

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Michaela Riegerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Strach a úzkost pacienta před operací

Michaela Riegerová

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Riegerová**
Osobní číslo: **Z17237**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Název tématu: **Strach a úzkost pacienta před operací**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

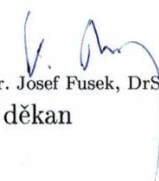
1. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetrovatelská péče v chirurgii : pro bakalářské a magisterské studium. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
2. JEDLIČKOVÁ, J. Ošetrovatelská perioperační péče. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
3. SCHNEIDEROVÁ, M. Perioperační péče. 1.vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
4. WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P. a kol. Sestra a perioperační péče. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.
5. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

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


Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci 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., autorský zákon, 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. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29. 04. 2019

Michaela Riegerová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za odborné vedení práce, laskavý přístup a poskytování rad. Dále děkuji sestřám z chirurgických oddělení za pomoc při rozdávání dotazníků pacientům v době mé nepřítomnosti. V neposlední řadě patří můj dík mé rodině.

ANOTACE

Diplomová práce je tvořena ze dvou částí. První část je teoretická a je rozčleněna do několika kapitol. Zabývá se dělbou operačních výkonů, přípravou pacientů k operaci, popis jak probíhají operační výkony u zkoumaných nemocných – plastika tříselné kýly a operace žlučníku. Dále definice strachu, důvody, proč se hospitalizovaní nemocní bojí, jak vnímají hospitalizaci. Další kapitoly se věnuje úzkosti, měření a hodnocení strachu a úzkosti, metodám na snižování strachu a úzkosti.

Druhá část je výzkumná a vyhodnocuje data získaná na základě dotazníkového šetření. Cílem bylo zjistit, zda nemocní podstupující plánovaný operační výkon (plastika tříselné kýly, cholecystektomie – odstranění žlučníku) prožívají úzkost před operací a čeho se nejčastěji obávají. Zjistit, jestli úzkost souvisí s předchozí zkušeností s operací, s pohlavím, s vzděláním, s věkem nebo typem anestezie. Zjistit, jestli zdravotnický personál pomohl nemocným zmírnit strach před operací a zjistit, odkud pacienti nejčastěji získávali informace k operaci a zda se cítí být dostatečně informování.

KLÍČOVÁ SLOVA

strach, úzkost, operační výkon, dotazník APAIS

TITLE

Patient fear and anxiety before surgery

ANNOTATION

The thesis consists of two parts. The first part is theoretical and is divided into several chapters. It deals with the division of surgical procedures, the preparation of patients for surgery, the description of how surgical procedures are performed in the examined patients - inguinal hernia and gallbladder surgery. Furthermore, the definition of fear, the reasons why hospitalized patients fear how they perceive hospitalization. The next chapters deal with anxiety, measurement and evaluation of fear and anxiety, methods for reducing fear and anxiety.

The second part is research and evaluates data obtained on the basis of questionnaire survey. The aim was to find out whether patients undergoing planned surgery (inguinal hernia sculpture, cholecystectomy - gallbladder removal) experience anxiety before surgery and what they most often fear. Find out if anxiety is related to previous experience with surgery, sex, education, age or type of anesthesia. Find out if the medical staff has helped the patients alleviate the fear of surgery and find out where the patients most often have been getting information about the operation and whether they feel sufficiently informed.

KEYWORDS

fear, anxiety, operation, APAIS questionnaire

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
1.1 Dílčí cíle.....	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Operační výkon.....	13
2.1.1 Dělení operačních výkonů.....	13
2.1.2 Cholecystektomie.....	14
2.1.3 Plastika tříselné kýly.....	15
2.1.4 Příprava před plánovaným operačním výkonem.....	16
2.2 Strach.....	18
2.2.1 Definice strachu.....	18
2.2.2 Důvody strachu hospitalizovaných.....	19
2.2.3 Vnímání hospitalizace.....	19
2.3 Úzkost.....	20
2.4 Strach a úzkost před operací.....	20
2.5 Měření a hodnocení strachu a úzkosti.....	22
2.6 Metody na snižování strachu a úzkosti před operací.....	23
2.6.1 Psychologické působení na pacienta.....	23
2.6.2 Poskytování informací.....	24
2.6.3 Muzikoterapie.....	26
2.6.4 Premedikace.....	26
2.6.5 Další techniky.....	27
2.6.6 Pacient na operačním sále.....	27
3 Výzkumná/průzkumná část.....	29
3.1 Výzkumné otázky.....	29
3.2 Metodika výzkumu.....	29

3.2.1	Soubor respondentů	29
3.2.2	Výzkumný nástroj.....	30
3.2.3	Metoda sběru dat.....	31
3.2.4	Metoda analýzy dat.....	31
3.3	Analýza získaných dat.....	31
3.3.1	APAIS dotazník	31
3.3.2	Věk.....	34
3.3.3	Pohlaví	37
3.3.4	Kouříte?	38
3.3.5	Nejvyšší dosažené vzdělání	39
3.3.6	K jakému operačnímu výkonu jste byl přijat/přijata?.....	40
3.3.7	V jaké anestezii (narkóze) bude Vaše operace provedena?	41
3.3.8	Odkud jste získával informace k Vaší operaci?	43
3.3.9	Znáte jméno lékaře?.....	45
3.3.10	Prodělal jste v minulosti operaci?	46
3.3.11	Jak se cítíte být informován?	49
3.3.12	Strach z jednotlivých situací	50
3.3.13	Co by Vám pomohlo strach snížit?.....	57
3.3.14	Pocítujete některý z následujících projevů?	58
3.3.15	Jak jste se před operací vyspal?	59
3.3.16	Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit Váš strach před operací?.....	59
3.3.17	Je něco, čeho se obáváte po operaci?	61
4	Diskuze	62
5	Závěr	68
6	Použitá literatura	69
	Elektronické zdroje	70
7	Přílohy.....	72

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 : Graf - Věk respondentů	35
Obrázek 2 : Graf - Věk respondentů versus úzkost	35
Obrázek 3 : Graf - Pohlaví respondentů	37
Obrázek 4 : Pohlaví respondentů versus úzkost	37
Obrázek 5 : Graf - Kouříte?	38
Obrázek 6 : Graf - Nejvyšší dosažené vzdělání	39
Obrázek 7 : Vzdělání versus úzkost.....	39
Obrázek 8 : Graf - Typ operačního výkonu	41
Obrázek 9 : Graf - Typ anestezie	41
Obrázek 10 : Graf - Typ anestezie versus úzkost	42
Obrázek 11 : Graf - Odkud jste získával informace k operaci.....	43
Obrázek 12 : Graf - Informace od lékaře chirurga.....	44
Obrázek 13 : Graf - Informace od lékaře anesteziologae	44
Obrázek 14 : Graf - Informace od zdravotní sestry	45
Obrázek 15 : Graf - Znáte jméno chirurga.....	45
Obrázek 16 : Graf - Prodělal jste v minulosti operaci?.....	46
Obrázek 17 : Graf - Prodělal jste v minulosti operaci versus úzkost.....	46
Obrázek 18 : Graf - Zkušenost se zdravotnickým personálem	48
Obrázek 19 : Graf - Zkušenost se zdravotnickým zařízením.....	48
Obrázek 20 : Graf - Zkušenost s kvalitou zdravotnické péče	49
Obrázek 21 : Graf - Zkušenost s vlastním operačním výkonem.....	49
Obrázek 22 : Graf - Jak se cítíte být informován?	50
Obrázek 23 : Graf - Čeho se lidé nejvíce obávají?	51
Obrázek 24 : Graf - Bojím se bolesti během operace	51
Obrázek 25 : Graf - Bojím se bolesti po operaci	52
Obrázek 26 : Graf - Bojím se jak se budu chovat po probuzení.....	52
Obrázek 27 : Graf - Bojím se probuzení během operace.....	53
Obrázek 28 : Graf - Bojím se, že se neprobudím.....	53
Obrázek 29 : Graf - Bojím se zvracení a nevolnosti po operaci	54
Obrázek 30 : Graf - Bojím se hospitalizace na JIP	54
Obrázek 31 : Graf - Bojím se, že anesteziolog nebude dost zkušený	55
Obrázek 32 : Graf - Bojím se porušení intimity	55

Obrázek 33 : Graf - Bojím se neznámého prostředí operačního sálu	56
Obrázek 34 : Graf - Bojím se výsledku operace	56
Obrázek 35 : Graf - Bojím se smrti.....	57
Obrázek 36 : Graf - Co by Vám pomohlo strach snížit	58
Obrázek 37 : Graf - Pociťujete některý z následujících projevů	58
Obrázek 38 : Graf - Jak jste se před operací vyspal?	59
Obrázek 39 : Graf - Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit strach před operací?	60
Obrázek 40 : Graf - Kdo Vám pomohl zmírnit Váš strach před operací?	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - APAIS výsledky jednotlivě	32
Tabulka 2 - APAIS výsledky kategorie úzkost a informovanost.....	32
Tabulka 3 - APAIS úzkost rozdělení + informovanost.....	33
Tabulka 4 - APAIS hodnocení úzkosti	33
Tabulka 5 - APAIS výsledky potřeby informací	33
Tabulka 6 - APAIS výsledky potřeby informací shrnutí	34
Tabulka 7 - APAIS u dobře informovaných nemocných	34
Tabulka 8 – Chí-kvadrát test věk	36
Tabulka 9 – Chí-kvadrát test pohlaví.....	38
Tabulka 10 – Chí-kvadrát test vzdělání	40
Tabulka 11 – Chí-kvadrát test typ anestezie	42
Tabulka 12 – Chí-kvadrát test předchozí zkušenost	47

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

APAIS	The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
BAI	Beck Anxiety Inventory (Beckův inventář úzkosti)
STAI	State Trait Anxiety Inventory for Adults
VAS	Visual Analogue Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ASA	American Society of Anesthesiologists
GAS	Goal Attainment Scaling
HARS	The Hamilton Anxiety Rating Scale
ZŠ	základní škola
SOU	střední odborné učiliště
SOŠ	střední odborná škola
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola

ÚVOD

Strach je nepříjemný pocit, kterým reagujeme na nějaké ohrožení. Operace pro nemocného ohrožením jistě je (Zacharová et al., 2011, s. 143). Pacienti vnímají strach a úzkost před operací bez ohledu na typ a velikost operačního výkonu (Janíková et al., 2013, s. 84).

U úzkosti převažují neurčité pocity napětí. Nemocný má strach, ale neví, čeho konkrétně se bojí. K pocitu úzkosti stačí pouze představa nějakého ohrožení (Janíková et al., 2013, s. 83).

Mezi hlavní rizika předoperační úzkosti patří onkologické onemocnění v anamnéze, psychiatrická diagnóza, úzkostné rysy, kouření, ženské pohlaví, vzdělání a celkový fyzický stav nemocného. Mezi sociodemografické faktory, které ovlivňují předoperační úzkost, patří věk nemocného, pohlaví, partnerský vztah a vzdělání (Janíková et al., 2013, s. 84).

Strach a úzkost se dá podle několika jednoduchých dotazníků a škál měřit a hodnotit. Pro tuto diplomovou práci jsem si vybrala škálu APAIS (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale). Škála hodnotí jak úzkost před operací, tak úzkost z anestezie a také potřebu informovanosti (Janíková et al., 2013, s. 86). Tato škála je schválena etickou komisí, poprvé byla použita v Nizozemsku, poté v Německu a běžně se používá k hodnocení strachu a úzkosti před operací v Itálii, Japonsku, Mexiku, Thajsku, Koreji, Thajsku nebo v Turecku (Homzová, 2013, s. 29-30). Ve studii, která byla publikována v roce 2017 v recenzovaném časopise *Journal of PeriAnesthesia Nursing* zaměřujícím se na platnost a spolehlivost české verze APAIS (Validity and Reliability of the Czech Version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) je závěrem uvedeno, že APAIS je užitečným nástrojem pro měření předoperační úzkosti u českých pacientů podstupujících elektivní operaci (Zeleníková et al., 2017, s. 437).

