, informovanost, osobnost člověka, přítomnost onkologické anamnézy, přítomnost dalších onemocnění a typ výkonu (rozsah, náročnost, možné komplikace). Velmi důležitým faktorem je předchozí zkušenost s operací. Obecně se informátoři báli více, pokud to byla jejich první operace v životě. Negativně však může působit i předchozí špatná zkušenost s operačním zákrokem, což zmiňuje informátorka č. 1. Dalším velmi důležitým faktorem se ukázal být čas. Někteří informátoři hovoří o tom, že je lepší jít rychle na operaci a nemít tak moc času na přemýšlení.

R1 *„Když jsem byla minule v té nemocnici a tam vlastně do mě dělali ty díry do hrudníku a nikdo si neumí představit tu bolest hrudníku, to je něco strašného, takže i z té bolesti zase. Pak přivezli ještě takovej obří přístroj, prej kvůli kyslíku nebo co, mě to dusilo, no to bylo strašný, takže už kvůli těmhle zážitkům, který jsem měla předtím. Takže fakt jsem se jako bála, už jsem si fakt tolik zkusila předtím.“*

„Ta předchozí zkušenost a do toho vlastně ještě i důvod té operace, že je to vlastně kvůli nádoru.“

R2 *„U mě to je vždycky taková rychlovka, že nemám nikdy moc šanci nad tím přemýšlet.“*

„Ale když už potom jsem před tou operací, tak já prostě důvěřuju. Když už prostě nastane ta situace, tak doktorům věřím.“

„Já ani přesně nevěděla, v kolik pojedu, jen tak jako přibližně, to mě pak připravovali na ten výkon, tak to bylo asi jediný, co mi tam trochu vadilo.“

R3 *„...protože mi bylo řečeno, že to bude velkej zákrok...“*

„...ale ten den toho přijetí na tu operaci už člověk vlastně ani nestihne vůbec nějak přemejšlet...“

„...dali mi vlastně termín operace, o kterým jsem věděl a ten termín byl vlastně ještě o něco delší, protože tam neměli, dalo by se říct místo, takže tam to nebylo zas tak hned. Takže asi spíš ten měsíc toho čekání na tu operaci, než jsem dospěl vlastně, tak tam člověk má čas asi na

takový ty pochody. Přemejšlet nad tím, co by se mohlo stát, co se děje vlastně, co se odehrává. Že tam byl spíš ten časovej horizont, mezi tou operací, takovej šrotovej, že prostě člověk měl čas nad tím přemejšlet, což bylo blbý.“

„Ano, moje první operace. Úplně první operace, což mi říkal pan doktor, že jsem si nemohl vybrat lepší operaci, než je tahle (smích).“

R4 *„No, jak říkám, já už toho mám za sebou hodně, já jsem byl v Sýrii a v Iráku, jako na montáži. A hlavně to nebyla první operace v životě a já mám v celku jako dobrý zkušenosti s doktorem a s tou nemocniční péčí, takže já jim jako důvěřuju, že udělají, co se dá. Říkám, nesmí se člověk vzdávat, musí bojovat.“*

R5 *„Je i možný, že je to tím, že to nebyla moje první operace, ale já si myslím, že je to hlavně na osobnosti toho člověka. Někdo může být operovaný 50x a stejně bude mít pořád psychiku na nule. Já jsem prostě takovej jinej typ, mě moje starší dcera říká, že jsem cynik. Já jsem takovej pozitivní člověk, nepřítel katastrofických scénářů.“*

R6 *„Já mám problémy se srdcem, tak jsem si říkal, aby vůbec vydrželo to srdce. Protože já mám srostlý dvě chlopně, takže určitá taková zátěž tam byla.“*

„...tak jsem jí právě říkal, že mám z toho jako obavy. Že to je moje první operace...“

„No obavy byly furt. Protože když vám řeknou, že máte vlastně rakovinu...“

R7 *„... a teď ještě když řekli, že je to opravdu velká a náročná operace, která bude trvat 4 hodiny.“*

R8 *„Jinak jsem žádnou jinou operaci neměla. A dá se říct, že jsem měla fakt strach z té operace. Člověk z toho má strach, když na jiný operaci nikdy nebyl.“*

c) Mírnění strachu a úzkosti

Předoperační strach a úzkost pacientům pomáhala mírnit například premedikace a rodina. Dva z informátorů zmiňují činnosti zaměstnávající mysl, jako je čtení a pletení. Informátorkám č. 7 a 8 výrazně pomohl rozhovor s psychologkou. Za informátorkou č. 7 se však psychologka stihla zastavit až po operaci. Rozhovor s psychologkou absolvoval i informátor č. 6. Ten ale naopak uvádí, že to pro něj nemělo žádný přínos, jelikož necítí potřebu se se svými pocity někomu svěřovat. Někteří z informátorů dále hovoří o vnitřních faktorech, jako je dobrá psychika, pozitivní myšlení, vzpomínání na domov nebo myšlenka na to, že už to bude mít za sebou.

R1 „No asi ta myšlenka na to, že už to člověk bude mít za sebou. A pak taky člověk dostane ty tablety před operací.“

R2 „Já přemýšlím... Protože člověk jako, když se mu honějí myšlenky, tak hledá pozitiva hlavně, že si uvědomuju, že to nemusí dopadnout špatně a tak, spíš mám oporu v tý rodině. A já jsem dřív dělala ráda ruční práce, tak třeba teďka když jsem se začala onkologicky léčit, tak jsem se zase vrátila k pletení, že mám malý vnučky, tak jsem začala plíst svetříky, tak to jsem tam taky měla s sebou.“

R4 „Asi ani ne, já si myslím, že to je jako přirozený pociťovat před zákrokem takovou jako úzkost že jo, nebo jak to nazvat. Pak akorát sestra přinesla ty pilulky, tak to mi pak bylo vůbec dobře.“

R5 „Já si prostě umím sama sobě ulevit. Já nejsem typ člověka, že bych si někde sedla a teď si stříádala ty špatný myšlenky. Já si myslím, že 90 % úspěchu je dobrá psychika.“

R6 „No podpora od rodiny.“

Pak jako mi zkusila zařídit, nevím, jestli o tom mám mluvit, psychologku že jo taky. To jsem říkal, že nikam nejedu, že to nemá cenu. Ale ona: Už jsem tě prostě objednala. Už mě prostě postavila před hotovou věc. No tak když jsem u ní byl, tak jsme si tak nějak povídali, no. Pak když jsem odcházel, tak ona říkala: Můžete mi říct, jestli vám tohle vyprávění něco jako přineslo? No a já jsem říkal: No, jestli mám bejt upřímněj, tak mi to připadá, jako kdybych tady nebyl.

„No ještě já rád čtu, mám různě z knihovny nebo vlastní. Takže před tou operací jsem si četl, abych si jako zkrátil to čekání. To i tady u vás si čtu.“

R7 „No akorát co, tak víte co, prostě jsem vzpomínala na domov. Hlavně děti že jo. A říkám, mám teďka vnučka. A kor, když se mi chtělo brečet, nebo už jsem jako brečela... Tak říkám, takhle to nejde brečet prostě. Život jde dál. Musím to zvládnout, a hlavně ty děti, mám doma děti, který mě drže nad vodou.“

„Právě já jsem chtěla, právě jak se léčím s těma nervama, že jo, tak jsem chtěla taky někoho na vyzpovídání. Tak sestřička ochotná: Jojo, já zavolám. Jenomže to nebylo její vinou, to bylo, že bylo 28. října, což byl svátek a von tady nikdo nebyl. A tak říká: Nechcete alespoň v pátek po tý operaci? A já říkám: Klidně i po tý operaci, budu za to strašně ráda a vděčná, když prostě za mnou, jakože teda opravdu někdo přijde a já se mu, jakože vyzpovídám. Takže opravdu pak

v pátek přišla mladá příjemná paní doktorka a prostě popovídali jsme si a trošičku se mi ulevilo no.“

R8 *„Psycholožka. To mi ji sem poslali, takže ta se mnou jako promlouvala, to mi pomohlo.“*

d) Největší opora

Pro většinu informátorů byli největší oporou jejich nejbližší (rodina, partneři, přátelé). Informátorka č. 1 zároveň uvedla, že se snažila uklidňovat rodinu a být sama sobě největší oporou.

R1 *„No já bych řekla, že já sama sobě, protože všichni z toho byli na mrtvici, protože už podruhé plíce, takže věděli, čím jsem si už prošla. Takže já jsem každému říkala: Ne, teďka už to bude dobrý. A oni viděli, že se to snažím brát v pohodě, takže pak se začali uklidňovat. I když třeba mamka mi volala, začala mě uklidňovat, tak jako máma že jo.“*

R2 *„No to asi ta rodina, hlavně dcera. Všichni se snažili mě podpořit a pomáhat.“*

R3 *„Největší oporou byl pro mě můj otec a moje přítelkyně.“*

R4 *„Asi dcera. Ta mi tak jako i pomohla všechno zařídit a vyjednat.“*

R5 *„Tak asi rodina, dcery hlavně. A pak taky kamarádka.“*

R6 *„No podpora od rodiny. Manželka hodně, dcera taky, ta mě sem doprovázela. To byl takovej můj tiskovej mluvčí. Ta jako hodně tady zařídila, a tak jsem jako mohl být v klidu celkem.“*

R7 *„Syn.“*

R8 *„Asi syn.“*

e) Role zdravotnického personálu

Většina informátorů sama od sebe neuváděla, že by jim zdravotnický personál pomáhal mírnit předoperační strach a úzkost. Při konkrétním dotazu se nad touto otázkou všichni zamysleli a nakonec uznali, že jim zdravotníci různými způsoby pomohli cítit se před operací lépe. Hovořili o přátelské komunikaci, dostatku informací, úsměvu, podání premedikace a laskavém a klidném přístupu.

R1 *„Jo to asi taky. Takový ten lidský rozhovor, a že byly všichni příjemný. A hodně ten doktor, ten byl fakt úžasný, všechno mi to vždycky vysvětlil.“*

R2 *„No to taky určitě, když jsem viděla, že se mou zacházej dobře, že se i třeba usmívaj, tak to mě nabilo. Ale že bych se přímo svěřovala s nějakýma obavama, to snad ani nebyl čas.“*

R3 „Byl tam dobrej kolektiv lidí, prostě jako máte třeba i tady. A ty člověka uklidněj, dostane prášček, pohovor s anesteziologem, lékaři s váma prostě komunikujou. Takže vesměs mě uklidnili a prostě šlo se na zákrok.“ Takže chápu to dobře, že co vám třeba pomáhá mírnit strach, je ten dostatek informací? „Dostatek informací, příjemnej přístup toho personálu, prostě všeobecně ta kolektivní práce.“

R4 „Nevím no, ale tak asi jo. Já jsem takovej ukecanej, mám rád lidi kolem sebe. Takže takovej ten přátelskej rozhovor, ten dělá hodně. Samozřejmě když je čas, to já zas jako vím, že občas tam sestřičky lítaly.“

R5 „No přemýšlím... Možná jedinej když vezmu ty informace. To já jsem vždycky rači, když pořádně vím, co a jak, proč.“

R6 „To mi pomohla asi anestezioložka, která mě vlastně vysvětlila, jak to bude. Já jsem jí říkal, že mám z toho strach, tak mi vysvětlila, jak to bude a prostě vím, že jsem tam ležel a ona říkala: Já si tady jenom na vás zlehka dám masku a pak už jsem byl zas najednou na pokoji.“

R7 „Tak sestřičky byly určitě mírumilovný, ty byly teda hodný, ale že by jako něco... Vždycky akorát třeba jenom přišly a v tom smyslu, že jako: Nebud'te smutná, ono to bude dobrý. Jedna přišla s tím, že už to budu mít konečně za sebou a že budu mít, jakože po bolestech. Jo jako toho břicha a všeho.“

R8 „Kromě té psychologičky asi ne. Ale já jsem se jich spíš ani neptala, nebo neříkala jsem jim o tom, že mám obavy. Jako cítila jsem se dobře, že třeba sestra byla před operací taková chápatá. Nějak na mě nespěchala, všechno v klidu. Ale ta psychologička, to jsem byla moc ráda, že za mnou byla.“

f) Stresující situace

Informátoři také hovořili o tom, které situace před operací jim připadaly nejvíce stresující. Za nejvíce stresující nejčastěji označují okamžik, kdy jim byla sdělena onkologická diagnóza a nutnost operace a čekání na odjezd na operační sál. Mezi další uvedené situace patří cesta na operační sál, okamžiky na sále těsně před operací, příjezd do nemocnice, odložení operace nebo nemožnost napít se před operací.