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, zda nemocní podstupující plánovaný operační výkon prožívají úzkost, čeho se nejvíce obávají a zda mají dostatek informací.

1.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda úzkost souvisí s předchozí zkušeností s operací, s pohlavím, s vzděláním, s věkem nebo s typem anestezie.
2. Zjistit, jestli pacientům pomohl zdravotnický personál zmírnit strach před operací, případně jakým způsobem.
3. Zjistit, odkud pacienti informace o operaci získávali a zda se cítí být dostatečně informováni.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části bych chtěla vysvětlit terminologii, co je to operační výkon, jak můžeme operace dělit, jak se pacient připravuje k plánovaným operacím, jak se provádějí operace žlučníku a tříselné kýly, co je to strach, úzkost a jak můžeme strach a úzkost měřit a také zmírňovat.

2.1 Operační výkon

Operace, operační výkon nebo také chirurgický výkon je významným zákrokem do lidského těla. Přistupujeme k němu z důvodů léčebných (terapeutických) nebo z důvodů vyšetřovacích (diagnostických).

2.1.1 Dělení operačních výkonů

Operační výkony lze rozdělit podle několika kritérií. Rozlišujeme výkony ambulantní (bez nutnosti hospitalizace) a výkony prováděné za hospitalizace (tyto výkony vyžadují přípravu pacienta před operací a monitoraci fyziologických funkcí).

Dále dělíme výkony z pohledu naléhavosti jejich provedení na výkony plánované (elektivní), akutní operační výkony a urgentní operační výkony (tyto operace musí být provedeny okamžitě, pacient je ohrožen na životě např. z důvodu tepenného krvácení). K elektivním výkonům patří např. odstranění žlučníku (cholecystektomie) a operace kýly, kterým se blíže věnuje moje diplomová práce.

Z hlediska operační taktiky dělíme výkony na jednodobé (pacientův problém je vyřešen během jedné operace, např. cholecystektomie, appendektomie, aj.) a vícedobé (u těchto výkonů musí chirurg rozvrhnout a naplánovat časový sled a plán operačních výkonů, problém nelze vyřešit během jedné operace, velmi často se jedná o výkony v plastické chirurgii).

Dále dělíme výkony na diagnostické a terapeutické. Důvodem diagnostických operačních výkonů je zjištění důvodu obtíží, které pacient má a na které se nepřišlo jinými diagnostickými metodami. Terapeutické výkony nebo také léčebné mají za úkol vyřešit pacientův problém, který už je předem známý, diagnostikovaný. Jedná se např. o operace kýl, odstranění nádoru, odstranění žlučníku aj.

A nakonec dělíme výkony na krvavé a nekrvavé. U krvavých výkonů začínáme řezem, který vede ke krvácení a u nekrvavých výkonů neporušujeme kožní kryt pacienta (jedná se např. o endoskopické výkony či repozice) (Schneiderová, 2014, s. 19-20).

2.1.2 Cholecystektomie

Cholecystektomie je odstranění žlučníku. Provádí se v celkové anestezii buď klasicky nebo laparoskopicky. Nejčastější indikací pro tuto operaci je cholecystolithiasa – přítomnost kamenů ve žlučníku.

2.1.2.1 Cholecystektomie klasicky

Klasická cholecystektomie se zpravidla provádí ze subkostálního řezu vpravo. Chirurg pronikne do dutiny břišní. Poté rozruší případné srůsty mezi žlučníkem a omentem. Pokud je žlučník hodně zvětšený, předchází samotnému odstranění jeho punkce punkční jehlou a odsátí obsahu žlučníku do stříkaček. Poté se přistoupí k odstraňování žlučníku. To může probíhat antegrádně (od fundu k cystiku) nebo retrográdně (v tomto případě lékař nejprve přeruší ductus cysticus (vývod žlučníku) a arteria cystica (žlučnicková tepna) a poté se žlučník uvolní z jaterního lůžka buď koagulací, tahem nebo nůžkami). Ductus cysticus a arteria cystica vypreparujeme, pomocí kelly peánů přerušíme a podvážeme, případně naložíme propichovou ligaturu. Po odstranění žlučníku vložíme do jaterního lůžka teplou roušku nebo longetu. Po chvíli ji odstraníme, provedeme kontrolu krvácení a jeho ošetření elektrokoagulací nebo opichem jaterního lůžka. Na závěr můžeme provést suturu lůžka parenchymatózním stehem.

Pokud při operaci dojde k protržení žlučníku a vysypání kamenů do dutiny břišní je nutné všechny kameny odstranit, protože mohou být příčinou vzniku pooperačních abscesů v dutině břišní.

Do podjaterní krajiny k lůžku po žlučníku zavedeme silikonový drén, přepočítáme použitý materiál a provedeme suturu laparotomie (Kala et al., 2010, s. 108-110).

2.1.2.2 Cholecystektomie laparoskopicky

V dnešní době laparoskopická cholecystektomie naprosto převládá před tou klasickou.

Operace začíná krátkým řezem nad pupkem. Tudy se zavede do dutiny břišní Veressova jehla, pomocí které dojde k nafouknutí (insuflaci) oxidem uhličitým. Vzniká takzvané kapnoperitoneum. Po nafouknutí se Veressova jehla odstraní a zavede se 10mm port na optiku nebo videolaparoskop. Provede se obhlídka dutiny břišní a provedou se ještě další 2-3 5mm řezy na pracovní porty. Pacient se napolohuje hlavou nahoru. Asistent uchopí žlučník klinčem za fundus a tahá ho kraniálně. Operatér pomocí klinče a disektoru preparuje struktury v Calotově trojúhelníku. Po ozřejmění ductu cystiku a arteria cystica jsou tyto struktury dvojité klipovány a přerušeny. Dále se žlučník retrográdně odstraní z lůžka pomocí koagulačního háčku. Případné krvácení z lůžka stavíme elektrokoagulací. Sutura lůžka se u laparoskopické

operace neprovádí. Poté se žlučník odstraní z dutiny břišní otvorem nad pupkem, který se jen minimálně rozšíří.

Po laparoskopické cholecystektomii se může a nemusí drénovat. Záleží na průběhu operace a na přání operátora (Kala et al., 2010, s. 110-111).

2.1.3 Plastika tříselné kýly

Kýlou rozumíme vakovité vychlípení peritonea, které může obsahovat nitrobřišní orgány. Kýla obsahuje kýlní branku a kýlní vak. Kýlní branka je otvor ve fascii, kudy kýla vystupuje ven. Kýlní vak je část peritonea, která obaluje obsah kýly. Obsahem vaku kýly bývá nejčastěji omentum, střevní klička apod. Na kýlním vaku rozlišujeme hrdlo, tělo a fundus (Scheniderová, 2014, s. 125).

2.1.3.1 Plastika tříselné kýly klasicky

Řez u klasické operace tříselné kýly je veden asi 3cm nad symfýzou, směřuje laterálně a končí asi 3cm od lopaty kosti kyčelní. Pronikne se k aponeuróze zevního šikmého svalu. Uvolní se vnitřní šikmý sval a semenný provazec. Provazec se zavěsí na gumovou hadičku. Preparuje se a hledá se okraj kýlního vaku. Při preparaci u mužů dáváme pozor na ductus defferens a cévy jdoucí k varleti. Vypreparujeme vak, otevřeme ho nůžkami a provedeme revizi vaku. Obsah vrátíme do dutiny břišní a zašijeme cirkulárním stehem krček kýlního vaku. Poté provedeme plastiku zadní stěny kanálu stehy. Plastika může být provedena i pomocí sítky (plastika dle Lichtensteina). Poté se provede sutura aponeuróza zevního šikmého svalu, sutura podkoží a kůže.

2.1.3.2 Plastika tříselné kýly laparoskopicky

Opět se jako u laparoskopické cholecystektomie začíná incizí v oblasti pupku a založením kapnoperitonea pomocí Veressovy jehly. Poté se do této incize zavede 5-10mm trokar podle zvyklosti operátora a vloží se optika nebo videolaparoskop. Dále jsou provedeny ještě 2 5mm řezy na pracovní porty. Nad tříselným kanálem operátor natne peritoneum pomocí nůžek a koagulace. Uvolní se peritoneum až k semennému provazci. Odpreparuje se kýlní vak, je nutné dávat pozor na epigastrické cévy, jejichž poškození by vedlo k nepřehlednosti operačního pole. Do připraveného pole se vloží síťka, která je fixována stehem, speciálními svorkami nebo lepidlem. Nově je možné využívat 3D síťky, které se pro prostoru vloží a není třeba je dále fixovat. Po implantaci sítky se zašije otvor v peritoneu pokračovacím stehem. Zruší se kapnoperitoneum a provede se sutura incizí po portech (Kala, 2010, s. 33-36).

2.1.4 Příprava před plánovaným operačním výkonem

Příprava pacienta před operací má pacienta připravit na to, aby zvládl operační zátěž, aby se operační rána dobře zahojila a pacientova rekonvalescence byla co nejrychlejší.

Pacient do nemocnice přichází s výsledky vyšetření a s kompenzovanými přidruženými onemocněními.

Příprava před operací se skládá z předoperačního vyšetření, chirurgické přípravy, všeobecné přípravy, anesteziologické přípravy a psychologické přípravy.

2.1.4.1 Předoperační vyšetření

V rámci předoperačního vyšetření odebíráme od pacienta anamnézu. U pacientů starších 40 let nebo u pacientů s pozitivní kardiologickou anamnézou se natáčí EKG křivka. U pacientů starších 60 let, pacientů s pozitivní kardiologickou anamnézou, u pacientů nad 40 let kuřáků, u obézních nebo u cizinců s endemickým výskytem TBC se provádí RTG srdce a plic. Další součástí předoperačního vyšetření je biochemické vyšetření moče a krevního séra (moč + sediment, jaterní testy, urea, kreatinin, minerály, celková bílkovina, CRP). Dále se vyšetřuje krev hematologicky (krevní obraz, koagulace, v případě předpokladu větších krevních ztrát a nutnosti hrazení pomocí transfuzí také krevní skupina a Rh faktor). Snažíme se kompenzovat přidružená onemocnění, DM, ICH aj. Nedílnou součástí předoperačního vyšetření je i prevence tromboembolických onemocnění.

Lékař provede fyzikální vyšetření nemocného poslechem, poklepem a palpací. Změří krevní tlak a puls. Předoperační vyšetření je u zdravého pacienta platné jeden měsíc, u pacienta se závažným onemocněním 7 dní.

2.1.4.2 Chirurgická příprava

Odvíjí se od plánovaného výkonu. Některé výkony vyžadují aplikaci předoperačních ATB, před operacemi na plicích je třeba předoperačně nacvičovat odkašlávání, před operacemi na zažívacím traktu je třeba provést očistu zažívacího traktu, zavedení žaludeční sondy, aj.