R1 „Nejvíce stresující situace... To asi bylo, když jsem se dozvěděla, že vlastně půjdu na tu operaci. To, jak jsem říkala, to bylo asi nejhorší, že jo. A pak v nemocnici, to má člověk takovou největší úzkost asi, jak čeká na tu operaci, než si pro něj přijdou. A pak asi ještě ta cesta na sál, i když to už je člověk takovej trochu oblblej.“

„A teďka já jsem fakt měla smůlu, že ještě se mně stala ta věc, že vlastně jsem měla jít ráno, anebo nějak během dopoledne. A teďka už bylo poledne, odpoledne a nic a já jsem si říkala, něco se děje, něco je špatně. Vlastně doktor pak přišel, to už jsem viděla, že je takovej smutnej a říkal: Víte co, nám teďkon někoho přivezli, prostě něco akutního, takže že mě nemůžou ten den udělat. No a říkal jeden dva dny. Takže já jsem se na to připravila psychicky už konečně a teď zase nic. No ale on to nějak zařídil, a ještě večer přiběhl, že teda jdu hnedka jako první ráno.“

R2 *„No tak když to tak vezmu, tak mě asi tak trochu stresoval ten příjem do nemocnice, to už to bylo najednou takový opravdový. Člověk se tam ocitne najednou sám, samozřejmě rodina třeba na telefonu, ale na pokoji cizí lidi. Hlavně tam nemá takovej ten svůj komfort, koupelna společná. Ale pak už to bylo dobrý. No a pak určitě ten den před tou operací, to už jsem z toho byla taková nervózní.“*

R3 *„V nemocnici, co bylo konkrétně nejdepresivnější, to asi tak nějak těch posledních 10 minut před anestezií.“* Jako když už ležíte na tom sále? *„No, když už člověk leží a potom už vidí ty světla a vidí, jak se prostě něco blíží.“*

R4 *„No to asi když mi to řekli, že mám tu nemoc a že musím na operaci.“* A když už jste pak byl v nemocnici? *„Tak asi to čekání ráno, než si pro mě přijdou a vodvezou mě, to jsem byl akorát takovej trochu nervózní. Jinak mě nic nenapadá. Jo, a to si teda pamatuju, že to docela trvalo, docela jsem čekal, a to mě štválo, že se nemůžu napít. Já měl hroznou chuť se napít.“*

R5 *„Nejvíc jsem tu nervozitu pocítovala, jak jsem čekala, kdy vyrazíme na sál. Jinak říkám, já jsem to moc neprožívala.“*

R6 *„No stresující. No víte, když vám někdo řekne, že máte rakovinu. Bylo to dobrý, furt to bylo v pohodě, ale někdy jsem prostě seděl, koukal jsem na televizi, pak jsem o tom začal přemýšlet a polil mě takovej stres. Nebo jestli myslíte už v nemocnici? To asi když přišla sestřička, že jako jedeme, to mě tak jako polilo horko. Ale pak už po cestě to bylo zase dobrý.“*

R7 *„No nejhorší asi bylo, když si pro mě ráno přišli s tím, že jedeme na jipku. Tam že mě, jakože nachystaj. Vlastně že jo tam jsem musela sundat svoji košili, nasadili mě tu jejich a vím, že mě sestřička píchala antibiotika před operací. A nechali mě na tý jipce samotnou těsně před tou operací. Protože sestřičky, ono jich bylo, asi tři kolem mě pracovaly. A vlastně když jakože už jsem byla nachystaná, tak mě tam vlastně nechali na tom lůžku a všichni jakože odešli. A vlastně než odešli, tak ta jedna řekla: Až nám dají vědět, tak my vás odvezeme. A ono to chvíli*

trvalo. To nebylo, jakože deset minut. Jo to bylo určitě ještě takovejch dvacet, pětadvacet minut to bylo, co jsem na tý jipce ležela.“

R8 *„Asi to, že člověk neví, co ho čeká, co bude. Nejhorší bylo to čekání, než si pro mě zavolají z těch operačních sálů.“*

g) Pooperační obavy

Po operaci měli informátoři nejčastěji obavy z výsledku operace – zda se vše povedlo a z výsledku histologie, na který se mnohdy musí dlouho čekat. Dvěma informátorům se po operaci ulevilo, že nemají střevní vývod, jelikož byli před operací upozorněni, že by jim ho mohli během operace zavést, kdyby to bylo nutné. Hodně oslovených zároveň hovořilo o úlevě, že mají operaci za sebou. Informátor č. 6 doufal v rychlou mobilizaci a návrat soběstačnosti, aby dle jeho slov nemusel sestřičky obtěžovat s hygienou. Zlost z dočasné ztráty soběstačnosti zmínila i informátorka č. 1.

R1 *„Tak jako určitě o ten výsledek operace, člověk si říká, že to bude dobrý, ale ten červík tam je, co kdyby náhodou. Ale zase je člověk rád, že už to má za sebou.“*

„Já jsem chtěla hodně pít, ale říkala jsem si, že nesmím tolik pít. Ale přece jenom jsem se napila hodně, takže to šlo ven, takže jsem měla na sebe zlost, že jim tam zbytečně přidělávám práci. Pak už jsem mohla chodit, mě to šlo naštěstí docela rychle.“

R2 *„Já jsem byla hlavně ráda, že už to mám za sebou, prostě že už mám po operaci. A nějaký bolesti a nějaký problémy jsem neměla, takže jsem se cítila dobře. A nějaký závěry a co mi pak řeknou, na to jsem ani snad nějak nemyslela v tu danou chvíli.“*

R3 *„No co se bude dít dál. Vesměs jsem necejtil ani krk, ani levou stranu tý tváře ani ucho, nic. Protože jsem nevěděl, jak dalece i to vlastně rozřízli, jak se řekne. Jelikož to bylo všechno umrtvený a snažili se mi dávat nějaký vlastně analgetika na zmírnění bolesti a těhlectěch věcí. Spíš jsem měl obavu, aby ta operace dobře dopadla a aby ten postup a průběh už byl co nejdříve za mou. A aby prostě se to všechno dobře hojilo. Abych už z toho byl tak nějak venku.“*

R4 *„Já jsem byl takovej jako oblblej a pak jsem to bral normálně. Říkám, já si jako na bolesti nebo tak nestěžoval, v pohodě. Byl jsem rád, že je to za mnou hlavně.“*

R5 *„Jako samozřejmě jsem byla ráda, že jo hotovo. Ale první, co mě napadlo, že zas budu muset čekat na ty výsledky. To je takový na tom nepříjemný to čekání.“*

R6 „No první co bylo, tak oni mi říkali, že pokud to půjde, tak to bude laparoskopicky. A když ne, tak že se může něco vyvrbit. Doufali hlavně, že nebude muset bejt ten vývod. Takže první co bylo, když jsem se tak nějak rozkoukal, tak jsem začal šmátrat, jestli tam nemám ten vývod. Protože toho vývodu jsem se tak trošku bál. Tak to jsem si docela oddychl. A pak jsem hlavně doufal, že to rychle rozchodím a budu soběstačnej, abych nemusel sestřičky nějak otravovat se záchodem a hygienou a vůbec, to by mi bylo nepříjemný.“

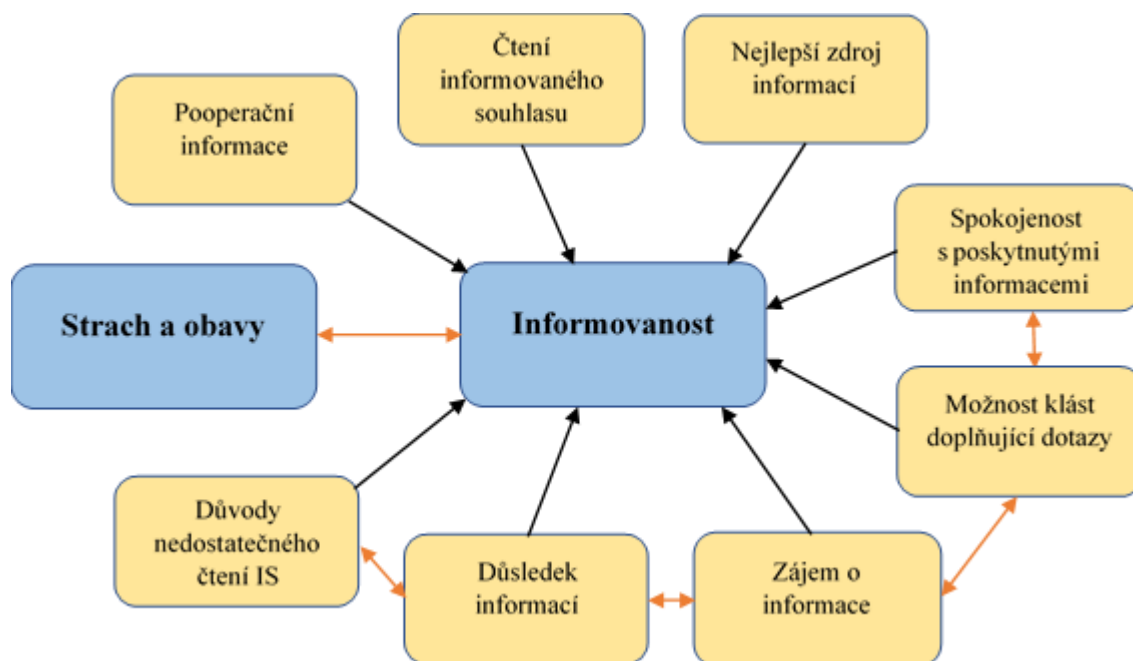
R7 „Ale jinač, prostě se to posílalo na tu histologii. To bylo taky takový, prostě to čekání bolavý. Protože mě se to ještě zdrželo, mě to posílali do Hradce. Takže já jsem měsíc vlastně čekala.“

„No každopádně se mě ulevilo.“ (že nemá po operaci střešní vývod)

R8 „Tam už potom ani ne. Tam už to bylo hotovo. Jenom jsem si vlastně říkala, že se musím s tím nějak sžít vlastně, že mám tu stomii. To mi právě hodně pomohla ta stomická sestra.“

2.6.2 Informovanost

Kódy v této kategorii se týkají informací, které byly pacientům před operací poskytnuty. Jedná se o nejrozsáhlejší kategorii, ve které bylo definováno celkem 8 kódů. Některé kódy v této kategorii spolu navzájem úzce souvisí. Zároveň má tato kategorie blízký vztah s kategorií Strach a obavy.



Obrázek 2 - Mapa kódů – Informovanost

a) Spokojenost s poskytnutými informacemi

Všichni oslovení se shodují v tom, že byli spokojeni s informacemi, které jim byly před operací poskytnuty. Informátorka č. 5 se zároveň svěřuje s negativní zkušeností z dřívějšíka, kdy jí byly zatajeny komplikace, které během operace nastaly.

R1 „Nenene, nemůžu si stěžovat, protože mě to bylo jako vysvětleno, něco mi řekl plicář, pak jsme byli na tom kardiu a všichni mi vlastně řekli to stejný. Což já jsem chápala teda, o co jde, rozuměla jsem tomu, takže jsem neměla ani potřebu se ptát.“

R2 „To jako jo, to jsem byla dobře informovaná.“

R3 „Jo jsem spokojenej stoprocentně.“

R4 „No to jo, já toho ani tolik vědět nepotřebuju. On mi pan doktor vysvětlil, co mě čeká, že buď se to povede padesát na padesát, řeknu příklad. No a zatím se to povedlo.“

R5 „Ta druhá operace, co jsem měla ted'kon, tak to bylo všechno v pořádku. To už bylo lepší. Jednak operatér byl velice vstřícněj, velice příjemnej, byla radost i k němu chodit na kontroly, všechno mi řekl, sestřičky všechno v pohodě. To, co bylo předtím, to byla katastrofa. To mě předtím štvalo nejvíc, že mi nikdo neřekl, že jim to tam prasklo při tý operaci, že mě o tom vůbec nikdo neinformoval. Jako by se mě to vůbec netýkalo. Měla jsem z toho takovej pocit, jako že to chtěj zahrát do autu.“

R6 „Jo, protože vlastně když jsem sem přišel na tu kontrolu s tím zúženým tlustým střevem, tak mě vlastně přijímal pan doktor S. a ten mi to hezky vysvětlil. A on tam vlastně měl vobraz s těma střevama, že jo, jak to tam je. A on říkal: Podívejte se, my to tady takhle vyšmiknem jo a bude to jako dobrý. Tak ten mi to jako vopravdu vysvětlil.“

R7 „A tak asi byla jsem spokojená, protože vlastně mě řekli, co teda jakože mě je. Hlavně mě řekli, co teda všechno mě musej odebrat a vlastně oni mě řekli toho i víc, že třeba se stane, že mě třeba budou muset vzít i střevo.“

R8 „Jo. Jako dá se říct, že akorát říkali, že půjdu na tu operaci, že je to potřeba a kdy bude. Já jsem se ani jakoby neptala. Nechtěla jsem vědět nějaký moc detaily, to hlavní jsem ale věděla.“

b) Nejlepší zdroj informací

Jako nejlepší zdroj informací informátoři nejčastěji označují operatéra. Někteří zmiňují také anesteziologa a přečtení informovaných souhlasů. Informátor č. 4 dále zmiňuje zdravotní

sestry, které mu poskytovaly spíše informace týkající se ošetrovatelské péče a průběhu hospitalizace.

R2 „Jednak z těch papírů a jednak za mnou přišel pan primář a řekl mi co a jak, co bude a takový...“

R3 „Nejlíp mě informoval vesměs pan doktor, který mě operoval. Co se týče týchletý situace, tak vesměs pan doktor osvětlil, co se vlastně bude dít a co se bude odehrávat.“

R4 „No to asi právě od toho pana doktora, co mě pak operoval, ten mě to všechno vysvětloval. A pak samozřejmě i sestřičky, ale ty spíš podávaly informace o tom kde, kdy, co. Jak pojedou na ten sál a ohledně průběhu a tak.“

R5 „Nejvíc z těch informovanejš souhlasů, ono toho bylo víc. To byl, že jo souhlas s tou operací, pak s anestezií. A i ty doktoři mi k tomu samozřejmě řekli, jak ten operatér, tak i ten druhý, skrz tu narkózu.“

R6 „No asi teda tenhle doktor (chirurg) a anestezioložka...“

R7 „Já si myslím přímo, že to byl doktor jeden (chirurg).“

R8 „Vlastně od chirurga asi. A pak ta anestezioložka mi taky leccos řekla.“

c) Možnost klást doplňující dotazy

Všichni informátoři měli možnost klást doplňující dotazy. Ne vždy toho však využili. Jejich důvody byly následující: důvěra v lékaře, nic dalšího vědět nechtěli, nebo nepotřebovali, nebo nevěděli, co by je mělo zajímat. Informátor č. 6 často spoléhá na dceru, že se sama doptá a informace mu poté přetlumočí.

R1 „A bylo mi řečeno, že kdyby sem si na něco vzpomněla, tak že se mám zeptat.“

„Což já jsem chápala teda, o co jde, rozuměla jsem tomu, takže jsem neměla ani potřebu se ptát.“

„A on teda přišel, všechno mě to vysvětlil, povídal, jako jestli chci něco vědět. Já jsem řekla, že nechci vědět nic, jenom prostě že se strašně bojím, což teda on jako řekl, že je pochopitelný. Jsme lidi, že jo, bojíme se.“

R2 „Jak někdo třeba furt ptejte se, ptejte se, tak já jsem zas taková, že mám tu důvěru a spíš tomu nechám volný průběh.“

„Člověk ani kolikrát přesně neví, co by ho mělo konkrétně zajímat.“

R3 „Když jsem měl jakýkoliv otázky vlastně, tak mi odpověděl.“

R4 „Času bylo určitě dost. A on jako furt říkal i kdybych něco chtěl vědět, že ať se klidně zeptám. Ale já už pak nic dalšího vědět nechtěl.“

R5 „No víte co, já se ráda zeptám, to já vždycky nějaký otázky mám, myslím, že jako i vhodný, k tématu. Takže to mi pak trochu přišlo, že už na mě jako spěchal. Ale že by mě někdo vyloženě odbyl, to ne. Taky chápu, že tam nejsem sama.“

R6 „Co si tak pamatuju, tak říkal: Co máte na srdci, ptejte se. Ona teda spíš dcera se taky hodně ptala. To mi přišlo, že dcera do toho byla taková víc zasvěcená než já. A pak když se třeba jelo domů, tak mě třeba i něco vysvětlila. Říkala: Vnímals to vůbec? A já říkám: No tak nějak napůl. Takže jsme třeba ještě při cestě domů o tom diskutovali.“

R7 „A tak asi taky určitě. Ne třeba že bych chodila někde po oddělení, ale třeba i když byla vizita. Že bych měla možnost jo třeba odpoledne se zeptat.“

R8 „Já jsem se ani jakoby neptala. Nechtěla jsem vědět nějaký moc detaily, to hlavní jsem ale věděla. I když ta psychologka říkala, že se mám ptát. Že vlastně ty doktoři a sestřičky nemůžou vědět, co já cejtím, nebo co by mě zajímalo.“

„Jo právě myslím, že doktor říkal, jestli se chci na něco zeptat.“

d) Zájem o informace

Všichni oslovení se shodují v tom, že je důležité být před operací dobře informován. Rozcházejí se však v množství informací, které chtějí znát. Někteří se aktivně zajímají a chtějí toho vědět co nejvíc. Druhým stačí pouze základní informace a detailnější informace považují za zbytečné nebo psychicky zatěžující.

R1 „Jako určitě, něco ohledně té operace a že to tam budou brát do tý bubliny, tak jako jo, nějaký ten základ určitě, aby člověk trochu věděl. Ale zase nejsem pro to... Všeho moc škodí. Když jsem šla na to vyšetření plic, ted'ka nevím, jak se tomu říká, myslím bronchoskopie. A ted'ka já jsem nevěděla prostě, co mě čeká, protože jsem to nechtěla vědět...“

„...tam se mě právě nějaká sestřička ptala, jestli vím, co mě čeká a takovýhle a já jsem říkala, že ne. A ona říkala, že si některý lidi pouští videa, což bych nedala teda. Takovou tu základní informovanost ano, Ale abych si něco hledala na internetu, to ne.“

R2 „Abych pravdu řekla, já ani o těch věcech moc nezjišťuju.“

„Jako abych o tom všechno úplně věděla... Říkám, když jsem si pročítala třeba ty papíry před tou operací, tak to mě spíš tak jako nahlodávalo.“

R3 *„Poměrně určitě jo. Pro mě teda stoprocentně. Ne z důvodu, že bych byl zvědavěj, ale prostě abych byl obeznámenej s tou nemocí, co se jako odehrává v mém těle...“*

R4 *„No někdy jo a někdy ne. Někdy je lepší, když to člověk neví, že pak nad tím tolik nepřemýšlí.“*

R5 *„Ano, to mě to jako všechno zajímá.“*

„A to ještě já jsem takovej typ člověka, že já musím všechno pochopit, já to tak měla i s tím učením, že to musím pochopit, ne že se to nadrtím.“

R6 *„To záleží podle okolností. Někdy mě to jako zajímá a jindy si pak říkám: No tak zatím se neptej, stejně to pak dostaneš ve zprávě nebo třeba dcera bude z toho moudřejší. Ale zajímá mě to jako, to určitě.“*

R7 *„Určitě, protože přeci když jdu na operaci, tak určitě chci, jakože vědět, co se mnou budou jako dělat že jo.“*

R8 *„Nechtěla jsem vědět nějaký moc detaily, to hlavní jsem ale věděla.“*

e) Důsledek informací

Někteří informátoři připouští, že informace týkající se např. možných komplikací nebo detailnějšího popisu operace, mohou vyvolávat nepříjemné myšlenky.

R2 *„Říkám, když jsem si pročítala třeba ty papíry před tou operací, tak to mě spíš tak jako nahlodávalo. Že samozřejmě je to tam pro i proti.“*

R3 *„Bylo tam spoustu věcí, co se týče komplikací. Spíš vlastně brali důraz na to, že je to vlastně zásah do krku, tudíž měli největší obavu, co se týče krvácení. Jo takže tam si vlastně dělali takovou rezervu odběru mojí krve, kdyby náhodou se něco dělo...“*

„...tak člověk nad tím přemejšlí, ale prostě ono když už nemáte kam uhnout, tak už člověku nic jinýho nezbejvá.“

R5 *„Jako jestli myslíte nějak špatně? To ne. Mě to spíš zajímalo.“*

R6 *„No víte co, já už jsem tomu byl tak nějak oddanej v tu chvíli, že jsem říkal, stejně to jinak bejt nemůže, tak jim to podepíšu. Já jsem jim jako věřil, že to udělaj dobře. Takový ty komplikace, to jsem raději hodně přeskakoval, to už by v tu chvíli stejně k ničemu nebylo se tím*

nějak ještě víc stresovat. Jinak to stejně nešlo udělat. Člověk to jako přečte a pak když leží, tak si to v hlavě přemílá, to jako jo.“

R7 *„...a pak právě když začli, jakože ještě o tom střevě, a jak jsem už mluvila, že jako by se mohlo i stát, že bude ten vývod, tak to mě tak trochu jakože postrašilo. Jo to jsem byla taková z toho trošičku jakože...“*

R8 *„Jo, přesně. Aby mi nějak vysvětlovali, jak to budou provádět... O to bych nestála.“*

f) Čtení informovaného souhlasu

Z rozhovorů vyplývá, že řada pacientů informovaný souhlas nečte pečlivě, vynechává informace v něm obsažené, nebo jej dokonce nečte vůbec.

R1 *„To jsem tak nějak prolítla, kousek jsem si přečetla, abych věděla, že to je ta operace, ale třeba o těch komplikacích a tak, jak tam píšou, tak to raději ne.“*

R3 *„No asi tak z těch padesáti až sedmdesáti procent jsem si to přečetl.“*

R4 *„No já jsem si to nečet vůbec (smích). Já jsem to dostal od pan doktora, ať si to vezmu s sebou na pokoj a tam abych si to jako v klidu to. Že mu to dám potom, ale já jsem to pak jenom podepsal.“*

R5 *„Ano, ano (četla).“*

R6 *„Jo to jsem si jako četl. Sice jen tak jak se říká přes řádek, abych věděl.“*

R7 *„Určitě jsem to četla.“*

R8 *„Ze začátku vlastně, když jsem je podepisovala, tak jsem si je četla, no a teď už je rovnou podepisuju.“*

g) Důvody nepřčetení/nedostatečného přečtení informovaného souhlasu

Někteří informátoři uvedli důvody, proč informovaný souhlas nečetli pečlivě nebo jej nečetli vůbec. Informátoři č. 1, 6 a 8 tvrdí, že jim vše důležité řekl již lékař. Informátor č. 1 navíc přeskakoval nepříjemné pasáže, obsahující informace o možných komplikacích chirurgického zákroku. Informátor č. 4 spoléhá na to, že se o informace zajímá jeho dcera. Informátorka č. 8 dále uvedla, že byla rozhodnutá jít na operaci již předtím a čtení informovaného souhlasu by na tom nic nezměnilo.

R1 *„...třeba o těch komplikacích a tak, jak tam píšou, tak to raději ne. To už by stejně ničemu nepomohlo v tu chvíli. A stejně mi doktor tak nějak všechno před tím řekl.“*

R4 „... já mám hlavně když tak moji mluvčí dceru, ta to vždycky všechno studuje a pak mi to tlumočí.“

R6 „Stejně mě jako pan doktor vysvětlil, co v tom je.“

R8 „Protože stejně mi ten doktor podal informace a na tom papíru by to asi bylo asi vesměs to samý. A už jsem byla rozhodnutá na tu operaci jít. Na tom už by se taky nic nezměnilo.“

h) Pooperační informace

Nikdo z informátorů nevyslovil nespokojenost s informacemi poskytnutými po operačním zákroku.

R1 „A vlastně po operaci taky ten doktor přišel za mnou a všechno mi řekl, jak vlastně to proběhlo a to všechno. A skoro každý den za mnou chodil, jo že mě dával informace, vždycky třeba co laboratoř a jak něco bylo, tak mi přišel říct.“

R2 „A i po tý operaci myslím, že ty informace byly v pořádku.“

R3 „Ano, po operaci vesměs co mě odvezli, tak jsem byl hodinku na tom pokoji na přístrojích a přišel tam během snad hodiny operatér si mě zkontrolovat i asi s dvouma asistentama. Co mu asi byli k ruce a kontrolovali mě, zda je všechno v pořádku, ptali se, co se děje a neděje.“ Takže to jste byl taky spokojený s informacemi? „Byl.“

R4 „Jojo. To se mnou hlavně mluvily sestřičky, vždycky jako co se mnou budou dělat, že dostanu kapačku, že si mě přeměří a tak. Pak přišel teda později pan doktor, aby mi tak nějak řekl, jak to dopadlo, ta operace. Že je to dobrý. Víc jsem asi nepotřeboval.“

R5 „A pak za mnou přišel po operaci večer a ptal se mě, jestli si to pamatuju, že za mnou byl. A že teda udělal tu laparoskopii a že zbytek břicha je čistej.“ Takže jste spokojená i s informacemi, které vám byly poskytnuty po operaci? „Já myslím, že jo.“

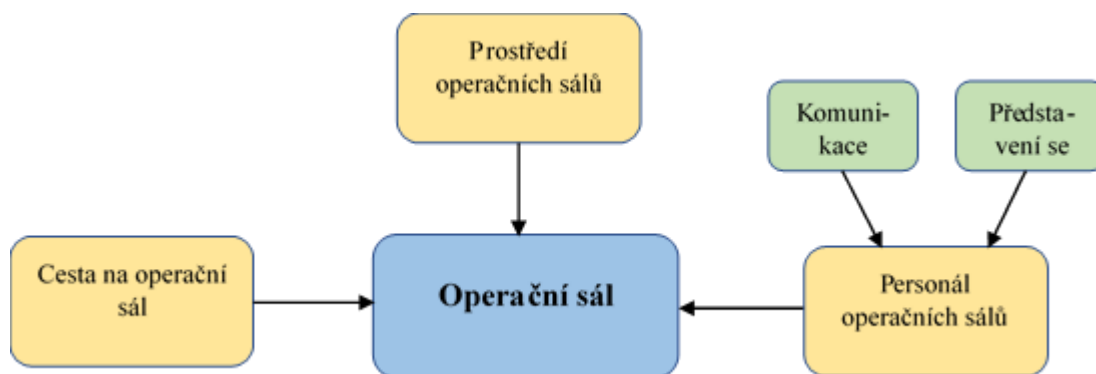
R6 „To jsem byl taky spokojený.“

R7 „...a přišel ke mně na té jipce k posteli a prostě taky to samý. A říkal, že teda operace, že se zdařila, že je za mnou, ale do budoucna, že mě může už teď říct, že každopádně budu muset ještě pokračovat v léčbě. Že prostě jakoby nějaký střípky jako tý rakoviny nemohli odebrat. Takže mě jí nechali, jakože v břiše, a tím pádem prostě že musím pak pokračovat v léčbě, což je teďka ta chemoterapie.“

R8 „Jo to určitě. Za mnou byla vlastně i ta stomická sestra, ta mě to ukazovala, jak se o to mám starat, co s tím dělat. A pak i doktor říkal, že všechno v pořádku proběhlo.“

2.6.3 Operační sály

Tato kategorie obsahuje pouze 3 kódy. Popisuje pocity a zkušenosti pacientů z cesty na operační sály a z operačních sálů. Informátoři se vyjadřují k prostředí operačních sálů a k chování zdravotnického personálu.