2.1.4.3 Všeobecná předoperační příprava

Jedná se o přípravu nemocného 24 hodin před operací. Pacient lační, provede celkovou koupel, připraví se operační pole, oholí ochlupení v místě operačního výkonu (provádíme těsně před výkonem, riziko poranění a vzniku infekce), odstraní make-up, odlakuje nehty, odloží šperky, brýle apod. V rámci prevence tromboembolických komplikací se udělají bandáže na dolní končetiny nebo se oblečou kompresní punčochy (Jedličková et al., 2012, s. 233-234). Pacient

podepisuje informovaný souhlas s operací. Informovaný souhlas s operací popisuje navrhovaný výkon, obsahuje alternativní možnosti léčby, uvádí možné komplikace a pravděpodobnost jejich vzniku, končí podpisem pacienta, kterým vyjadřuje souhlas s tím, že byl seznámen s operací, s jejími riziky (Nicholls, 2006, s. 39). Funkcí informovaného souhlasu je ochrana práv pacientů, prevence konfliktů a v neposlední řadě i ochrana lékařů. Souhlas je platný v případě, že pacient dostal dostatek informací o svém onemocnění, dostatek informací o operačním výkonu, všemu porozuměl a souhlasí s postupy, které lékař navrhuje (Šimek, 2015, s. 134-135). Smyslem poskytnutých informací je, aby pacient věděl, co ho čeká, aby se mohl rozhodnout, aby měl možnost vybrat si mezi navrhovanými alternativami léčby (Ptáček et al., 2018, s. 31). Probíhá kontrola veškeré dokumentace (Jedličková et al., 2012, s. 233-234).

2.1.4.4 Anesteziologické konzilium, anesteziologická příprava

Dle typu zdravotnického zařízení probíhá buď v anesteziologické ambulanci, nebo přímo na oddělení na pokoji pacienta, jako anesteziologické konzilium. Pacient v rámci konzilia přečte a vyplní anesteziologický dotazník – Souhlas pacienta s anestezií, který se součástí zdravotnické dokumentace a pacient v něm podpisem ztvrzuje, že byl seznámen s typem a možnostmi anestezie (Jedličková et al., 2012, s. 233-234).

Pacient se od anesteziologa dozví, jaké jsou možnosti provedení anestezie pro jeho typ výkonu – celková, regionální apod. Je seznámen s výhodami jednotlivých metod a jsou mu zodpovězeny veškeré jeho dotazy (Hošková, 2010, s. 64).

Lékař, anesteziolog projde pacientova předoperační vyšetření, zhodnotí pacientův stav, výsledky interních vyšetření, formou rozhovoru odebere od pacienta anesteziologickou anamnézu. Zajímá se zejména o předchozí anestezie, jaký byl jejich průběh, případné komplikace. Zhodnotí anesteziologické riziko ASA, naordinuje premedikaci.

Podle ASA dělíme pacienty do pěti skupin. ASA I. je zdravý pacient bez trvalé medikace, ASA II. jsou pacienti s mírným až středním systémovým onemocněním s medikací, toto onemocnění může nebo nemusí souviset s operačním výkonem, ASA III. jsou pacienti se závažným systémovým onemocněním (angina pectoris, závažný diabetes mellitus), ASA IV. jsou pacienti, kteří trpí závažným život ohrožujícím onemocněním souvisejícím i s operační diagnózou (plicní, jaterní, srdeční nedostatečnost, šokové stavy, apod.), ASA V. jsou pacienti bezprostředně ohroženi na životě, je nutný operační zákrok z vitální indikace (polytraumatizovaní pacienti, pacienti s úrazem hlavy, rozsáhlými popáleninami apod.) (Jedličková et al., 2012, s. 233-234).

2.1.4.5 Psychologická příprava

V rámci psychologické přípravy pacienta před operací se snažíme zmírnit strach před operací, snažíme se být k pacientovi vstřícní a respektovat jeho otázky, s pacientem dostatečně a vhodně komunikujeme. Pacientovi trpělivě vysvětlujeme všechny úkony, které budeme provádět. Hovoříme klidně a profesionálně. Psychologickou přípravu zajišťuje sestra i lékař.

Pacienti se nejčastěji obávají neznámého prostředí operačního sálu, mají strach z bolesti, z anestezie, bojí se smrti i případné změny životního stylu.

Je třeba vyvarovat se neprofesionálního chování. Pacient po příjezdu na operační sál vnímá velmi negativně přípravu instrumentária a dalšího materiálu. Vnímá šustění pytlíků, rozhovory zdravotníků, které nejsou vždy na vhodné téma (Jedličková et al, 2012, s. 235).

Při psychologické přípravě nemocných nelze u všech postupovat stejně. Existují dva druhy nemocných. Nemocní citliví (senzitivní) – takoví nemocní jsou velmi pozorní, úzkostní a velmi citliví ke každé maličкости a nemocní potlačující strach a obavy (represivní) – tito nemocní neprojevovali navenek žádnou úzkost ani strach, chovali se apaticky, nezúčastněně (Křivohlavý, 2002, s. 55-56).

2.2 Strach

2.2.1 Definice strachu

Podle Zacharové (2011, s. 143) „strach a úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení. V podstatě jde o jednu z obraných forem organismu, v jehož pozadí stojí pud sebezáchovy“.

Podle Vymětala „strach je nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci.“

Strach je nepříjemný pocit, kterým reagujeme na nějaké ohrožení. To může být buď z vnějšku (např. příjem do zdravotnického zařízení) nebo z vnitřku (strach, že něco nezvládnou). Strach je obava z něčeho konkrétního (Zacharová et al., 2011, s. 143).

Za prospěšný považujeme strach přiměřený, který nás chrání před rizikem. Příkladem jsou kuřáci, kteří abstinují ze strachu z negativních následků kouření. Na druhou stranu škodlivý strach, nebo také panický, který vede k ukvapeným jednáním, kterých může pacient zpětně litovat nebo se za ně stydět (Zacharová et al., 2011, s. 143).

Strach i úzkost jsou emoce, které nám dávají informaci o nebezpečí a organismus se začíná připravovat na boj nebo útek. To se projevuje tělesnými známkami jako je bušení srdce, třes, zblednutí kůže (Honzák et al., 2006, s. 87-88).

2.2.2 Důvody strachu hospitalizovaných

Mezi nejčastější příčiny strachu hospitalizovaných pacientů patří bolest po operaci. S tou se setkal každý člověk, který už v minulosti operaci prodělal. S bolestí se člověk mohl setkat i při vyšetřeních, které podstoupil nebo z vyprávění.

Další věcí, která pacienty v nemocnici trápí je pracovní neschopnost nebo nemoci pečovat o svou rodinu. Toto se týká zejména pacientů, kde se vzhledem k onemocnění předpokládá delší doba hospitalizace. Pacienti mají obavu, že ztratí svou sebeúctu. Dalším důvodem trápení nemocných v nemocnici je odloučení od rodiny. Zejména u žen připadají v úvahu i obavy, že onemocnění poznamená jejich vzhled a vizáž. Jedná se např. o kožní onemocnění, u žen operace prsů, atd.)

Strach ze smrti pociťují i pacienti s lehčími a méně závažnými onemocněními, i když u nich není tak markantní jako u pacientů se závažnými a nevléčitelnými chorobami. Nemocní se obávají komplikací, které mohou vzniknout.

Obava z léčby samotné a obavy z vyšetření, které pacienta čekají (Zacharová et al., 2011, s. 143-144).

2.2.3 Vnímání hospitalizace

Pobyt pacienta v nemocnici je výraznou změnou v životě, která je pacientem vnímána nepříjemně. Nemocný se musí přizpůsobovat řádu zdravotnického zařízení, ať se jedná o vstávání, noční klid, společné toalety a koupelnu na pokoji apod. S tím souvisí i narušení pacientova soukromí. Mnohdy jsou pokoje o 3 a více nemocných, každý z nich má své zvyklosti, jinak přistupuje ke své nemoci, někteří těžce vnímají obnažování, používání nemocničních nočních košil, nedostatek soukromí při návštěvách příbuzných a přátel apod. (Zacharová et al., 2011, s. 129).

Během pobytu v nemocnici je potlačeno soukromí a intimita nemocného. Tělo nemocného se stává hlavním cílem a objektem odborného zájmu zdravotnických pracovníků (Bouček et al., 2006, s. 58).

Důsledkem změn v režimu pacienta v souvislosti s hospitalizací může být deprivace – neboli strádání. Pokud tento stav trvá delší dobu, hovoříme o hospitalismu. Tomu se snažíme předejít,

a proto se snažíme pacienta i jeho rodinu důkladně seznámit s prostředím nemocnice a režimem, který bude muset dodržovat. Dále se snažíme poskytovat dostatek informací, odpovídat na dotazy nemocného, komunikovat s nemocným v průběhu jeho pobytu v nemocnici. Snažíme se umožňovat častý kontakt pacienta s rodinou dle jeho potřeb. Respektujeme intimitu nemocného, jeho stud a snažíme se vyhovět jeho požadavkům a přáním na soukromí. Snažíme se být vstřícní k jeho přáním a individuálním potřebám, nemocného se snažíme aktivizovat fyzicky (pokud to zdravotní stav umožňuje) a psychicky – možnosti stýkat se s lidmi, sledovat televizi, číst knihy a denní tisk apod. (Bouček et al., 2006, s. 59).

V tom, jakým způsobem nemocný vnímá hospitalizaci v nemocnici, jsou velké rozdíly. Roli hraje celá řada faktorů. Jsou pacienti lehce přizpůsobiví, kterým nemocniční prostředí nedělá velké problémy a naopak pacienti velmi citliví, pro které představuje pobyt v nemocnici velikou zátěž (Zacharová et al., 2011, s. 129).

2.3 Úzkost

U úzkosti převažují pocity napětí, které jsou ale neurčité. Aby člověk pociťoval úzkost, stačí pouze představa nějakého ohrožení. Nemocný má strach, ale neví, čeho se bojí. Má pocit, že by s ním měl něco dělat, ale neví co (Janíková et al., 2013, s. 83).

Úzkost se na nemocném projeví somaticky i psychicky. Pacienti jsou zpravidla rozčilení a podráždění, utlumení (mohou i strnout), jejich výraz působí ustaraně nebo ustrašeně, pohyby jsou nejisté, nepříliš dobře koordinované, jsou roztržití, snadno zapomínají, jsou nervózní, mohou se zvýšeně potit, mluví rychle, mají rozšíření zornice, zrychlená tep, dech, jsou bledí a mohou mít sucho v ústech (Zacharová et al., 2011, s. 145).

2.4 Strach a úzkost před operací

Samotná operace představuje pro nemocného stres a úzkost. Strach je na rozdíl od úzkosti normální reakcí na skutečné ohrožení nebo nebezpečí (Janíková et al., 2013, s. 83).

Existuje takzvaný „syndrom strachu a úzkosti“. Je to stav, kdy je přítomen strach i úzkost současně. Jedná se například o stav pacienta před operací, kdy nemocný vnímá strach z operačního výkonu jako takového, a zároveň prožívá úzkost z neznámého (Janíková et al., 2013, s. 84).

Pacienti vnímají strach a úzkost bez ohledu na typ a velikost operačního výkonu i bez ohledu na způsob anestezie, lokální či celkové. Nemocní se bojí zejména ztráty kontroly, bojí se, že se neprobudí. Starší pacienti prožívají stejné obavy jako ti mladší.

U nemocných s předoperační úzkostí můžeme pozorovat zvýšení srdečního tepu, zvýšení krevního tlaku nebo také zvýšení tělesné teploty. U úzkostných nemocných může být v důsledku vazokonstrikce problematické zavedení periferního žilního katetru. Dále vnímá úzkostný pacient hůře bolest v důsledku zvýšeného svalového napětí. Vnímání bolesti významně ovlivňuje průběh zotavování po operaci, celkový pooperační průběh a může pro pacienta znamenat i delší dobu hospitalizace. Tito pacienti mají zpravidla potřebu vyšších dávek anestetik v průběhu operačního výkonu a vyšších dávek analgetik v pooperačním období.