Obrázek 3 - Mapa kódů – Operační sály

a) Cesta na operační sál

Po cestě na operační sál byli někteří z oslovených stále nervózní, jiní se těšili, že už to budou mít za sebou a operace jim pomůže od obtíží, další už nad ničím moc nepřemýšleli. Informátor č. 5 byl rád, že si s ním cestou na operační sály povídal sanitář, jelikož tak neměl možnost přemýšlet a dělat si obavy. Informátor č. 6 neměl moc čas dělat si obavy, jelikož byl převoz na operační sály rychlý. O rychlosti transportu na operační sál hovoří i další informátoři.

R1 „Ale to si pamatuju, jak mě tam vezli tou chodbou, teď člověk na sobě skoro nic nemá. A měla jsem jako strach, ale zase jsem si furt opakovala: Bude to dobrý, už to budeš mít za sebou. Ale bála jsem se pak toho probuzení, to mi bylo jasné, že nějaký bolesti budou, že to bude nepříjemný.“

R2 „Tak když mě tam vezli, tak já už jsem se tak jako těšila, že to budu mít za sebou, spíš na to jsem se tak jako naladila.“

R3 „Vlastně přišel pro mě anesteziolog, s kterým už jsme se vlastně obeznámili den před tím, že jo. Tam už jsem byl obeznámenej, co se bude dít, takže přímo mě odvezl na sál, takže... Punčošky jsem měl nasazený už dávno. Takže akorát si pro mě přišli, já jsem se vlastně jenom svlíknul, přikryli mě a po chodbě už se frčelo dolů na sál. Tam se mě akorát ptali po cestě, jestli nejsem nervózní, jestli jsem v pořádku, jestli mi není nějak nevolno.“

R4 „To mě akorát naložili a než jsem se pořádně rozkoukal, byli jsme tam. Vezli mě takovou chodbou, na sobě jsem měl jen nějakou košilku, co mi dali. On ten chlap, co mě vezl, byl takovej ukecanej, a jak na mě mluvil, tak jsem ani neměl prostor ke přemejšlení. No a to bylo asi jedinej dobře.“

R5 „Hlavně jsem byla ráda, že už na mě přišla řada, že nemusím čekat a ta nervozita tam furt trochu byla. Ono to jako nebylo nějak moc daleko. Jen jsme jeli kousek výtahem, doprovázel mě takovej ten pán z oddělení. No a tam jsem jim akorát musela přelízt na jejich vozejk a už jsem byla na sále.“

R6 „No vezla mě sestřička s mužským, nevím, jestli to byl ten sanitář, jak vy říkáte nebo co. To jsme šli do výtahu, sjeli jsme dolů a pak jsme vjeli někam do přízemí. V první chvíli mě to připadalo, že jsme jak v nějakým skladě. A pak mě teda přehodili na ten sál. A v hlavě se mi už nic moc nehonilo, to už jsem byl i takovej trochu zblblej. Hlavně jsem si říkal, že mi pomůžou od toho, že to tam nebude a že mi to pomůže od těch obtíží, co jsem měl. On na to ani nebyl tolik čas, jeli jsme jak na dráze.“

R7 „To abych vám řekla pravdu, to potom byl takovej fičák, když ty sestřičky přišly, že teda jakože jedeme, tak vlastně mě vezly, ted' vlastně se tam otevřely ty dveře a to vím, že jsme jely v jedný místnosti, pak jsme zatočily za roh. Je pravda, že pak vlastně v tý jedný místnosti, tam jsem vlastně ještě přecházela z lůžka na lůžko. Přišel jeden, přišla druhá, jo a že teda mě musej na to lůžko, tak já jsem si sedla a říkám: Jo to já to převezu. Takže jsem si převezla, že jo, lehla jsem si, nohy jsem si natáhla. Jo von mě myslím přikryl na chvíli něčím, aby mi nebyla zima.“

R8 „To si pamatuju ty světla. Jak vás vezou, tak vlastně ty stropy. Nevěděla jsem, kam jinam se dívat asi tak. To už jsem ani neměla nějak moc obavy, asi jak člověk dostane ten oblbobák, tak to tolik nevnímá, bych řekla.“

b) Prostředí operačních sálů

Z pobytu na operačním sále si informátoři nejčastěji vybavují, jak koukali do stropu s ostrými světly a jak s nimi komunikoval personál operačních sálů a zjišťoval různé informace. Na delší čekání v předsáli si stěžuje pouze jedna informátorka. Ostatní naopak zmiňují rychlost, se kterou se dostali přímo na operační sál. Prostředí operačních sálů působilo nepříjemně pouze na 3 informátory. Ti zmiňují hluk z přípravy na operaci, chlad a studené, staré či pochmurné prostory operačních sálů. Na informátora č. 4 naopak příjemně působil zvuk hudby z rádia.

R1 „...všude vlastě ty bílý kachličky, pořád se mě ptali v každý místnosti, kdo jsem, že jo, aby měli toho správného pacienta, co budeme vlastně operovat.“

R2 „Na sále tam mě hned uspali, tam to bylo takový narychlo, nikde jsem tam nečekala. Ani jsem si to tam nestihla nějak moc prohlídnout. Jen si vybavuju, jak tam na mě mluvili, na něco se mě zeptali. Pro mě byl spíš zážitek, když mi tenkrát operovali ruku v lokále, to bylo pro mě takový zajímavý, to jsem si i ty sály trochu prohlídla, na mě to jako nějak blbě nepůsobí.“

R3 „No na mě působil operační sál... Jednak to pro mě byla novinka, ale poměrně pozitivně, protože fakt zas tam byl kolektiv lidí, kteří s váma komunikovali. Člověk akorát vidí ty světla, vidí přístroje.“

R4 „No pamatuju se. To jsem tam přišel, tak se ptali taky na ten vir taky, jestli nemám. Pak mě dali na to předsálí, tam mi vysvětloval doktor, že když si dám píchnout do tý páteře, tak že nebudu mít takový bolesti. Tak jsem si tam sednul, oni mě tam píchli a za chvíli jsem nic nevěděl. Vím, že tam hrálo rádio, to si pamatuju, to bylo docela příjemný, ale jinak snad nic nepříjemného tam nebylo. Jen ty světla takový vostrý na stropě. Pak jsem za pár minut usnul a pak jsem se probudil, někdo mě asi pleskal nebo co a já povídám: Mně je zima. No a pak jsem se probudil na jipce.“

R5 „Já už jsem na to prostředí sálů zvyklá, to mě nepřekvapí, já už toho mám za sebou víc.“

R6 „Já sem skoro ani nepostřehl, že už jsem na tom sále. Nikde jsem tam nějak ani nečekal v předsálí, rovnou si mě tam vzali. To jsem jen dostal tu masku a pak najednou pic ho a už jsem se najednou probudil na pokoji. Ještě si pamatuju, jak už jsem tam ležel, jako na tom sále, že okolo mě byl takovej šrumec, asi sestry tam okolo chodily, chystaly se, to bylo takový... Nechci říct přímo nepříjemný, spíš zvláštní pocit. Já jsem tam hlavně furt koukal do stropu, jak jsem ležel. A to vybavení tam, mě to fakt nejdřív přišlo jak nějaký skladiště. Jestli to bylo zrovna tím, že jsem byl na kraji toho operačního sálu, nevím.“

„To z toho zavedení portu, to si pamatuju víc, to bylo jen v lokále. A to mi nevadilo, že si při tom třeba povídali nebo tak.“

R7 „Tam jsem se akorát cítila nepříjemně, jak mě tam vlastně chvíli nechali úplně samotnou v tý místnosti vedle sálu. Ale pak za mnou přišel právě ten sanitář a začal si se mnou povídat. Samotný prostředí bylo takový studený, neosobní.“

R8 „Pamatuju, když mě tam vezli, že vlastně člověk vidí furt jen ten strop a tam to bylo takový starý, takže to nepůsobí moc příjemně. Protože vlastně to je opravdu stará nemocnice. Není to

nic takovýhohle novýho jako tady, že by tam byly takový zářivky a hezký stropy, ale prostě je to starý, takže to nepůsobí moc dobře na psychiku, spíš pochmurně. I ty sály mi připadaly takový starý a studený, chladno tam bylo.

c) Personál operačních sálů

S komunikací zdravotníků na operačních sálech vyslovuje nespokojenost pouze informátorka č. 5. Vadilo jí hlavně to, že se jí nepředstavili a nebyla si jistá, kdo je kdo. Je vidět, že na hodně pacientů dobře působí, pokud s nimi personál na operačních sálech komunikuje, představí se a popíše jim, co se bude dít. Například informátorka č. 7 byla ráda, že s ní v předsáli komunikoval sanitář, zatím co čekala na převoz na operační sál. Informátor č. 6 také uvedl, že byl rád, že vidí známou tvář, když na operačních sálech poznal anestezioložku, která s ním hovořila již před operací.

R1 *„Jojo to rozhodně. Ne teda, že by řekli přímo jméno nebo tak, ale spíš kdo je kdo, kdo bude co dělat a tak, to určitě. A jako mluvili se mnou pořád, ptali se na ty různé informace a říkali, co bude, to bylo jako fajn.“*

R2 *„No to asi jak kdo se mnou komunikoval. Jak říkám, já tam nějak moc nečekala. Ono tam bylo víc lidí, někoho jsem i poznala, třeba tu anestezioložku, ta mi říkala, že mě bude uspávat. Všichni měli ty roušky a věnovali se své práci. To mi nějak nevadilo.“*

R3 *„Prostě anesteziologie, když přišli, vysvětlili vám, co vám budou dělat jo, nasadili kanylku, prostě takovýhle věci, co se bude dít. Do toho vás další lékaři ošetřující přikrejvaj, hovořej s váma prostě příjemně. Už se tam pohybuje doktor operatér. Všichni prostě pohromadě. Prostě takovej dobrej rozumnej rozhovor se všema. Představili se mi, jedna anestezioložka, ta byla vlastně před tím, před operací byla na pokoji přímo, to samý přímo operatér lékař, ten za mnou byl myslím třikrát.“*

R4 *„No já jsem tak nějak věděl, kdo je kdo. Oni se mi představili, hlavní operatér a ty asistenti se sestrou. On mě pak i navštěvoval na jipce. A co se týče tý komunikace, tak to se mnou mluvili hodně. Hlavně jak už jsem říkal, ten jeden zřízenec po cestě na sály, ten byl takovej ukecanej a pak i přímo na těch sálech, ale to už se spíš týkalo tý péče. Třeba právě ten doktor na tom předsáli, co se mnou bude dělat a tak.“*

R5 *„Před operací se moc nepředstavili. Operatéry ty jsem neviděla vůbec, ty tam vůbec ještě nebyli, byla tam akorát myslím ta, co podává narkózu, to mě taky neřekl nikdo, kdo to je, takže*

to mohlo bejt trochu lepší. Jenom se mě ptali, jestli jsem alergická na nějakou dezinfekci, a to je poslední, co jsem si pamatovala.“

R6 *„No oni si mě tam tak nějak předali, pozdravili mě, ale jinak se se mnou zas tak moc nikdo nebavil. Ono to bylo takový rychlý. Pak až se mnou nějak víc komunikovala jen ta anestezioložka, jinak nějak moc ne. A to jsem byl rád, že právě vidím nějakou známou tvář. Tu už jsem znal, že jo, jak se mnou mluvila před operací.“*

R7 *„A tak nějak jakože všichni odešli jakoby na ten operační sál. Ale tak jsem tam jako ležela a čekala a jako sama pro sebe jsem si říkala: Pane bože, ať už jakože to mám za sebou jo, a doufám, že to bude dobrý. A do toho se vrátil jeden ten mladík. Nevím jako, kdo to byl, ale právě říkal: Já jdu za váma zpátky, voni vás tady nechali tak vo samotě jo, to se nemá. Tak mě přišel ještě tak jakože né úplně rozveselit, ale zvednout jakože náladu no.“*

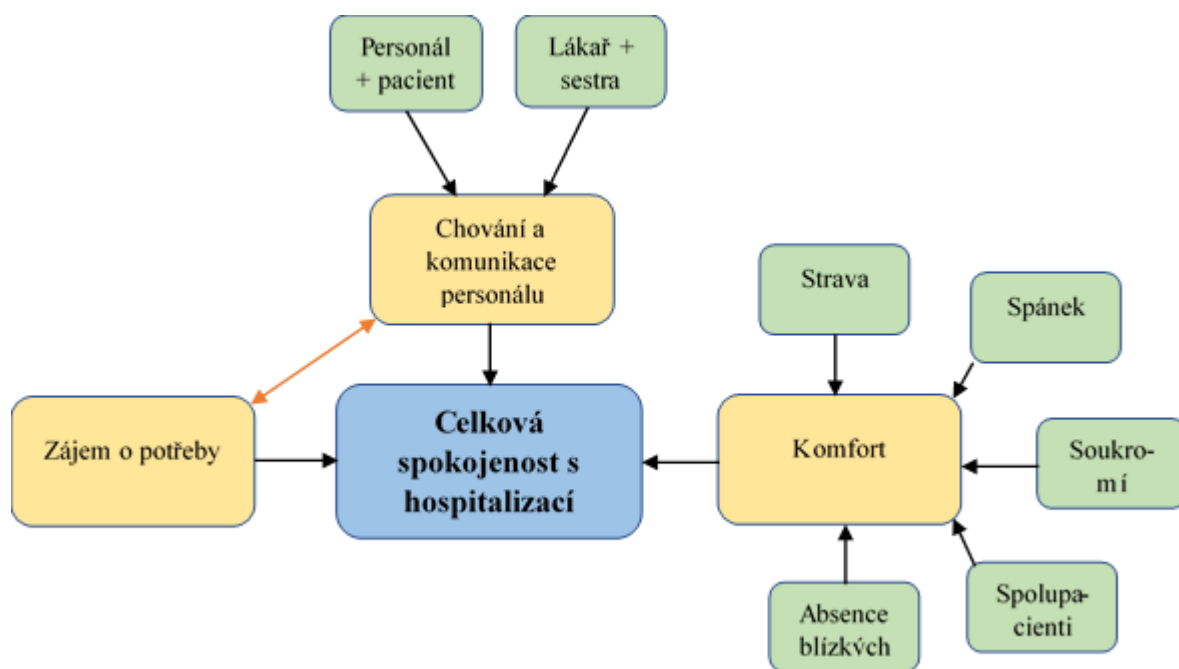
Takže to se vám líbilo, že s vámi komunikovali a že za vámi přišel ten sanitář? *„Jo to bylo pěkný, ano, ano. Aj sám to uznal, že: Ježíš, oni vás tu nechali samotnou jo, to se takhle nedělá, to já s vámi tady musím ještě chvíli bejt. To já musím vám ještě něco honem popovídat.“*

R8 *„Já ani nevím, jestli se představili. Jako tam u toho zavedení portu jo, ale u týchle operace nevím. Ale komunikovali určitě, hlavně ta anestezioložka.“*

„Jako rozhodně jsem byla ráda, že na mě mluvili a komunikovali, člověka to tak jako zklidní. Že se nechovali, jako bych tam ani nebyla.“

2.6.4 Celková spokojenost s hospitalizací

Tato poslední kategorie obsahuje celkem 3 kódy. Řeší, zda byli informátoři celkově spokojeni s chováním a komunikací zdravotnického personálu a zda se zdravotníci zajímali o jejich potřeby. Dále popisuje problémy v oblasti komfortu.



Obrázek 4 - Mapa kódů – Celková spokojenost s hospitalizací

a) **Komfort**

Informátoři byli dále tázáni, jak se během hospitalizace v nemocnici cítili a co jim chybělo. V oblasti komfortu si oslovení překvapivě nejčastěji stěžovali na nemocniční stravu. Mezi další narušené oblasti patří například spánek a soukromí. Informátorům č. 4 a 8 vadili pacienti, kteří s nimi sdíleli pokoj. Informátorce č. 1 chyběla během hospitalizace rodina.

R1 „Člověku tam akorát chybí ta rodina a takový to jeho, co má doma.“

R2 „A se spaním mám problémy v nemocnici. Občas je přece jen nějaký hluk a nejsem jakoby ve svém prostředí. Ale to mívám někdy problémy i doma, protože tím, jak jsem ve školství, tak po nocích vyrábím pro děti různé věci. Takže já ten spánek mám tak, že třeba o půlnoci usnu, pak se vzbudím.“

R3 „No většinou se nelíbí všeobecně člověku být v nemocnici. Takže tam asi není jako co by se mi nelíbilo. Strava poměrně přiměřená, prostě všechno tak nějak v režimu jo. A myslím si, že se snažili i tak nějak tomu člověku, co tam leží, tak dát určitou volnost. Já jsem se dostal poměrně brzo na klasickej pokoj a zjistili, že už jsem prostě jako už v pořádku, že jsem stabilizovaněj. Umožnili prostě i na procházku, pakliže člověk něco potřeboval, sestry doprovodily prostě. Samozřejmě nejvíc asi co se týče komfortu, tak asi strava. To je asi taková klasika. Nic asi ve zlým, musej to dělat podle nějakých norem, předpokládám, ale ta strava no.“

R4 „Já jsem tam potom ležel už jen dva dni. Tam jsme byli 4 na pokoji. Mě už se tam nelíbilo potom, protože tam je to taková starší nemocnice a byli tam samí takoví starší lidi, ještě než jsem já, no a ty ani nemluvili. A to na mě nepůsobilo nic moc. Přece jen v nemocnici si člověk furt připadá jako lazar. Ani to jídlo mi tam moc nechutnalo. Tak jsem si nechal zavolat toho pana doktora, co mě operoval, jestli by to šlo domů.“

R5 „Já mám akorát problém, že jsem vegetarián. A já teda nevím, jak oni si představují, že se vegetarián stravuje. K obědu jsem dostala nějaký vrtule omáčený ve špenátu, to bylo jak kopřiva. Já bych předpokládala, že když je člověk vegetarián a určitě jich je spousta, že by měl mít v nemocnici adekvátní výživu, tak to mi vadí. A pak že jo to soukromí, společnej záchod a koupelna, ale to k tomu tak nějak patří. Takže i kvůli tomu jsem se těšila domů. Jinak mi nevadí nic.“

R6 „Já jako musím vám říct, já jsem potom dostal tu dietu, já vím, že to jinak nejde, ale když vám dají dietu uvařený maso jenom ve vodě, pak to rozemelou, tak stačí si jenom k tomu masu čuchnout a už jsem nechtěl. Tak jsem snědl třeba jenom bramborovou kaši. Jako ta dieta byla hrozná. Já vím, že to tak musí bejt, ale když mě řekl, že můžu jít domů, tak já jsem říkal: Jestli já vůbec seženu vodvoz. A kolega říkal: No tak tady ještě jeden den počkáš. A já říkám: Ne, i kdybych měl jít pěšky už jenom kvůli tomu jídlu. A to spaní tam nebylo dobrý, nevím, jestli třeba nervama okolo operace, nebo že není člověk doma. Jako hluk snad ani ne.“

R7 „Ale když jsem byla jako děcko a jako musela bych někde... Ale přitom musím zatukat, já jsem žádnou zlomeninu, nikdy nic. Akorát tenkrát, nevím, ležela jsem v nemocnici. Ale teď nevím, jestli jen tak na pozorování. A to jako děcko, to bylo něco pro mě, jakože utrpení. Teď mi to jako nevadí.“

R8 „Tady k tomu nevím, co bych úplně... Asi jako řeknu spolupacientky některý jako, to je někdy katastrofa. To si člověk nevybere samozřejmě. Já jsem tam měla jednu paní, která hodně chrápala, ale to bylo jako něco otřesného, to jako nešlo spát. A druhá paní byla taková zase zvláštní, přišla mi trošku asi zaostalá. Tak ty se tam praly o záchod, tak to bylo takový až trošku úsměvný (smích). To soukromí a klid, prostě člověk nemá takový jako doma.“

b) Chování a komunikace personálu

Informátoři se v rozhovorech vyjadřovali k chování a komunikaci zdravotnického personálu. Během hospitalizace se setkali s personálem lůžkového oddělení, operačních sálů a s personálem na dospívacím pokoji, případně na jednotce intenzivní péče. Jejich zkušenosti s chováním a komunikací zdravotnického personálu vůči jejich osobě jsou převážně kladné.

Pouze informátorku č. 7 zaskočila nevhodná komunikace jednoho z lékařů. Někteří oslovení zmiňují předešlé negativní zkušenosti. Na informátora č. 3 působila dobře i kladná komunikace mezi lékaři a sestrami.

R1 „*Tam asi tentokrát není, co bych vytkla, to bylo všechno v pořádku. Komunikovali se mnou dobře, když jsem něco potřebovala, všichni vesměs moc ochotný. Tam nevím, co k tomu.*“

R2 „*Můžu říct na rovinu, že já jsem nejhorší zážitek měla po porodu mojí dcery. Ale jinak co jsem kdy byla v nemocnici, tak jsem nikdy neměla nějakou negativní zkušenost, ani teď při té operaci. Vždycky vstřícnost a ochota. Záleží na člověku, někdo vám sedne víc někdo míň, ale určitě nebyl žádný konflikt. Jednali se mnou dobře.*“

R3 „*Tam si myslím, že právě ta týmová práce je strašně znát. Že prostě i úžasný vztah, když se na to člověk podíval, jak lékaři komunikují, prostě i se sestrama a prostě všeobecně mezi sebou. Jakej maj mezi sebou upřímněj a dobřej vztah. Jo není to vyloženě si myslím jenom práce, ale že k tomu určitě vztah musej mít. A prostě je to i na nich potom vidět, že k tý práci, myslím si, přistupujou úplně jinak.*“

R4 „*Personál dobrý, jako tady, to vám řeknu. Nemůžu si stěžovat asi na nic. S respektem to jednání.*“

R5 „*No tak u tý první operace ten přístup toho personálu byl zvláštní, z toho jsem opravdu byla zhnusená (výše zmíněná předchozí negativní zkušenost). U tý druhý už jsem byla mile překvapená.*“

R6 „*Jo byla dobrá komunikace. Vždycky když přišla ráno vizita, tak jsem se dozvěděl, co jsem potřeboval.*“

R7 „*Ale jednou se mě teda opravdu nelíbilo, to právě bylo takhle odpoledne a přišel pan doktor jako že na vizitu a že mě to podal takovým, jakože škaredým tonem. On přišel a říká: Tak si vyhrňte košili a já se jakože na vás podívám. Tak mě prohmatat břicho a říká: No jo, no jo, už se tam zas dělá. A já říkám: A co se tam jako dělá? A on: No asi voda ne. A já říkám: Já jsem myslela, že jako už byl jako prostě konec. A on mě říká: A co si myslíte? Tak když ten nádor tam máte furt, jako ty střípky, jak mě předtím vysvětloval. Co si myslíte, když ten nádor prostě v tom břicho máte, tak ta voda se vám bude dělat. A to mě tak jako trošičku jakože... Jo víte, jak to prostě řekl, tak to jako mě pak aj jakože slzy vhrkly do očí a jako to mě trochu ranilo no. Ale jinač si myslím, že sestřičky suprový, ostatní doktoři suprový.*“

R8 „*Jako co se týče personálu, tak to nevím nic negativního. Komunikace v pohodě, jak sestry, tak lékaři. Vždycky vyšli vstříc.*“

c) Zájem o potřeby

Všichni informátoři během rozhovorů zmiňují, že se zdravotníci aktivně zajímali o jejich potřeby.