Mezi hlavní rizikové faktory předoperační úzkosti patří onkologické onemocnění v anamnéze pacienta, psychiatrická diagnóza, úzkostné rysy, kouření, ženské pohlaví, vzdělání a celkový fyzický stav nemocného. Pokud pacient v minulosti již operační výkon podstoupil, je výskyt předoperační úzkosti nižší. Vyšší míru úzkosti mívají mladší pacienti bez předchozí zkušenosti s operací a s nižším vzděláním. Strach a úzkost neprožívají jen samotní nemocní, ale také jejich rodiny a blízcí (Janíková et al., 2013, s. 84).

Mezi sociodemografické faktory, které ovlivňují předoperační úzkost, patří věk nemocného, jeho pohlaví, partnerský vztah a jeho vzdělání. Dále úzkost před operací ovlivňuje základní onemocnění pacienta, očekávaný výsledek, komplikace, které mohou nastat, předchozí operační výkony, délka pobytu v nemocnici, druh předoperačních informací, způsob vedení anestezie. Nakonec předoperační úzkost ovlivňují psychosociální faktory, což je pacientova úroveň úzkosti, osobnost nemocného, psychiatrické onemocnění, citlivost na bolest a životní spokojenost (Janíková et al., 2013, s. 84).

Ve studii z roku 2011, kterou prováděl Ebin a Tobin, uváděli pacienti jako nejčastější příčiny úzkosti odložení operačního výkonu, poškození pacienta v důsledku chyby během operace, nedostatečnou pozornost ze strany ošetrovatelského personálu, neprobuzení se z narkózy, nedostatečné tlumení bolesti, neúspěšnou operaci (Janíková et al., 2013, s. 85).

Mezi pět stresujících událostí před operací patří čekání na operaci, nemoci se napít, nemoci mít zubní protézu, transport na operační sál na lehátku a samotný příjezd na operační sál (Janíková et al., 2013, s. 85).

Podle Kindlera máme 3 dimenze strachu před operací. První dimenzí je strach z neznáma. Pacient se bojí čekání na operaci, má strach, že bude „vydán na milost“ zdravotníkům, bojí se, jak operace dopadne, a má strach z toho, že neví, co se stane. Druhou dimenzí je strach cítit se nemocný. Nemocný se bojí nevolnosti nebo zvracení po operaci, bojí se, že ho to bude po operaci bolet, má strach z toho, jak mu bude, až se probudí, bojí se, co se bude dít v době, kdy

bude spát. Poslední, třetí dimenzí je strach o život. Nemocný se bojí, že se po operaci neprobudí nebo že bude během operace poškozen (Janíková et al., 2013, s. 85).

Jak již bylo uvedeno výše, pacient vnímá negativně čekání na operační výkon. V tuto dobu má nemocný prostor přemýšlet, pociťovat obavy z blížící se operace, což může zhoršit celkové vnímání úzkosti. V tuto dobu je vhodné, aby zdravotnický personál zmírnil úzkost nemocného např. muzikoterapií (Janíková et al., 2013, s. 85).

2.5 Měření a hodnocení strachu a úzkosti

STAI

Zkratka STAI znamená: State Trait Anxiety Inventory for Adults. Obsahuje 40 položek a 2 škály. Prvních 20 položek nám dává informaci o stavu úzkosti a dalších 20 položek se zaměřuje na úzkostné rysy. Nemocný může získat 20-80 bodů. S počtem bodů stoupá stupeň úzkosti. Tato škála se využívá zejména u pacientů před operačním výkonem (Janíková et al., 2013, s. 86).

VAS

Zkratka VAS se používá pro vizuální analogovou škálu. Jedná se 10cm čáru, kdy vlevo je 0 a vpravo 100. Nulou rozumíme žádnou úzkost a 100 je vyjádření pro maximální možnou úzkost nemocného (Janíková et al., 2013, s. 86).

GAS

Tato škála má jednu položku. Obsahuje lineární škálu, na které pacienti hodnotí svoji úzkost. Pacient je pak podle výsledku hodnocen jako klidný, mírně úzkostný, průměrně úzkostný, velmi úzkostný a extrémně úzkostný. Zkratka GAS znamená Goal Attainment Scaling (Janíková et al., 2013, s. 86).

APAIS

Zkratka APAIS znamená: The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. Jedná se o škálu, která vznikla v roce 1996 v Nizozemí. Byla přeložena do několika jazyků. Škála hodnotí úzkost z anestezie a z operace (4 otázky) a potřebu informací z anestezie a z operace (2 otázky). Pacient otázky hodnotí na stupnici od 1 do 5ti. 1 znamená vůbec ne a 5 hodně. Vyhodnocuje se každá oblast zvlášť. Nejdřív oblast hodnotící úzkost (4 otázky). „Bojím se anestezie, neustále myslím na anestezii, bojím se operace, neustále myslím na operaci“ (Homzová, 2013, s. 29-30). V této oblasti může pacient dosáhnout 4 body (žádná úzkost) až 20 bodů

(maximální stupeň úzkosti). Pokud nemocnému vyjde na škále 11 bodů a více, můžeme ho na základě hodnocení vnímat jako úzkostného nemocného. Dále oblast hodnotící potřebu dalších informací (2 otázky) - chtěl/a bych vědět co nejvíce o anestezii, chtěl/a bych vědět co nejvíce o operaci“ (Homzová, 2013, s. 29-30). Zde může pacient získat 2 body (tento pacient se cítí být informován a nevyžaduje další informace) až 10 bodů (tento pacient naopak potřebuje informace jak z oblasti operace, tak z oblasti anestezie). Pacienti, kterým v oblasti informovanosti vyjde 5 bodů a více by měli být dále edukováni podle jejich potřeb (Janíková et al., 2013, s. 86).

Dotazník byl poprvé použit v Nizozemí v roce 1996, druhou zemí, kde byl dotazník testován, bylo Německo. Dotazník vyšel jako velmi spolehlivý a platný a byl schválen etickou komisí. Dotazník se testoval a nyní se používá v Itálii, Japonsku, Mexiku, Thajsku, Koreji, Thajsku nebo v Turecku (Homzová, 2013, s. 29-30). Ve studii, která byla publikována v roce 2017 v recenzovaném časopise *Journal of PeriAnesthesia Nursing* zaměřujícím se na platnost a spolehlivost české verze APAIS (Validity and Reliability of the Czech Version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) je závěrem uvedeno, že APAIS je užitečným nástrojem pro měření předoperační úzkosti u českých pacientů podstupujících elektivní operaci (Zeleníková et al., 2017, s. 437).

Další metody

BAI - Beckův inventář úzkosti (Beck Anxiety Inventory). Obsahuje 21 položek. Hodnotí subjektivní, somatické a příznaky související s panikou (Janíková et al., 2013, s. 86)

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale. Hodnotí nemocniční úzkosti a depresi. Obsahuje 14 položek.

HARS - Hamiltonova škála, The Hamilton Anxiety Rating Scale. Obsahuje také 14 položek a hodnotí závažnost příznaků úzkosti. Nemocní hodnotí položky na 5ti stupňové škále.

Existují i další škály na hodnocení úzkosti. Např. škála ASSQ, COSS. Nejpoužívanější škálou je dotazník STAI.

2.6 Metody na snižování strachu a úzkosti před operací

2.6.1 Psychologické působení na pacienta

2.6.1.1 Racionální působení na pacienta

V tomto případě je vhodné dostatečně informovat pacienta o postupu jeho léčby, o ošetrovatelské péči, můžeme poukázat i na dobré výsledky stejného nebo podobného

operačního výkonu u jiného pacienta. Nedostatečná informovanost nemocného vede k tomu, že si informace zjišťuje od spolupacientů nebo jiných členů ošetrovatelského týmu. Tyto informace však mohou být zkreslené či nepravdivé (Gulášová, 2012, s. 43).

2.6.1.2 Sugestivní působení na představy a city pacienta

Podstatou je změnit pacientovu reakci a postoj k diagnostickým a léčebným postupům. Využíváme, pokud pacient nechce přijmout racionální zdůvodnění a vysvětlování. Snažíme se upřít pacientovu pozornost na jeho rodinu, přátele a blízké, kteří očekávají pozitivní výsledek operace. Ti pak mohou ovlivnit reakce a postoje nemocného (Gulášová, 2012, s. 43).

2.6.1.3 Návštěva příbuzných

Pokud má nemocný rodinu s dobrými vzájemnými vztahy, mohou i rodinní příslušníci pomoci pacientovi překonat strach, apatii nebo lhostejnost k nemoci. Příbuzní dávají svou přítomností u nemocného najevo, že jim na nemocném záleží a přejí si, aby se uzdravil.

Pokud jsou příbuzní nerozhodní, projevují soucit, lítost nebo poskytují nepravdivé informace, pak působí na nemocného naopak negativně (Gulášová, 2012, s. 43).

2.6.2 Poskytování informací

Pacientům se poskytují informace o operačním výkonu, ke kterému je přijatý. Nemocný je informován o typu výkonu, a důvodu, proč je výkon nezbytné provést, o rizicích, které s sebou operace nese a také o komplikacích, které mohou nastat. Tyto informace podává lékař, který operaci bude provádět – lékař chirurg.

Dále je nemocný informován o způsobech anestezie, které jsou pro nemocného vhodné. A samozřejmě také o možných komplikacích narkózy. Tyto informace podává lékař – anesteziolog.

Další informace o tom, co a kdy se bude s nemocným dít, podává sestra (Janíková et al., 2013, s. 87).

Informace se poskytují individuálně, dle potřeb pacienta. Dle Walkera (2010) je 5 možností poskytování informací. Jedná se o individuální rozhovor pacienta se sestrou pro perioperační péči (instrumentářkou) před operačním výkonem. Dalšími možnostmi jsou skupinová edukace, informační letáčky a brožurky, pouštění edukačního videozáznamu, případně individuální nebo skupinové edukace během hospitalizace.

Sestra může pacienta edukovat v předoperačním období, v intraoperačním období a v pooperačním období. Před operací se sestra setká s pacientem den před plánovaným operačním výkonem na oddělení. Nemocný je informován o tom, co se bude dít na operačním sále, seznámí se s perioperační sestrou, která bude přítomna jeho operaci. Sestra seznámí pacienta s průběhem celého operačního dne. Edukace v intraoperačním období probíhá na operačním sále. Edukuje sestra, kterou pacient již zná z předoperačního období. Sestra s nemocným provede perioperační bezpečnostní proceduru a znovu mu zopakuje, co se bude dít. Edukace v pooperačním období spočívá v návštěvě pacienta na oddělení po operaci. Snažíme se zjistit, jak se pacient cítí a také jak byl spokojen s péčí ve zdravotnickém zařízení (Janíková et al., 2013, s. 89).

V některých zdravotnických zařízeních edukují pacienty před operačním výkonem přímo perioperační sestry. Tato edukace probíhá nejčastěji v odpoledních nebo večerních hodinách den před operací u lůžka nemocného. K edukaci používají tištěné materiály, fotografie, videa a ústně pacientovi vysvětlí, co se s pacientem na operačním sále bude dít a trpělivě zodpoví pacientovi dotazy. Edukace perioperační sestrou ale dosud není zařazena mezi povinnosti perioperačních sester (Wichsová, 2013, s. 133-134). Edukace perioperační sestrou probíhá např. v nemocnici Třinec. Tato edukace se neprovádí i pacientů, jejichž stav to nedovoluje, u pacientů s akutním výkonem, nebo pokud je velký operační program a sestry by po programu za pacienty nestihli jít. V tomto případě jim sestry na oddělení poskytnou edukační příručku, kterou si perioperační sestry vytvořily (Matlochová, 2012, s. 42-42).

Pacienti před operačním výkonem nejčastěji čerpají informace četbou odborné či populární literatury, rozhovorem s ošetřujícími lékaři – chirurgy a anesteziology, rozhovorem se zdravotními sestrami, ale i s rodinou známými, ostatními pacienty aj. (Hošková, 2010, s. 28).

Důležitou roli v komunikaci mezi lékařem a pacientem hraje osobnost lékaře i pacienta, předchozí zkušenost, temperament, nálada, etika, neznalost životního příběhu pacienta a sociálního prostředí, ve kterém žije. V dnešní době hrají velkou roli i odlišné rady od léčitelů, kteří se zabývají alternativní medicínou. Proto je třeba k pacientům přistupovat individuálně (Irmiš, 2014, s. 6).

Schopnost efektivně komunikovat je základem pro dobrý vztah lékař – pacient. Lékař by měl být schopen vcítění se do nemocného, tzv. empatie a měl by se zajímat o pacienta samotného a ne „jen“ o jeho problém (Hošková, 2010, s. 28). Chirurgičtí pacienti však vztah lékař-pacient

jako partnerský nevnímají. Za partnerský ho považuje pouze 15% nemocných (Ptáček et al., 2016, s. 81).

2.6.3 Muzikoterapie

Tato metoda pracuje na principu odvádění pozornosti. K rozvoji došlo od poloviny 19. století. Muzikoterapie poskytovaná zdravotníky zahrnuje pasivní poslouchání hudby. U muzikoterapie prováděné muzikoterapeuty nemocní poslouchají hudbu, mohou hrát na hudební nástroj, kombinovat hudbu s pohybem apod.

V klinické praxi je doporučováno poslouchat pomalou hudbu, bez textu, dle přání nemocného. Poslech by měl trvat minimálně 30 minut.

Hlavním účelem, proč by měl být poslech hudby nabízen pacientům s předoperačním i pooperačním obdobím je snaha o minimalizování úzkosti. Poslech hudby je bez nežádoucích účinků a finanční náklady také nejsou nikterak velké, proto by se tato metoda měla stát součástí péče o nemocné, které čeká operační nebo jiný nepříjemný invazivní zákrok (Janíková et al., 2013, s. 89-91).

2.6.4 Premedikace

Cílem premedikace je pomocí podaných léků zklidnit nemocného, částečně tlumit bolest a usnadnit úvod do anestezie. Nejdůležitější funkcí premedikace je anxiolýza, dále anterográdní amnézie, antikonvulzivní účinek, antipsychotický účinek, profylaxe anafylaktické reakce, antiemetický účinek, profylaxe aspirace, antisalivační účinek a analgezie. K tomuto účelu se podávají léky patřící do skupiny benzodiazepinů, jejichž hlavním zástupcem je Diazepam (Janíková et al., 2013, s. 90).

Pre-premedikace se podává večer před operací s cílem prožít klidné noci. U neodkladných výkonů se nepodává.

Premedikace se podává v operační den. Podává se před celkovou, tak i před místní anestézií. V případě podání intra muskulárně podáváme cca 30 minut před výkonem, u podání intra venózně podáváme 5-10 minut před operací, u rektálního podání je interval 45-60 minut před operací a při podání per os je to cca 60 minut. U akutních výkonů se premedikace také nepodává, nebo se podává intravenózně přímo na operačním sále (Jedličková et al., 2012, s. 236-237).

2.6.5 Další techniky

Kromě výše zmíněných metod se v rámci snížení strachu a úzkosti může využít relaxace, aromaterapie, reflexologie či humor (Janíková et al., 2013, s. 91).

2.6.6 Pacient na operačním sále

Pacient je sanitářem a všeobecnou sestrou z oddělení dovezen na sálový vstupní filtr. Zde je sálovým sanitářem přeložen na sálový vozík. Sestra z oddělení předá veškerou pacientovu dokumentaci a případné léky anesteziologické sestře. Ta pacienta přebírá a provádí **první fázi perioperační bezpečnostní procedury**, tzv. Perioperačního bezpečnostního protokolu. Anesteziologická sestra ověřuje identitu pacienta, ptá se na jeho jméno a příjmení, rok narození, kontroluje, zda má vyplněné a podepsané informované souhlasy s operací, s anestezií případně s podáním krevních derivátů, ptá se na alergii pacienta, kontroluje předoperační přípravu pacienta (bandáže, oholené operační pole aj.), všímá si zavedených vstupů u nemocného, ptá se na diabetes mellitus, případně na hladinu glykémie před odjezdem na sál, zjišťuje počet objednaných krevních derivátů, ATB na sál aj. Poté pacient odjíždí na operační sál (Kutílková, 2013, s. 8).

Pacient přijíždí na operační sál. Sálový sanitář, případně s pomocí dalších pracovníků na operačním sále, přeloží pacienta na operační stůl. Sálová sestra – tzv. cirkulující nebo obíhající sestra se nemocnému představí a zeptá se ho na jeho jméno a příjmení, na ročník narození, k jakému typu operačního výkonu přišel, v případě stranového výkonu, na jaké straně budeme operovat, a zda nemá nějaké alergie, zejména na léky či desinfekční prostředky (Kutílková, 2013, s. 9). Dále se pacientovi věnuje anesteziolog – opět kontroluje identitu pacienta, typ a stranu operačního výkonu, podepsané souhlasy pacienta s výkonem a anestezií, prověří funkčnost anesteziologického přístroje a pulzního oxymetru, ptá se na alergie, případné překážky v dýchacích cestách a pokračuje se úvodem do anestezie (Wichsová, 2012, s. 43). Anestezii zajišťuje anesteziologický tým, který se skládá z lékaře – anesteziologa a z anesteziologické sestry (Seidlová, 2018, s. 23).

Druhá fáze perioperační bezpečnostní procedury probíhá před kožním řezem. Této chvíli operační tým potvrdí opět jméno pacienta, typ operačního výkonu, v případě stranového výkonu operovanou stranu, anestezie potvrdí podání ATB případně počet připravených krevních derivátů. Operatér sdělí, jaká je předpokládaná délka výkonu a případné nerutinní postupy. Provede se kožní řez a operační výkon (Kutílková, 2013, s. 10).

Třetí fáze perioperační bezpečnostní procedury se provádí dříve, než pacient opustí operační sál. Před uzavřením operační rány sestry instrumentárka spolu s obíhající sestrou spočítají mulový materiál, který byl u operace použit, spočítají operační nástroje a zkontrolují jejich funkčnost a celistvost, spočítají jehly a vše nahlásí operatérovi. Dále zkontrolujeme označení a uložení odebraného histologického materiálu či kultur. Případné problémy s vybavením operačního sálu, zdravotních prostředků nebo nástrojů, které bylo nutno řešit, poznamenejeme do dokumentace, stejně jako případnou mimořádnou událost (Kutílková, 2013, s. 11).

Perioperační bezpečnostní proces nebo protokol se tedy skládá ze tří fází, první se provádí před podáním anestezie, druhá před provedením kožního řezu a třetí fáze před ukončením operace. Celý proces trvá asi dvě minuty a prověří nejdůležitější rizika každého operačního výkonu (Wichsová, 2012, s. 43).

Že je nezbytnou součástí práce na operačním sále dokazuje i pilotní studie z roku 2008, která proběhla v osmi městech světa (Toronto, London, Amman, Manila, Auckland, New Delhi, Ifakara, Seattle). V těchto městech se jeden rok důsledně prováděl checklist. Výsledkem byl o třetinu menší výskyt komplikace a o polovinu menší výskyt úmrtí (Wichsová, 2012, s. 44).

3 VÝZKUMNÁ/PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů výzkumu a studia odborné literatury k tématu jsem stanovila tyto výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1

Jakou míru úzkosti mají nemocní před plánovaným operačním výkonem?

Výzkumná otázka 2

Čeho konkrétně se nemocní nejvíce obávají?

Výzkumná otázka 3

Souvisí prožívání strachu a úzkosti s vybranými proměnnými (pohlaví, věk, předchozí zkušenost s operací, vzdělání, typ operace?)

Výzkumná otázka 4

Jakou potřebu informovanosti mají pacienti před plánovaným operačním výkonem?

3.2 Metodika výzkumu

Moje diplomová práce je teoreticko-průzkumná/výzkumná. Pro získání empirických dat jsem použila metodu kvantitativního výzkumu v podobě dotazníkového šetření.

3.2.1 Soubor respondentů

Kritérium pro výběr byla plánovaná operace tříselné kýly nebo žlučníku a ochota spolupracovat. Osloveno bylo 90 nemocných před operací tříselné kýly nebo žlučníku. 10 nemocných odmítlo spolupráci a dalších 10 dotazníků jsem z důvodu neúplnosti vyplnění vyřadila. Jednalo se zejména o nevyplněnou část B, dotazník po operaci. Celkem je tedy ve výzkumu zahrnuto 70 respondentů.

Soubor 70ti nemocných tvořilo 37 (53 %) žen a 33 (47 %) mužů. Průměrný věk v souboru byl 49 let, nejvíce zastoupenou skupinou byli lidé 41-50 let. Téměř polovina měla středoškolské vzdělání s maturitou, čtvrtina střední odborné učiliště a šestina byla vysokoškoláků. Nejčastěji pacienti podstupovali laparoskopickou operaci žlučníku (39 %), dále (30 %) klasickou operaci tříselné kýly, (24 %) laparoskopickou operaci tříselné kýly a nejméně zastoupenou skupinou v mém výzkumu byli nemocní podstupující klasickou operaci žlučníku. Jednalo se o 7 % nemocných.

3.2.2 Výzkumný nástroj

Jedná se částečně o nestandardizovaný, mnou vytvořený dotazník a APAIS dotazník, vytvořený pro získání relevantních údajů pro diplomovou práci (viz. Příloha A). Dotazník obsahoval dvě části.

První část, v dotazníku jako část A, vyplňoval pacient před operací. Zaměřovala se na zjištění, odkud pacient získával informace k operaci, k jaké operaci byl přijat, zda zná jméno lékaře, který ho bude operovat, zda už v minulosti operaci prodělal a jakou má zkušenost, čeho se pacient bojí, co by mu pomohlo strach snížit. Tato část obsahovala celkem 9 otázek. Součástí první části byl i dotazník APAIS (Janíková et al., 2013, s. 86), který hodnotil úzkost pacientů před operací. Škála hodnotí úzkost z anestezie a z operace (4 otázky) a potřebu informací z anestezie a z operace (2 otázky). Pacient otázky hodnotí na stupnici od 1 do 5ti. 1 znamená vůbec ne a 5 hodně. Vyhodnocuje se každá oblast zvlášť. Nejdříve oblast hodnotící úzkost (4 otázky – 1+2 a 4+5). V této oblasti mohl pacient dosáhnout 4 body (žádná úzkost) až 20 bodů (maximální stupeň úzkosti). Pokud nemocnému vyšlo na škále 11 bodů a více, můžeme ho na základě hodnocení vnímat jako úzkostného nemocného. Dále oblast hodnotící potřebu dalších informací (2 otázky – 3+6). Zde mohl pacient získat 2 body (tento pacient se cítí být informován a nevyžaduje další informace) až 10 bodů (tento pacient naopak potřebuje informace jak z oblasti operace, tak z oblasti anestezie). Pacienti, kterým v oblasti informovanosti vyjde 5 bodů a více by měli být dále edukováni podle jejich potřeb (Janíková et al., 2013, s. 86). Jak již bylo uvedeno výše, dotazník je standardizovaný a běžně používaný k hodnocení úzkosti a potreby informovanosti v zahraničí. V České republice dotazník použila Pavlína Homzová, která jej pro potreby své diplomové práce nechala přeložit. Ve studii, která byla publikována v roce 2017 v recenzovaném časopise *Journal of PeriAnesthesia Nursing* zaměřujícím se na platnost a spolehlivost české verze APAIS (Validity and Reliability of the Czech Version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) je závěrem uvedeno, že APAIS je užitečným nástrojem pro měření předoperační úzkosti u českých pacientů podstupujících elektivní operaci (Zeleníková et al., 2017, s. 437). Tento dotazník jsem vybrala pro tuto diplomovou práci z důvodu možnosti porovnání výsledků právě s prací Homzové.