R1 „*Já teda vůbec nemůžu říct, opravdu ta péče úžasná. To jsem vůbec ani nečekala. Opravdu i na tý intenzivce, jen jsem se hla, už byli u mě a hnedka jestli něco nepotřebuju. Já jsem chtěla hodně pít, ale říkala jsem si, že nesmím tolik pít. Ale přece jenom jsem se napila hodně, takže to šlo ven, takže jsem měla na sebe zlost, že jim tam zbytečně přidělávám práci. Ale jinak fakt nemůžu říct, protože chodili, ptali se.*“

R2 „*Chodili se ptát, jestli něco nepotřebuju, hlavně po té operaci hodně sestry chodily.*“

R3 „*Cokoliv jsem potřeboval, tak byl kdykoliv dostupnej. Zajímali se, ptali se poměrně furt, třeba 8x, 10x za den. Jestli něco nepotřebuju, jestli mě něco nechybí. Ochotný, nemusel jsem se já ptát, vesměs chodili dřív, než já jsem něco potřeboval.*“

R4 „*Ale ty byli jako moc ochotný, když jsem něco chtěl vědět, nebo když jsem něco potřeboval. Pak i po operaci za mnou chodili mě kontrolovat, jestli jsem v pořádku, jestli něco nepotřebuju, takže jo.*“

R5 „*Jo, vždycky když přišly sestry na pokoj kvůli něčemu, tak se optaly, jestli je všechno v pořádku, jestli něco nechci.*“

R6 „*Sestřičky se zajímaly, co a jak, jestli něco nepotřebuju jo. Co jsem se ptal, tak vždycky ty otázky jako zodpověděly, nebo mě třeba odkázaly, na koho se obrátit, většina určitě ochotný.*“

R7 Zajímali se, jestli něco nepotřebujete? „*Jojojo, to se taky ptali. Právě já jsem chtěla právě, jak se léčím s těma nervama, že jo, tak jsem chtěla taky někoho na vyzpovídání. Tak sestřička ochotná: Jojojo, já zavolám.*“

R8 „*Myslím, že se i docela zajímali o mě, jestli něco nepotřebuju, hlavně teda po operaci. A vždycky se zeptali, když třeba šli s lékama nebo tak.*“

3 DISKUZE

V této části diplomové práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky a diskutovány výsledky, které byly získány analýzou osmi polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky jsou zde zároveň srovnávány s jinými závěrečnými pracemi a studii a s odbornou literaturou. Poslední část diskuze je věnována doporučení pro praxi.

3.1 Vyhodnocení výzkumných otázek

Jaké jsou zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem?

Z rozhovorů je patrné, že zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem jsou převážně kladné. Stejně tak byli informátoři až na pár detailů většinou spokojeni s chováním a komunikací zdravotnického personálu. Všichni informátoři také zmiňují, že se zdravotníci zajímali o jejich potřeby, a to zejména v pooperačním období. Jednu informátorku pouze zaskočila netaktní komunikace jednoho z lékařů. Někteří zmiňují předešlé špatné zkušenosti např. z porodnice nebo z předchozí operace. Na jednoho z informátorů naopak dobře působily dobré vztahy a komunikace mezi lékaři a sestrami.

Jedličková (2019, s. 298) upozorňuje, že na některé pacienty může špatně působit šustění materiálu, zvuk přípravy instrumentária nebo soukromé rozhovory personálu. Klusáková (2010) ve svém dotazníkovém šetření zjišťovala, zda pacientům vadilo něco z prostředí operačních sálů. Z nabízených možností respondenti nejčastěji označili hluk a zvuky přístrojů. Některým vadil také chlad, pocit nejistoty z neznámého prostředí, zápach desinfekce, hluk z přípravy nástrojů a hluk při probuzení předchozího pacienta. Na některé naopak příjemně působila hudba nebo jim nevadilo vůbec nic. Dále se zajímala, zda čekali dlouho v předsáli a pokud ano, tak jaký vliv to mělo na jejich psychiku. Z výsledků vyplývá, že v předsáli čekalo dlouho jen 11 respondentů z celkových 73. Na 4 z nich to působilo negativně, 5 respondentů mělo smíšené pocity a 2 uvedli, že to na ně nemělo žádný vliv. Výsledky této práce se v něčem shodují i s mým výzkumem. Pět pacientům na prostředí operačních sálů nic nevadilo. Jeden z nich také zmiňuje příjemný zvuk hudby z rádia. Ostatním vadil hluk z přípravy na operaci, staré a pochmurné prostředí a chlad. Jeden z informátorů přirovnal vzhled operačních sálů ke skladišti. Na prostředí operačních sálů jsou v souvislosti s prevencí infekce a zachováním sterility kladeny vysoké požadavky. Stěny sálu by měly být hladké, s co nejmenším počtem spár či výstupků. Při malování se používají antibakteriální malířské barvy (Jedličková et al., 2019, s. 30). Existují však nemocnice, ve kterých se personál pokusil oživit pochmurné prostředí operačních sálů a učinit jej tak příjemnějším jak pro pacienty, tak pro zdravotníky.

Například ve Fakultní nemocnici Olomouc vyzdobila lékařka okna operačních sálů pozoruhodnými malbami (Tauberová, 2018). Některé zahraniční firmy zas vyrábí barevné nástěnné pláty, které rozveselí prostředí operačních sálů, ale zároveň splňují hygienické požadavky a jsou snadno omyvatelné (Construction Specialties, 2021).

Na čekání v předsáli si během rozhovoru stěžovala pouze jedna z informátorek. Vyprávěla o tom, že v jednu chvíli všichni odešli a nechali ji tam samotnou. Po chvíli si jí všiml sanitář a začal si s ní povídat, aby nečekala sama. Wichsová (2013, s. 42) však zdůrazňuje, že je nepřijatelné, aby byl pacient v prostorách operačních sálů ponechán bez dozoru. Jedné z informátorek trochu vadilo, že se jí na operačních sálech nikdo nepředstavil, a nevěděla, kdo je kdo. Ostatní informátoři nevyjádřili nespokojenost s chováním personálu na operačních sálech.

Z rozhovorů také vyplývá, že někteří informátoři byli rádi, když s nimi zdravotníci na operačních sálech nebo po cestě na sály komunikovali. Ke stejnému výsledku dospěla i Klusáková (2010), když se svých respondentů ptala, zda s nimi komunikoval personál na operačních sálech a v anesteziologické přípravě.

Během hospitalizace byli informátoři překvapivě nejčastěji nespokojeni s nemocniční stravou. Nespokojenost se stravou vyslovila polovina informátorů. Je ovšem pravda, že kvalita nemocniční stravy je poměrně diskutovaným tématem, kterým se zabývaly i některé závěrečné práce. Například Čermáková (2020) ve své závěrečné práci uvádí, že s chutí nemocniční stravy byla spokojena více jak polovina jejích respondentů. Je jisté, že spokojenost pacientů se v tomto ohledu liší v závislosti na konkrétním zdravotnickém zařízení. Některí informátoři si dále stěžovali na nedostatek soukromí, problémy se spánkem, spolupacienty nebo absenci rodiny.

Z čeho měli pacienti strach v předoperačním a pooperačním období a co jejich strach vyvolávalo?

Strach a úzkost patří mezi hlavní problémy pacientů před operací, jelikož mohou způsobovat emocionální, psychiatrické, a dokonce i fyzické problémy. Po operaci mohou například zvýšit potřebu anestetik a výskyt nauzey a bolesti. To vše vede k delšímu pobytu v nemocnici a delšímu zotavování. Abychom mohli pacientům pomoci, tak je v první řadě důležité tyto pocity odhalit a stanovit jejich příčiny (Celik, Edipoglu, 2018).

Problematikou předoperačního strachu a úzkosti se zabývala již celá řada závěrečných prací a studií. Nejčastěji voleným nástrojem bývá na rozdíl od této práce kvalitativní výzkum

provedený pomocí dotazníkového šetření. Zároveň existují i různé standardizované měřicí nástroje, které lze použít na hodnocení strachu a úzkosti. Hodně používaná je například STAI škála, která se používá zejména na měření úzkosti pacienta před operací. Dále existuje APAIS škála, na měření předoperační úzkosti a potřeby informací, nebo VAS – vizuální analogová škála (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 86)

Riegerová (2019) ve své diplomové práci použila APAIS škálu, aby zjistila, jakou míru úzkosti prožívají pacienti před plánovaným operačním výkonem. Výsledek byl takový, že z jejich 70 respondentů měla jedna třetina klinicky významnou úzkost. Zbylé dvě třetiny měly úzkost méně významnou nebo nevýznamnou. K podobnému závěru dospěla ve své diplomové práci i Homzová (2013).

Většina informátorů v mém výzkumu uvedla, že před operací pocíťovali strach a úzkost. Někteří pocíťovali jen mírnou nervozitu, jiní se báli hodně. Většinou si však zároveň uvědomovali, že je operace, vzhledem k jejich diagnóze, nezbytná. Nejčastěji se báli, že se operace nepovede a dojde k poškození během operace nebo že se po operaci neproudí. Dále měli strach z probuzení během operace, z pooperačních bolestí, z neznáma, ze ztráty kontroly nebo obecně z anestezie.

Informátoři byli dále tázáni, které situace pro ně byly nejvíce stresující. Za nejvíce stresující označili nejčastěji samotný okamžik sdělení onkologické diagnózy a nutnosti operace a také čekání na výzvu z operačního sálu. Jedna informátorka například uvedla, že nejvíce stresující bylo, když ji před operací přestěhovali na JIP, kde ji sestry nachystaly na operaci. Poté musela čekat o samotě na pokoji asi 20 minut, než si ji zavolají z operačního sálu. Někteří dále uvedli cestu na operační sál, chvíle na sále před operací, odložení operace, příjezd do nemocnice nebo zákaz pití před operací.

Škálu APAIS použili i výzkumníci z Turecka mezi lety 2016 a 2017. Cílem jejich studie bylo mimo jiné zjistit, čeho konkrétně se pacienti obávají. Z výsledků této studie je patrné, že pacienti se nejčastěji báli pooperační bolesti. Na druhém místě se umístil strach z probuzení během anestezie a na třetím strach ze smrti. Někteří se dále báli jehel, bolesti během operace, poškození během operace nebo pooperační nevolnosti a zvracení (Celik, Edipoglu, 2018). V dotazníkovém šetření Riegerové (2019) se pacienti také nejvíce báli pooperační bolesti. Čtvrtina oslovených se dále obávala výsledku operace, smrti a pooperační nevolnosti a zvracení. V jiném výzkumu z roku 2011 byly zjišťovány příčiny předoperační úzkosti. Pacienti nejčastěji uváděli odložení operace, poškození během operace, neprobuzení

z anestezie, neúspěch operace a nedostatečné tlumení bolesti nebo malou pozornost od pečujících (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 884–85. Na těchto datech můžeme vidět, že výsledky různých studií nejsou až tak odlišné. Ve výsledcích se často objevují stejné obavy. Mění se hlavně jejich pořadí nebo formulace.

Po důkladném přečtení všech rozhovorů byly stanoveny faktory, které ovlivňovaly, jak velký strach a úzkost měli pacienti před operací. Mezi tyto faktory patří důvěra v lékaře, informovanost a osobnost daného pacienta, přítomnost onkologické anamnézy nebo jiných vážných nemocí a typ výkonu (rozsah, náročnost, možné komplikace). Dalším velmi důležitým faktorem se ukázal být čas. Někteří informátoři totiž uvedli, že pro ně bylo lepší, když šli na operaci rychle a neměli moc čas přemýšlet a dělat si starosti. Dalším důležitým faktorem se ukázala být předchozí zkušenost s operací. Někteří informátoři uvedli, že neměli takový strach, jelikož nešlo o jejich první operaci a už trochu věděli, co se bude dít. Někteří měli naopak větší strach, jelikož na operaci ještě nikdy nebyli. Celik a Edipogli (2018) během své studie potvrdili, že pacienti bez předchozí zkušenosti mají zároveň také vyšší potřebu informovanosti. To, že je předchozí zkušenost s operací spojená s nižší mírou předoperační úzkosti, uvádí na základě svých výzkumů i Caumo a kol. (2001). Ovšem předchozí zkušenost s operací může někdy působit i negativně. Jedna z informátorek se svěřila s tím, že měla před operací obrovský strach právě kvůli předchozí špatné zkušenosti. Kovářová (2017) ve své diplomové práci také zjišťovala, zda předchozí zkušenost pacientů ovlivňuje předoperační strach. Respondenty na základě předchozí zkušenosti rozdělila do tří skupin – dobré zkušenosti, špatné zkušenosti a žádné zkušenosti. Ukázalo se, že největší strach měli pacienti se špatnou zkušeností.

Po operaci se někteří informátoři obávali výsledků operace a histologického vyšetření. Hodně jich však pocítilo úlevu, že mají operaci za sebou. Dvěma informátorům se po operaci ulevilo, že nemají střešní vývod. Objevují se také obavy z dočasné ztráty soběstačnosti a pocit viny z přidělení práce sestrám.

Co pacientům pomáhalo jejich strach zmírnit?

Strach pacientům pomáhala mírnit například premedikace, pozitivní myšlenky, rozhovor s psychologem, čtení, pletení a hlavně rodina a další blízcí. Vliv rodiny potvrzuje i Gulášová (2012, s. 43). Zároveň však upozorňuje, že rodina a ostatní blízcí mohou mít na psychiku pacienta i neblahý vliv. Zejména pokud jsou přehnaně starostliví a lítostiví a děsí pacienta mylnými informacemi. Zmíněný rozhovor s psychologem absolvovali 3 informátoři. Dvěma

z nich rozhovor s psychologem pomohl. Třetí však tento rozhovor nepovažoval za přínosný, jelikož necítil potřebu se ze svých pocitů někomu vypovídat.

Informátoři byli také tázáni, zda jim zdravotnický personál pomohl zmírnit předoperační strach a úzkost. Všichni oslovení uznali, že jim zdravotníci různými způsoby pomohli cítit se před operací lépe. Hovořili například o přátelské komunikaci, úsměvu, premedikaci, laskavém a klidném přístupu nebo o poskytnutí informací. Například jeden z informátorů měl před operací obavy, aby mu vydrželo srdce, protože má nemocné chlopně. Tyto obavy mu pomohla zmírnit anestezioložka, která ho vyslechla a podala mu informace potřebné ke zmírnění těchto obav.

Žádný z informátorů přímo nehovořil o muzikoterapii, přestože řada výzkumů potvrzuje, že jde o velmi efektivní metodu, snižující bolest a předoperační úzkost. Její účinnost ve své bakalářské práci potvrzuje i Tylšarová (2018). Jeden z mých informátorů se pouze zmínil, že na něj na operačním sále dobře působil zvuk huby z rádia.

Vliv zdravotníků na snižování předoperačního strachu zkoumala ve své diplomové práci i Riegerová (2019). V jejím výzkumu 64 % respondentů zaškrtnulo, že jim zdravotníci pomohli zmírnit strach. Nejčastěji jim pomohla zdravotní sestra, dále pak chirurg, anesteziolog nebo sanitář. Pomohli například optimistickým rozhovorem, úsměvem, premedikací, empatií, laskavým a klidným jednáním, rozptýlením nebo poskytnutím informací.

Jaké zkušenosti mají pacienti s informacemi, které jim byly poskytnuty zdravotnickým personálem?

Podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 87) patří poskytnutí informací mezi základní intervence, které u pacienta snižují předoperační strach a úzkost. Existují i různé studie a práce, které se touto problematikou zabývaly. I někteří informátoři v mém výzkumu uvedli, že jim personál pomohl zmírnit strach poskytnutím informací. Z toho důvodu byli informátoři tázáni, zda byli spokojeni s informacemi, které jim byly poskytnuty zdravotnickým personálem.

Z rozhovorů vyplývá, že všichni informátoři byli spokojeni s informacemi, které jim byly poskytnuty před operačním zákrokem. Nejvíce informací získali většinou od operátora, někteří také od anesteziologa nebo z informovaných souhlasů. Jeden informátor zmiňuje také zdravotní sestry, které mu poskytly hlavně informace týkající se ošetrovatelské péče a průběhu hospitalizace.

Janáčková a Weiss (2008, s. 10) zdůrazňují, že by měl pacient mít možnost vše si promyslet a pokládat doplňující dotazy. Všichni z oslovených měli před operací možnost klást doplňující dotazy. Ne všichni však této možnosti využili. Důvodem bylo například to, že nic dalšího vědět nechtěli, nepotřebovali nebo nevěděli, co by je mělo zajímat. Dalším důvodem byla důvěra v lékaře nebo vědomí, že se o informace zajímá dcera.

Informovaností pacientů před operačním zákrokem se ve své diplomové práci zabývala i Riegerová (2019). Sběr dat byl v této práci proveden formou dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo celkem 70 respondentů. Z jejích výsledků vyplývá, že 1/3 pacientů nepociťovala před operací potřebu dalších informací, 1/3 měla průměrnou potřebu dalších informací a 1/3 měla vysokou potřebu dalších informací. Tato větší pestrost odpovědí může být způsobena větším množstvím respondentů, se kterými pracuje kvantitativní výzkum. Respondenti v této práci také získali informace nejčastěji od chirurga, poté od anesteziologa a menší část pacientů dále uvedla zdravotní sestru.

Ptáček a Bartůnek (2011, s. 100) ve své publikaci zmiňují důležitost poskytnutí informací po operačním zákroku. Většina pacientů si přeje vědět, jak operace dopadla a znát názor lékaře. Všichni informátoři v této diplomové práci byli spokojeni s informacemi, které jim byly poskytnuty po operaci. Jedna z informátorek zmiňuje předešlou špatnou zkušenost. Před pár lety jí byly zatajeny komplikace, které během operace nastaly. Tato zkušenost, jak sama naznačuje, negativně ovlivnila její důvěru v lékaře.

Během rozhovorů se ukázalo, že ne všichni informátoři reagovali na informace poskytnuté před operačním zákrokem stejně. Všichni si přejí být před operací informováni. Neshodli se však v množství informací, které chtějí znát. Někteří informátoři uvedli, že toho chtěli vědět co nejméně a aktivně se o informace nezajímali. Dalším stačily pouze základní informace a detailnější informace považovali za zbytečné nebo v nich dokonce vyvolávaly nepříjemné myšlenky a pocity. To, že mají různí pacienti různou potřebu být informováni, uvádí ve své publikaci i Křivohlavý (2002, s. 56). Jednu skupinu tvoří tzv. vyhýbaví pacienti, kteří se všemu nepříjemnému vyhýbají a vnucené informace na ně nemají dobrý vliv. Druhou skupinu tvoří tzv. aktivní bojovníci, kteří naopak chtějí informace a čím více informací mají, tím lépe lékařské výkony zvládají. Podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 88) vyžaduje každý pacient jiný rozsah informací. Pacienti s nižší mírou úzkosti podle nich vyžadují hlavně informace týkající se operačního zákroku. Více úzkostní naopak potřebují vědět, jaké pocity a vjemy by měli očekávat.

Křivohlavý (2002, s. 55) také uvádí, že pro zmírnění stresu je dobré pustit pacientům videozáznam plánovaného výkonu, aby věděli, co je čeká. To se však neslučuje s tvrzením jedné z informátorek. Ta se během rozhovoru zmínila, že jí bylo před předoperační bronchoskopií nabídnuto zhlédnutí videa. Ona však tuto nabídku odmítla s tím, že by se na to nemohla dívat.

Během rozhovorů bylo také zjištěno, že někteří z informátorů vůbec nečetli informovaný souhlas s výkonem, nebo ho nečetli celý. Jako důvod tři z nich uvedli, že jim vše důležité řekl již lékař. Další důvody byly tyto: o informace se zajímala dcera; byla jsem rozhodnuta jít na operaci, ještě před předložením informovaného souhlasu; vynechal jsem nepříjemné pasáže, ve kterých se psalo o možných komplikacích. Nikdo z oslovených neuvedl, že by mu lékař neumožnil informovaný souhlas si přečíst.

I pár dalších informátorů se během rozhovoru zmínilo, že na ně některé informace obsažené v informovaném souhlasu nepůsobily moc dobře. Haškovcová (2015, s. 84) se ve své publikaci zamýšlí nad nutností uvádět v informovaném souhlasu rizika výkonu. Diskusi však ukončuje s tím, že pacienty sice není dobré děsit, na druhou stranu je však třeba jim tuto prostou pravdu připomenout.

Problematikou informovaného souhlasu se zabývala i studie z Turecka (Özgür, 2014, s. 132), jejíž výsledky byly prezentovány na Světovém kongresu anesteziologů. Cílem této studie bylo zjistit, zda pacienti čtou informovaný souhlas s anestezií a pokud ne, tak proč. Této studii se zúčastnilo celkem 522 pacientů. Jak se později ukázalo, informovaný souhlas si nepřečetlo 54,8 % z nich. Jako důvod uvedli například to, že se o něj nezajímali, jelikož stejně museli na operaci, že neměli čas informovaný souhlas číst, byl pro ně obtížně srozumitelný, neměli s sebou brýle nebo je děsily informace v něm obsažené. Informovaný souhlas obecně četli více ambulantní, mladší a zdravější pacienti. Výsledky studie dokazují, že většina zúčastněných pacientů neporozuměla důležitosti informovaného souhlasu. Na základě toho bylo doporučeno předělat informovaný souhlas tak, aby byl snadněji čitelný a doplnit jej o různé vizuální prvky a ilustrace.

To že hodně pacientů nechápe smysl informovaného souhlasu, dokazuje i studie z roku 2017. Tato studie byla zrealizována pro účely publikace vydávané Českou lékařskou komorou. 73 % oslovených pacientů považovalo informovaný souhlas za právní nástroj ochrany lékaře, 30 % nevědělo, k čemu informovaný souhlas slouží a 7 % se domnívalo, že to má pomoci zvýšit jejich informovanost (Tempus medicorum, 2018, s. 19).

3.2 Doporučení pro praxi

Na základě toho, co se informátorům líbilo a s čím byli naopak nespokojeni, bylo navrženo několik doporučení pro praxi. Ukázalo se, že je velmi důležité dát pacientům prostor klást doplňující dotazy a vyjádřit své obavy. Obavy pacientů mohou být totiž mnohdy nepodložené (např. když má pacient strach, aby se neprobudil během operace) a když nám o nich řeknou, tak jim můžeme poskytnout více informací a obavy tím zmírnit. Toto tvrzení dokazuje i řecká studie z roku 2012. Během ní bylo zjištěno, že více jak 60 % pacientů mluví o svých obavách z anestezie se svými příbuznými přesto, že drtivá většina z nich by raději mluvila s anesteziologem a byla jím uklidněna (Mavridou et al., 2013). Problém může být v tom, že pacienti mnohdy ani nevědí, co by je mělo zajímat a na co se mají zeptat. Z toho důvody by zdravotníci mohli možná témata nadhazovat.

Pacienti si pamatují zejména pocity. Proto bychom při poskytování zdravotní péče měli dbát na vytváření pozitivní atmosféry (muzikoterapie, příjemné prostředí – např. barevné stěny operačních sálů při dodržení hygienických předpisů), partnerský a laskavý přístup, podporu a lidskost.

Někteří informátoři uvedli, že se cítili lépe, když s nimi zdravotnický personál před operací více komunikoval (i po cestě na operační sály nebo na operačních sálech). To dokazuje vliv přátelské komunikace na mírnění předoperačního strachu a úzkosti. Samozřejmě je jasné, že v nemocničním provozu na to nemusí být vždy čas. Pokud se ale čas najde, je přátelská komunikace to nejmenší, co může zdravotník udělat. Zároveň bychom měli myslet na to, že pacient může vnímat i to, jak mezi sebou komunikuje a vzájemně spolupracuje zdravotnický personál.

Pacientům by mělo být poskytnuto dostatečné množství informací. Před každou intervencí by jim mělo být vysvětleno, co se s nimi bude dít. Někteří pacienti také ocení, když se jim zdravotník, který s nimi manipuluje, představí (alespoň svou funkcí). Jak uvádí například Wichsová (2013, s. 42, 135), s pacientem by měl být neustále udržován kontakt a měl by být informován o všech našich intervencích. V prostorách operačních sálů zároveň nesmí zůstat zcela bez dozoru.

Během výzkumu se ukázalo, že pokud to dané zdravotnické zařízení umožňuje, tak je dobré nabídnout některým pacientům před operací rozhovor s psychologem. Tento rozhovor by mohl proběhnout i opakovaně, nejlépe ještě před operací. Ovšem ne přímo v den operace. To jsou většinou pacienti i personál zaměstnaní předoperační přípravou. Avšak ne všichni pacienti tuto

možnost ocení. Člověk musí chtít, aby mu to něco dalo, a musí mít chuť bavit se s někým o svých pocitech a starostech. Proto je potřeba se s ním o tom pobavit a dát mu na výběr, zda o rozhovor s psychologem stojí. Otázkou také je, co může sama sestra udělat namísto psycholožky. Sestra by například mohla při své práci využívat prvky Rogerovské psychoterapie. Jedná se o tzv. přístup zaměřený na člověka, jehož základním předpokladem je psychologický kontakt. Rogers v něm jmenuje tři podmínky, které podporují osobnostní růst pacienta. Jedná se o bezpodmínečné přijetí pacienta, empatické porozumění a kongruenci, neboli opravdovost – soulad mezi tím, co zdravotník prožívá a co navenek ukazuje (Faixová, 2014, s. 35–38).

Dále se ukázalo, že ne každý pacient si přeje být před operací detailně informován. Jak uvádí Janíková a Zeleníková (2013, s. 88), lidé mají různou potřebu informovanosti. Proto by měla sestra ke každému pacientovi přistupovat individuálně a informace volit citlivě s ohledem na stupeň jeho úzkosti. Někteří pacienti uvedli, že na ně nepůsobilo dobře, když si v informovaném souhlasu přečetli o možných komplikacích operačního zákroku. To může být způsobeno i tím, že jim k této problematice lékaři neposkytli dostatek informací. Tištěné informace by měly být vždy doplněny rozhovorem, při kterém lékař pacienta povzbudí a vysvětlí, že komplikace mohou nastat, ale že jsou na ně zdravotníci připraveni a umí je řešit. Měl by hovořit laickým jazykem a zodpovědět pacientovi případné dotazy. Zároveň je nutné důkladně promyslet slova a věty použité v informovaném souhlasu. V opačném případě může dojít k nežádoucímu nocebo efektu, a tím ke zhoršení psychosomatického stavu pacienta.