Druhou část, v dotazníku jako část B, vyplňoval pacient po operaci. Tato část zjišťovala, jak se pacient před operací vyspal, zda mu někdo ze zdravotníků pomohl zmírnit strach před operací, případně kdo a jak a na konci dotazníku se nacházely identifikační otázky. Tato část obsahovala celkem 8 otázek.

3.2.3 Metoda sběru dat

Pilotní výzkum probíhal v listopadu 2018. Dotazník jsem osobně donesla pacientům přijatým k plánovaným operacím tříselné kýly nebo žlučníku na chirurgická oddělení, požádala je o spolupráci a vyslechla jejich případné komentáře a připomínky k dotazníku. Z tohoto předběžného šetření dotazník vyšel dobře, oslovení pacienti otázkám porozuměli, z obsahového hlediska neměli připomínek.

Vlastní výzkum probíhal od ledna 2019 do března 2019 na chirurgických odděleních nemocnice fakultního typu. Dle časových možností jsem pacientům přijatým k plánované operaci žlučníku či tříselné kýly den před operací dotazník donesla a požádala je o spolupráci. V případě zájmu se výzkumu zúčastnit jsem je poučila o vyplňování dotazníku a požádala, aby jej po operaci předali zdravotní sestře, která dotazníky ukládala do označené krabice na inspekčním pokoji sester. V případě mé nepřítomnosti předaly dotazník a požádaly o spolupráci staniční sestry na odděleních, které pacienty taktéž poučily. Všechny sestry na příslušných odděleních byly poučeny, jak s dotazníky nakládat.

3.2.4 Metoda analýzy dat

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla zpracována a vyhodnocena pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2016. Byly zvoleny sloupcové a koláčové grafy. Statistická významnost byla ověřena pomocí chí-kvadrát testování v programu Excel 2016 na hladině významnosti 0,05.

3.3 Analýza získaných dat

3.3.1 APAIS dotazník

APAIS dotazník byl vyhodnocen u všech 70ti respondentů. V Tabulce 1 jsou přehledně znázorněny výsledky v jednotlivých otázkách. Je patrné, že nejvíce pacientu by chtělo více informací o operaci (průměr 3,04) a o anestezii (průměr 2,6).

Tabulka 1 - APAIS výsledky jednotlivě

	počet	průměr	medián	modus	minimum	maximum
1. Bojím se anestezie.	70	2,1	2	2	1	5
2. Neustále myslím na anestezi	70	1,8	2	1	1	5
3. Chtěl/a bych vědět co nejvíce o anestezi	70	2,6	2	4	1	5
4. Bojím se operace	70	2,47	2	2	1	5
5. Neustále myslím na operaci	70	2,37	2	2	1	5
6. Chtěl/a bych vědět co nejvíce o operaci	70	3,04	4	4	1	5

V Tabulce 2 jsem rozdělila oblasti na oblast úzkosti a oblast informovanosti. V oblasti úzkosti, které se týkaly otázky 1, 2, 4, a 5 z Tabulky 1, bylo možné dosáhnout 4 – 20ti bodů. Průměrně vyšlo 8,74 bodu. V oblasti informovanosti, které se týkaly otázky 3 a 5 bylo možné získat 2 – 10 bodů. Zde vyšel průměr 5,64 bodu.

Tabulka 2 - APAIS výsledky kategorie úzkost a informovanost

	počet	průměr	medián	modus	minimum	maximum
APAIS celkem	70	14,39	14	9	6	30
APAIS Úzkost (1+2+4+5)	70	8,74	8	6	4	20
APAIS Informovanost (3+6)	70	5,64	6	8	2	10

Tabulka 3 vyhodnocuje úzkost konkrétněji. APAIS (1+2) hodnotí úzkost z anestezie. Zde bylo možné získat 2 – 10 bodů. Průměrem vyšlo 3,9. APAIS (4+5) hodnotí úzkost z operace. Také zde bylo možné získat 2 – 10 bodů a výsledkem byl průměr 4,84 bodu. Sloučením všech 4 otázek (1, 2, 4, 5) byla zjištěna úzkost jak z operace, tak i z anestezie. Bylo zde možné získat 4 -20 bodů. Výsledkem byl průměr 8,74 bodu.

Tabulka 3 - APAIS úzkost rozdělení + informovanost

	počet	průměr	medián	modus	minimum	maximum
APAIS (1+2)	70	3,90	4	2	2	10
APAIS (4+5)	70	4,84	4,5	4	2	10
APAIS (1+2+4+5)	70	8,74	8	6	4	20
APAIS (3+6)	70	5,64	6	8	2	10

Jak již bylo zmíněno výše, dle APAIS hodnocení je za úzkostného možné označit toho pacienta, kterému vyšla hodnota u otázek 1+2+4+5 vyšší než 11 bodů z 20ti. Z Tabulky 4 je patrné, že úzkostných pacientů v mém souboru dotázaných bylo 19 (37,25 %).

Tabulka 4 - APAIS hodnocení úzkosti

Hodnocení úzkosti dle APAIS	N	%
Klinicky nevýznamný strach a úzkost (<11)	51	62,75
Klinicky významný strach a úzkost (≥ 11)	19	37,25

Výsledky, které plynou z otázky 3 a 6 na potřebu dalších informací zobrazuje Tabulka 5. Z ní je patrné, že 25 pacientů (35,71 %) nemá další potřebu informací. V dotazníku získali u těchto otázek 2 – 4 body. Průměrnou potřebu informací má 25 nemocných (35,71 %). Tito respondenti získali 5 – 7 bodů. Vysokou potřebu dalších informací měli ti lidé, kterým vyšlo 8 – 10 bodů z 10ti za otázku 3 a 6. Takových pacientů bylo z mnou dotázaných 70ti celkem 20 (28,58 %).

Tabulka 5 - APAIS výsledky potřeby informací

Potřeba informovanosti	Počet bodů	N	%
Žádná/malá potřeba informovanosti	2 – 4 body	25	35,71
Průměrná potřeba informovanosti	5 – 7 bodů	25	35,71
Vysoká potřeba informovanosti	8 – 10 bodů	20	28,58

V Tabulce 6 je znázorněno, že celkem o další informace dle APAIS stojí 45 (64,29 %) nemocných. 25 dotázaných (35,71 %) další informace nevyžaduje.

Tabulka 6 - APAIS výsledky potřeby informací shrnutí

Potřeba informovanosti	Počet bodů	N	%
Nepotřebují více informací	2 – 4 body	25	35,71
Potřebují více informací	5 – 10 bodů	45	64,29

Mezi 25 nemocnými, kteří se cítí být dostatečně informováni a nepotřebují žádné další informace (APAIS 3+6 2-4 body) je 14 mužů a 11 žen. Vzděláním se jedná o 2 nemocné s vyšším odborným vzděláním, 11 středoškoláků s maturitou, 10 nemocných se střední odborným učilištěm a 2 nemocné se základním vzděláním. 24 těchto pacientů byli nekuřáci a jeden byl kuřák.

Dále jsem zjišťovala, jakou míru úzkosti podle APAIS měli nemocní (25 – 35,71 %), kteří dle APAIS (3+6 2-4 body) nepotřebovali další informace. Z Tabulky 7 je patrné, že průměrná míra úzkosti u pacientů, kteří se dle APAIS cítili dobře informováni je nižší než v celém souboru. Míra úzkosti z anestezie ukazuje hodnotu 3, v celém souboru je pak tato hodnota 3,90. Míra úzkosti z operace je u dobře informovaných 3,28, v celém souboru je pak tato míra 4,84 dle APAIS.

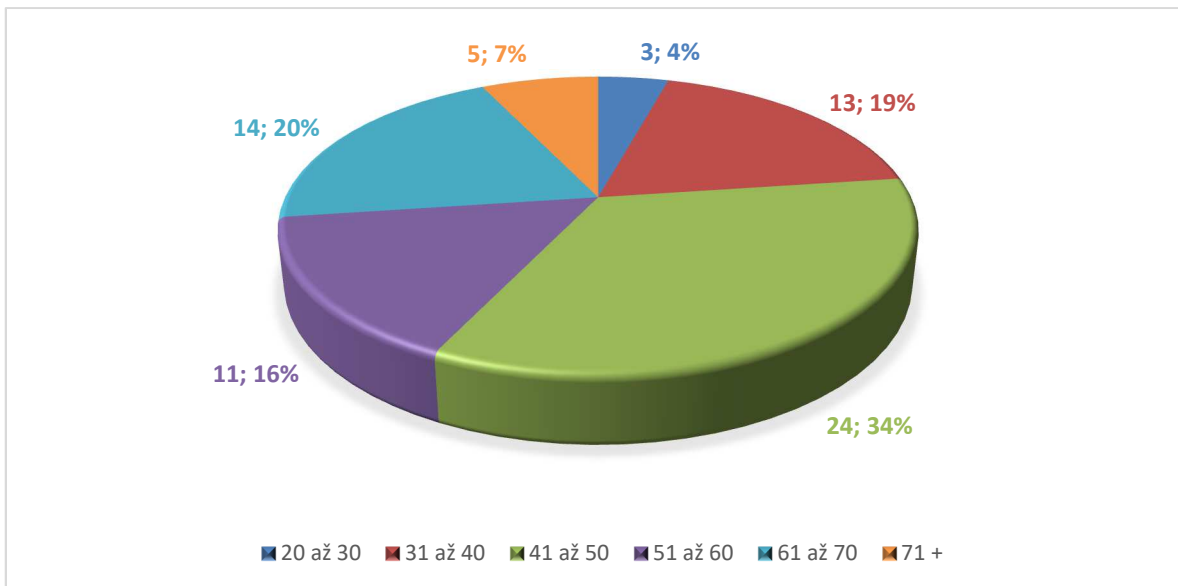
Tabulka 7 - APAIS u dobře informovaných nemocných

	průměr	medián	modus	minimum	maximum
APAIS (1+2)	3	3	2	2	10
APAIS (3+4)	3,28	3	3	2	10
APAIS (1+2+4+5)	6,28	9	9	4	20