Dále se ukázalo, že někteří pacienti (zejména starší) spoléhají, co se informací týče, na své příbuzné, například děti. Pokud si to pacient přeje, je dobré zapojit do procesu poskytování informací i příbuzné. Tento rozhovor s příbuznými by však v žádném případě neměl nahradit rozhovor s pacientem a znemožnit tak jeho možnost svobodně a informovaně se rozhodnout.

Na závěr je nutné dodat, že musíme myslet na to, že naše chování může ovlivnit budoucí důvěru pacienta ve zdravotníky.

Tato doporučení lze shrnout do několika bodů:

1. Vytvářej pozitivní atmosféru a příjemné prostředí.
2. Podporuj pacienta, dbej na partnerský a laskavý přístup a lidskost.
3. Poskytni dostatek informací a vysvětluj jednotlivé kroky – aby pacient věděl, co ho čeká.
4. Pozor na rozsah informací – každý to má jinak, přistupuj ke každému individuálně.

5. Nadhazuj témata – pacient mnohdy neví, na co se zeptat.
6. Dej pacientovi prostor pro vstřebání myšlenek a doplňující dotazy.
7. Dej mu prostor, aby vyjádřil své obavy.
8. Doplně informovaný souhlas rozhovorem, zmírní obavy z komplikací, používej laický jazyk.
9. Používej přátelskou komunikaci – mírní stres, odvádí myšlenky jinam.
10. Navrhni možnost rozhovoru s psychologem (pokud o to pacient stojí), používej psychoterapeutický přístup.
11. Operační sály – představ se, komunikuj s pacientem.
12. Mysli na to, že tvoje chování může ovlivnit budoucí důvěru ve zdravotníky.

4 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá zkušenostmi onkologicky nemocných s operačním zákrokem. Jedná se o práci teoreticko-výzkumného charakteru, která je rozdělena na dvě části – část teoretickou a část praktickou. Cílem teoretické části bylo poskytnout teoretické poznatky ke zkoumané problematice. V praktické části byly stanoveny tyto cíle:

1. Popsat zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem.
2. Zjistit, z čeho měli pacienti strach v předoperačním a pooperačním období a co jejich strach vyvolávalo.
3. Zjistit, co pacientům pomáhalo jejich strach zmírnit.
4. Zjistit, jaké zkušenosti mají pacienti s informacemi, které jim byly poskytnuty zdravotnickým personálem.
5. Na základě rozhovorů s pacienty vytvořit doporučení pro praxi.

Pro vypracování praktické části a naplnění cílů práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl uskutečněn pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které vycházely z předem připravených témat. Do výzkumu byli zařazeni onkologičtí pacienti, kteří prodělali chirurgickou léčbu nádorového onemocnění v celkové anestezii. Tito pacienti byli osloveni na lůžkovém oddělení onkologie. Každý z nich byl před zahájením rozhovoru poučen a podepsal informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Celkem se zúčastnilo 8 informátorů – 5 žen a 3 muži. Tento konečný počet byl ovlivněn saturací dat, což znamená, že rozhovory byly ukončeny ve chvíli, kdy již další výzkum nepřinášel nové informace. Během rozhovorů byl na mobilní telefon pořízen zvukový záznam, který byl následně přepsán do písemné podoby technikou doslovné transkripce. Získaná data byla následně zpracována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy a pomocí otevřeného kódování, jehož cílem je označovat různé informace označené v rozhovorech pomocí kódů. Celkem bylo vytvořeno 19 kódů, které byly na základě podobnosti rozděleny do 4 kategorií.

Z rozhovorů vyplývá, že zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem jsou převážně kladné. Stejně tak byli informátoři až na pár drobností spokojeni s chováním a komunikací zdravotnického personálu. Prostředí operačních sálů působilo špatně pouze na malou část informátorů. Vadil jim například chlad, hluk z přípravy na operaci, staré a pochmurné prostředí nebo čekání v předsáli.

Před operací se nejčastěji báli, že se operace nepovede a dojde k poškození během operace, nebo že se po operaci již neprobudí. Za nejvíce stresující situace označili okamžik sdělení

onkologické anamnézy a nutnosti operace a čekání na výzvu z operačního sálu. Během rozhovorů se dále ukázalo, že strach před operací ovlivňuje celá řada faktorů. Mezi tyto faktory patří například časový interval, během kterého se pacient dostane na operační sál, nebo předchozí zkušenost s operací, která může na daného pacienta působit pozitivně i negativně. Dalšími faktory jsou – důvěra v lékaře, informovanost, osobnost daného pacienta, přítomnost onkologické anamnézy nebo jiných vážných nemocí a typ a rozsah výkonu.

Strach pacientům pomáhala mírnit například rodina, premedikace, pozitivní myšlení, rozhovor s psychologem nebo mysl zaměstnávající činnosti. Zdravotnický personál pomohl hlavně úsměvem, laskavým přístupem, přátelskou komunikací nebo poskytnutím informací.

Všichni informátoři byli spokojeni s informacemi, které jim byly poskytnuty před operačním zákrokem i po něm. Zároveň měli všichni možnost pokládat doplňující dotazy. Avšak ne všichni této možnosti využili. Nejvíce informací získali většinou od operátora, někteří také od anesteziologa nebo z informovaných souhlasů. Ne všichni pacienti si přejí být detailně informováni. Někteřím mohou podrobné informace nahánět strach. Jiní však tyto informace požadují. Dále se ukázalo, že někteří informátoři podrobně nečetli informovaný souhlas s výkonem, nebo jej nečetli vůbec, k čemuž měli různé důvody.

Na základě těchto výsledků můžeme konstatovat, že bylo dosaženo stanovených cílů práce. Doporučení pro praxi jsou uvedena v závěru diskuze. Další výzkum by mohl být detailněji zaměřený na způsob poskytování informací. Mohl by například zjišťovat, zda byl pacientům informovaný souhlas předložen až po poskytnutí informací lékařem, kdo jim jej dával podepsat a zda poskytnutým informacím rozuměli. Dále by mohl detailněji zkoumat spokojenost s informacemi v konkrétních oblastech, jako je například předoperační příprava, pooperační péče atd.

5 POUŽITÁ LITERATURA

AUST, Hansjoerg et al., 2016. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research* [online]. Vol. 16, s. 1-10 [cit. 2021-02-26]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941033/pdf/12913_2016_Article_1492.pdf

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 552 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

CAUMO, W. et al., 2001. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. Roč. 45, č. 3, s. 298-307. ISSN 1399-6576.

CELIK, Fatma a Ipek S. EDIPOGLU, 2018. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European Journal of Medical Research* [online]. Vol. 23 [cit. 2021-02-25]. ISSN 2047-783X. Dostupné z: <https://eurjmedres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40001-018-0339-4>

CONSTRUCTION SPECIALTIES, 2021. Tištěná nástěnná výzdoba pro operační sál v nemocnici Heart Hospital. *Construction Specialties* [online]. © 2021 Construction Specialties [cit. 2021-04-07]. Dostupné z: <https://www.c-sgroup.cz/blog/printed-wall-mural-for-heart-hospital-operating-theatre/>

ČERMÁKOVÁ, Anna, 2020. *Spokojenost pacientů s nabízenou stravou ve zdravotnických zařízeních*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Hana Ochtinská.

ČESKO, 2019. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/monitor?g=15227899>

ČESKO, 2021. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

FAIXOVÁ, Kateřina, 2014. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Roč. 15, č. 1, s. 35 – 38 [cit. 2021-04-12]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/09.pdf>

FERKO, Alexander et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. 511 s. ISBN 978-80-247-1005-1.

GRAS, Séverine et al., 2010. The Effect of Preoperative Heart Rate and Anxiety on the Propofol Dose Required for Loss of Consciousness. *Anesthesia & Analgesia* [online]. Vol. 110, iss. 1, s. 89-93 [cit. 2021-03-29]. ISSN 0003-2999. Dostupné z: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2010/01000/The_Effect_of_Preoperative_Heart_Rate_and_Anxiety.16.aspx

GULÁŠOVÁ, Ivica a kol., 2012. Zvládání strachu pacienta před operací. *Sestra*. Roč. 22, č. 2, s. 42-43. ISSN 1210-0404.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOMZOVÁ, Pavlína, 2013. *Hodnocení předoperační úzkosti a strachu*. Ostrava. Diplomová práce. Ostravská univerzita, lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Renáta Zeleníková Ph.D.

HONZÁK, Radkin, 2017. *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad. 336 s. ISBN 978-80-7429-912-4.

HONZÁK, Radkin, 2006. *Základy psychologie*. Praha: Galén Karolinum. 132 s. ISBN 80-7262-377-X.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.

KLUSÁKOVÁ, Kateřina, 2010. *Spokojenost pacientů s komunikací zdravotnického personálu na operačním sále*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.

- KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. *Kvalitativná analýza textu: čtyři přístupy*. Tomáš Řiháček, Ivo Čermák, Roman Hytych a kol. Brno: Masarykova univerzita. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.
- KOVÁŘOVÁ, Kristýna, 2017. *Hodnocení předoperačního strachu u seniorů před plánovanou operací*. Ostrava. Diplomová práce. Ostravská Univerzita, lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Renáta Zeleníková, Ph.D.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4
- LARSEN, Reinhard a Jarmila DRÁBKOVÁ, 2004. *Anestezie*. Vyd. 2. české. Praha: Grada. 1376 s. ISBN 80-247-0476-5.
- LEE, J., 2016. The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. *Journal of music therapy* [online]. Vol. 53, iss. 4, s. 430-477 [cit. 2021-03-29]. ISSN 2053-7395. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27760797/>
- MATLOCHOVÁ, Eva, 2012. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. Roč. 22, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
- MAVRIDOU, Paraskevi et al., 2013. Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of Anesthesia* [online]. Vol. 27, s. 104-108 [cit. 2021-03-12]. ISSN 1438-8359. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00540-012-1460-0>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2020. Práva pacientů ČR, *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>
- MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.
- ÖZGÜR ÖZHAN, Mehmet et al., 2014. Do the Patients Read the Informed Consent? *Balkan Medical Journal* [online]. Vol. 31, iss. 2, s. 132-136 [cit. 2021-02-25]. ISSN 2146-3123. Dostupné z: <https://balkanmedicaljournal.org/en/do-the-patients-read-the-informed-consent-133039>

- PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2012. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál. 226 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
- RIEGEROVÁ, Michaela, 2019. *Strach a úzkost pacienta před operací*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- ŠEFR, Roman, 2017. Onkologická chirurgie. In: *Linkos* [online]. [cit. 2020-10-28]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-lecit/onkochirurgie/onkologicka-chirurgie/>
- TATE, Peter, 2005. *Příručka komunikace pro lékaře – Jak získat důvěru pacienta*, 1. vyd. Praha: Grada. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
- TAUBEROVÁ, Daniela, 2018. Lékařka vyzdobila operační sály ORL, krásli je zentagle malby. *Olomoucký deník.cz* [online]. © VLTAVA LABE MEDIA a.s. [cit. 2021-04-07]. Dostupné z: https://olomoucky.denik.cz/zpravy_region/lekarka-vyzdobila-operacni-saly-orl-krasli-je-zentagle-malby-80181227.html
- TEMPUS MEDICORUM, 2018. Etika a komunikace v medicíně 2017: Informovaný souhlas – etické, právní, psychologické a klinické aspekty. *Tempus Medicorum*. Roč. 27, č. 1, s. 18-21. ISSN 1214-7524.
- TYLŠAROVÁ, Aneta, 2018. *Využití muzikoterapie v ošetrovatelské péči*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce doc. PhDr.Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
- URBAN, Jan, 2017. Právo na informace o zdravotním stavu a nakládání s nimi. *Epravo.cz* [online]. Praha: Epravo.cz [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-informace-o-zdravotnim-stavu-a-nakladani-s-nimi-104523.html>

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

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

WICHISOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Informovaný souhlas pro účastníky rozhovoru.....	84
--	----

Informovaný souhlas pro účastníky rozhovoru

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Stránská a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Zároveň pracuji jako zdravotní sestra na tomto oddělení. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o absolvování rozhovoru, který bude sloužit jako zdroj informací pro vypracování mé diplomové práce s názvem Zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem. Informace získané během rozhovoru mohou tím pádem posloužit jako zdroj informací pro zkvalitnění péče o pacienty. Účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Během rozhovoru bude pořízen zvukový záznam, přístupný pouze mojí osobě. Tento záznam bude následně přepsán do písemné podoby a zbaven veškerých údajů, které by mohly vést k Vaší pozdější identifikaci. Tím bude zaručena Vaše anonymita.

Tímto dávám souhlas s poskytnutím, nahráním a zpracováním rozhovoru pro účely diplomové práce.

Jméno: _____

Dne: _____

Podpis: _____

Kontaktní osoba:

Bc. Stránská Kateřina

Telefon: 732 193 465

Email: stranskakaterina1@gmail.com