3.3.2 Věk

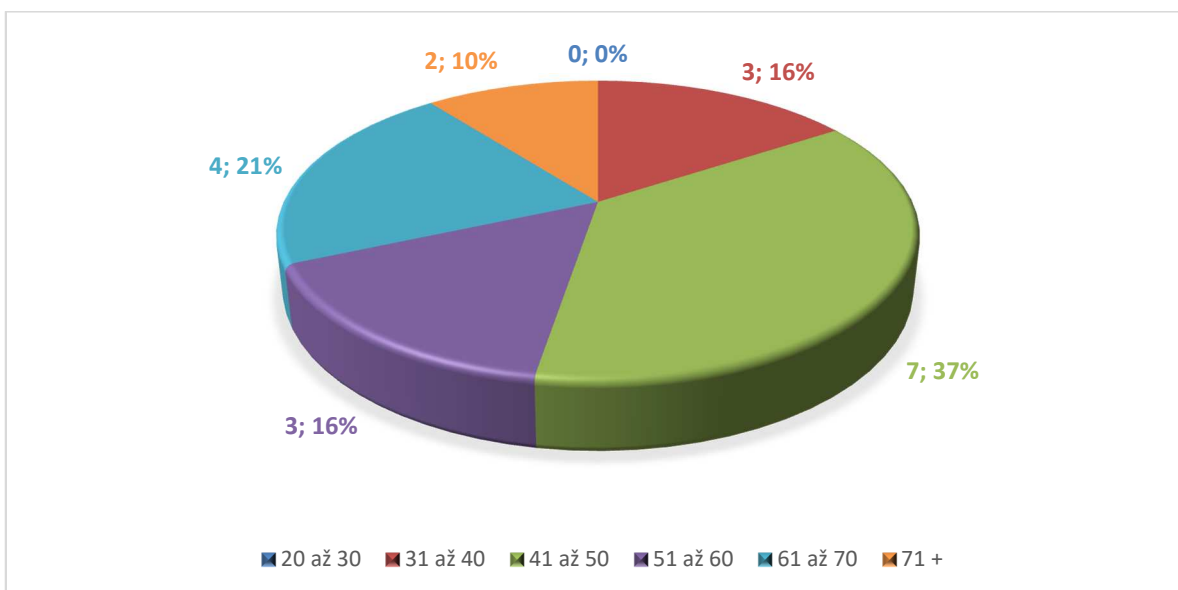
Dále mě zajímalo věkové rozložení respondentů. Rozdělila jsem je tedy do 6ti skupin. Ve věku 20-30 byli operováni 3 (4 %), ve věku 31-40 13 (19 %), ve věku 41-50 24 (34 %), ve věku 51-

60 11 (16 %), ve věku 61-70 14 (20 %) a nad 71 let 5 (7 %) nemocných. Graficky znázorněno na Obrázku 1.



Obrázek 1 : Graf - Věk respondentů

Zajímalo mě, zda věk souvisí s prožíváním úzkosti před operací. 19 respondentů, kteří vyšli dle APAIS jako úzkostní jsem tedy vztáhla vzhledem k věku. Z výsledků je na Obrázku 2 patrné, že nejvíce úzkostných pacientů dle APAIS bylo ve věkové skupině 41-50, bylo to 7 (37 %) nemocných, dále ve skupině pacientů 61-70 – 4 (21 %) a ve skupině 51-60 – 3 (16 %), ve skupině 31-40 – 3 (16 %) a ve skupině 71+ 2 (10 %).



Obrázek 2 : Graf - Věk respondentů versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 1

1H₀: Věk nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

1H_a Věk má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi věkem a prožíváním úzkosti. K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 8 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

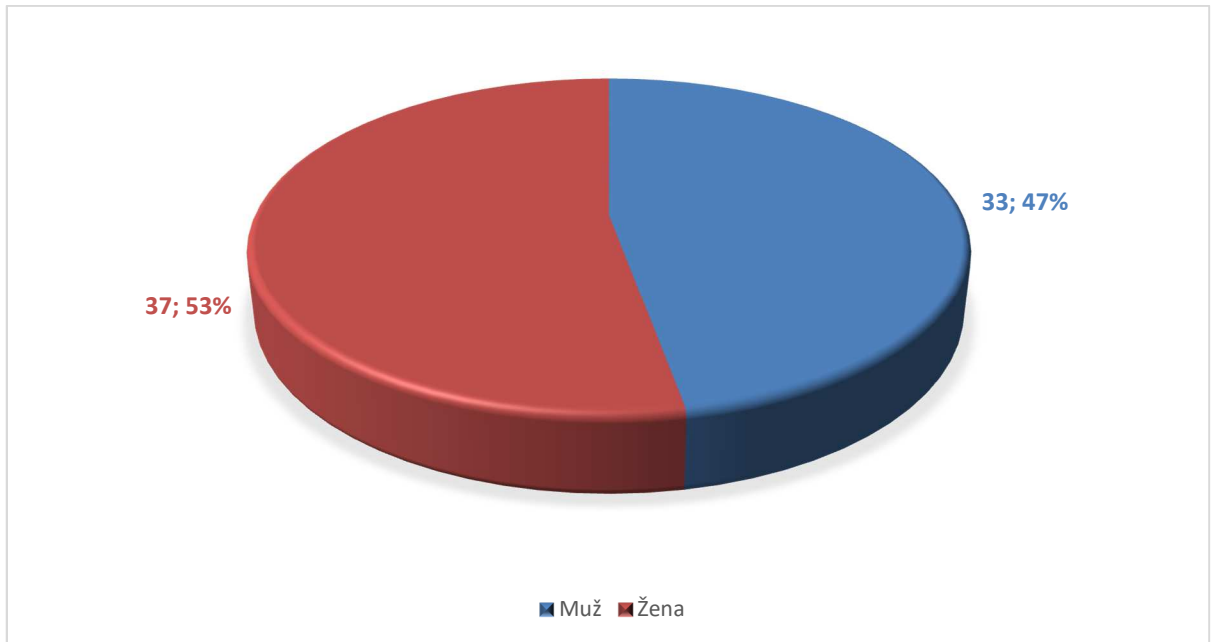
Tabulka 8 – Chí-kvadrát test věk

Věk	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
20-30 let	3	0	3
31-40 let	10	3	13
41-50 let	17	7	24
51-60 let	8	3	11
61-70 let	10	4	14
70+	3	2	5
Celkem	51	19	70

Hladinu statistické významnosti porovnáváme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,887$. Nulovou hypotézu zamítnout nemůžeme. **Není** statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a věkem.

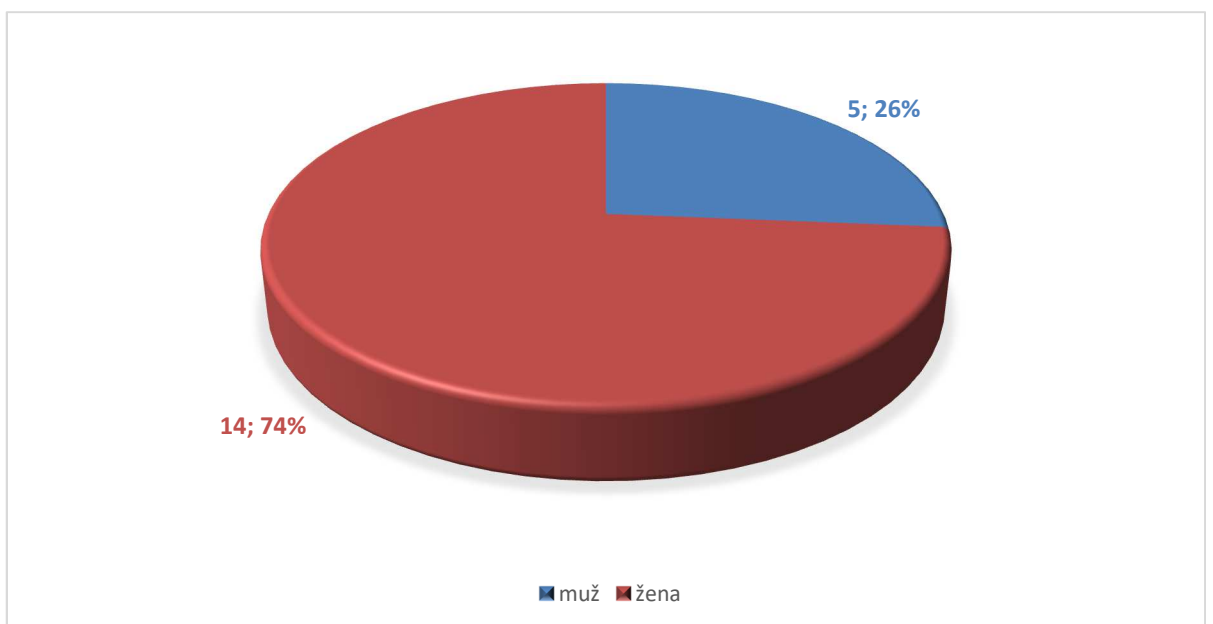
3.3.3 Pohlaví

Dle Obrázku 3 je patrné, že počet mužů a žen v mém vzorku byl téměř vyrovnaný. 37 (53 %) dotazníků odevzdaly ženy, 33 (47 %) dotazníků bylo od mužů.



Obrázek 3 : Graf - Pohlaví respondentů

Zajímalo mne, zda pohlaví souvisí s prožíváním úzkosti u operovaných. Na Obrázku 4 je patrné, že výrazně úzkostnější jsou ženy 14 (74 %) oproti mužům, kterých bylo dle APAIS úzkostných 5 (26 %).



Obrázek 4 : Pohlaví respondentů versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 2

2Ho: Pohlaví nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

2Ha Pohlaví má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi prožíváním úzkosti s pohlavím. K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 9 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

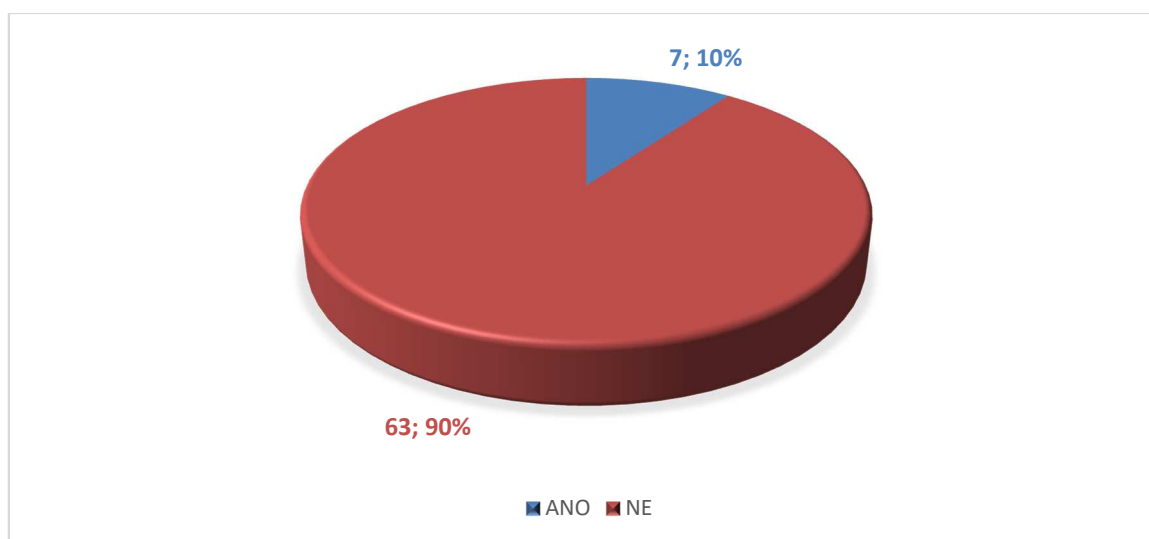
Tabulka 9 – Chí-kvadrát test pohlaví

Pohlaví	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
Žena	23	14	37
Muž	28	5	33
Celkem	51	19	70

Hladinu statistické významnosti porovnááme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,033$. Nulovou hypotézu zamítáme. Je statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a pohlavím.

3.3.4 Kouříte?

U pacientů jsem dále zjišťovala, zda kouří. Výsledkem bylo, že valná většina 63 (90 %) byly nekuřáci. Odpověď, že kouří, zaškrtno 7 (10 %) dotázaných. Viz. Obrázek 5.

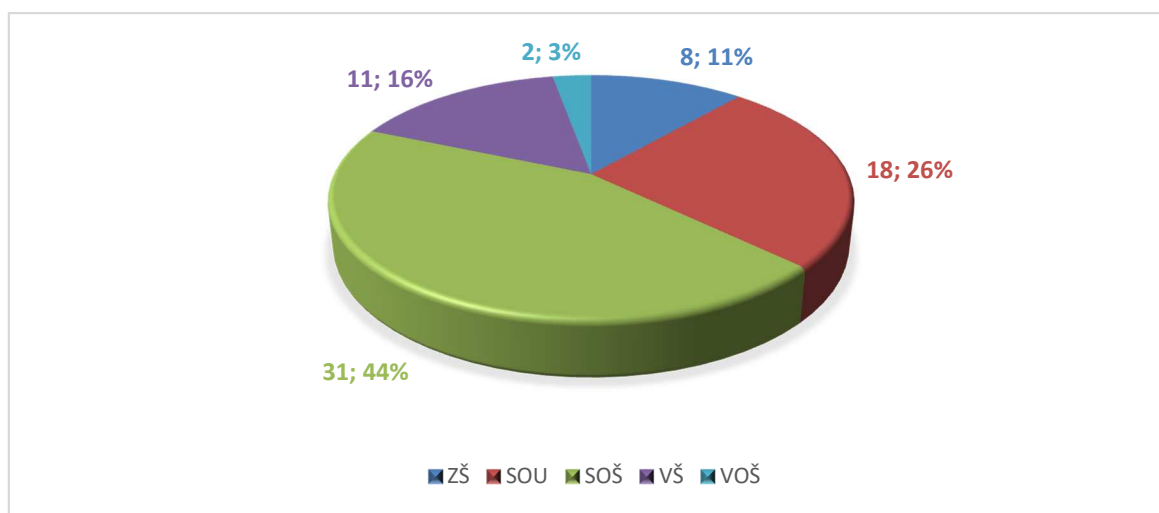


Obrázek 5 : Graf - Kouříte?

Všichni nemocní, kteří z výzkumu dle APAIS vyšli jako úzkostní (19), byli nekuřáci.

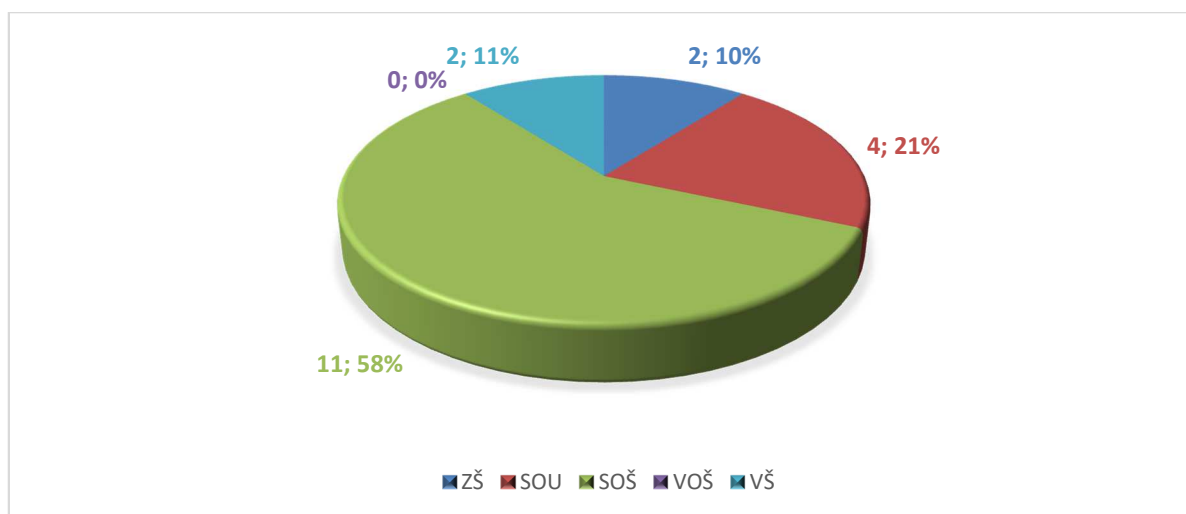
3.3.5 Nejvyšší dosažené vzdělání

Zajímalo mě, zda vzdělání souvisí s prožíváním úzkosti před operací. 70 respondentů bylo rozděleno do skupin podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejpočetnější skupinou byli středoškoláci s maturitou, jednalo se o 31 (44 %) respondentů. Dále 18 (26 %) pacientů se středním odborným učilištěm, 11 (16 %) vysokoškoláků, 8 (11 %) nemocných se základním vzděláním, 2 (3 %) měli vyšší odborné vzdělání. Viz. Obrázek 6.



Obrázek 6 : Graf - Nejvyšší dosažené vzdělání

V mém výzkumu mě zajímalo, zda má vzdělání vliv na vnímání úzkosti před operací. Na Obrázku 7 je patrné, že 11 (58 %) úzkostných pacientů dle APAIS bylo středoškoláků, 4 (21 %) byli pacienti se středním odborným učilištěm, 2 (11 %) vysokoškoláků, 2 (10 %) pacientů se základním vzděláním.



Obrázek 7 : Vzdělání versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 3

3H₀: Vzdělání nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

3H_a: Vzdělání má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi prožíváním úzkosti a stupněm vzdělání. K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 10 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

Tabulka 10 – Chí-kvadrát test vzdělání

Vzdělání	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
ZŠ	6	2	8
SOU	14	4	18
SOŠ	20	11	31
VOŠ	2	0	2
VŠ	9	2	11
Celkem	51	19	70

Hladinu statistické významnosti porovnáváme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,640$. Nulovou hypotézu zamítnout nemůžeme. **Není** statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a vzděláním.

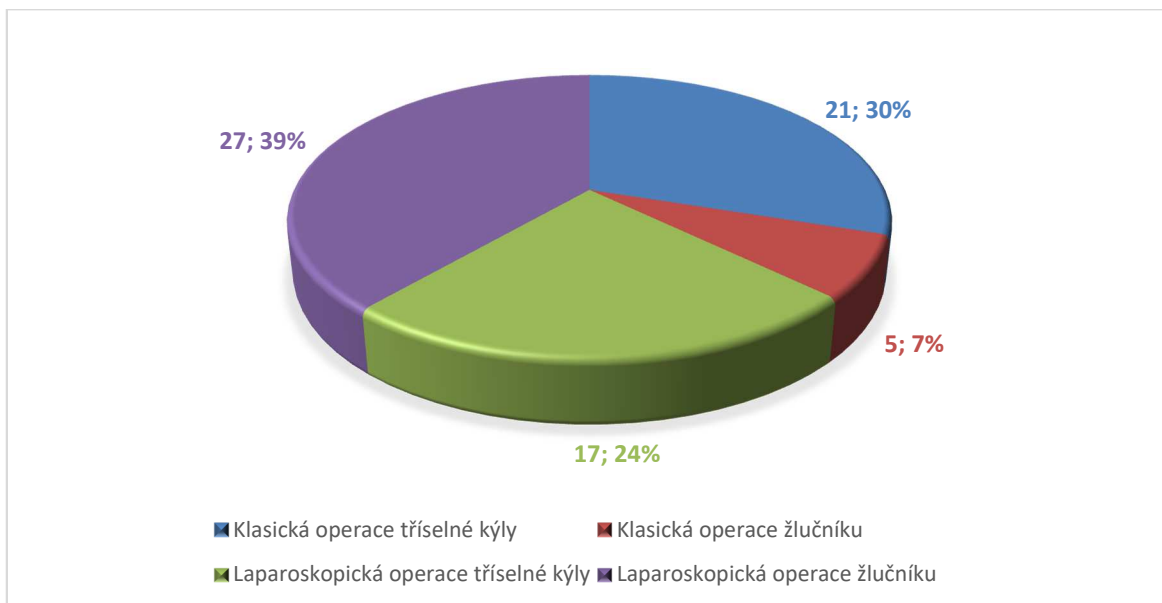
3.3.6 K jakému operačnímu výkonu jste byl přijat/přijata?

Dotazníky mé diplomové práce byly rozdávány pouze pacientům podstupujícím plánovaný operační výkon – konkrétně klasická operace tříselné kýly, laparoskopická operace tříselné kýly, klasická operace žlučníku, laparoskopická operace žlučníku. Tyto operace byly vybrány záměrně, jelikož jsou poměrně časté, relativně rychlé a odpadá u nich strach z onkologické diagnózy.

Tato otázka měla monitorovat, jaké zastoupení jednotlivých operací ve zkoumaném vzorku bylo.

Obrázek 8 ukazuje, že nejvíce pacientů, 27 (39 %), v mém vzorku uvedlo, že podstoupilo laparoskopickou operaci žlučníku. Druhou nejpočetnější skupinou byla klasická operace

tříselné kýly, tu podstoupilo 21 (30 %) pacientů. Dále následuje laparoskopická operace tříselné kýly, 17 (24 %) nemocných. Nejméně početně zastoupenou skupinou v mém výzkumu byli pacienti přijati ke klasické operaci žlučníku, těch bylo 5 (7 %).

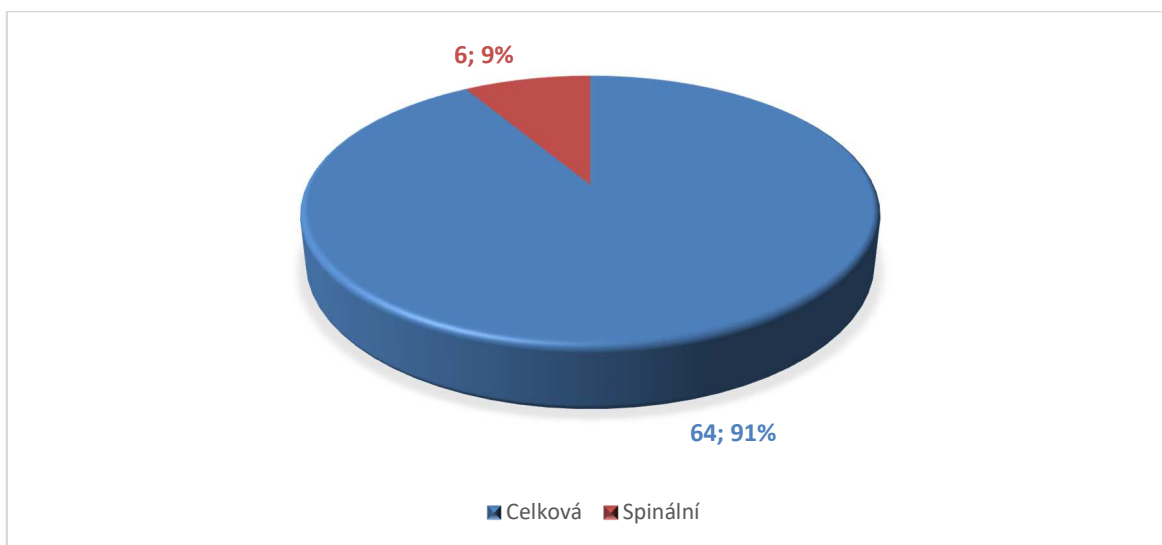


Obrázek 8 : Graf - Typ operačního výkonu

3.3.7 V jaké anestezii (narkóze) bude Vaše operace provedena?

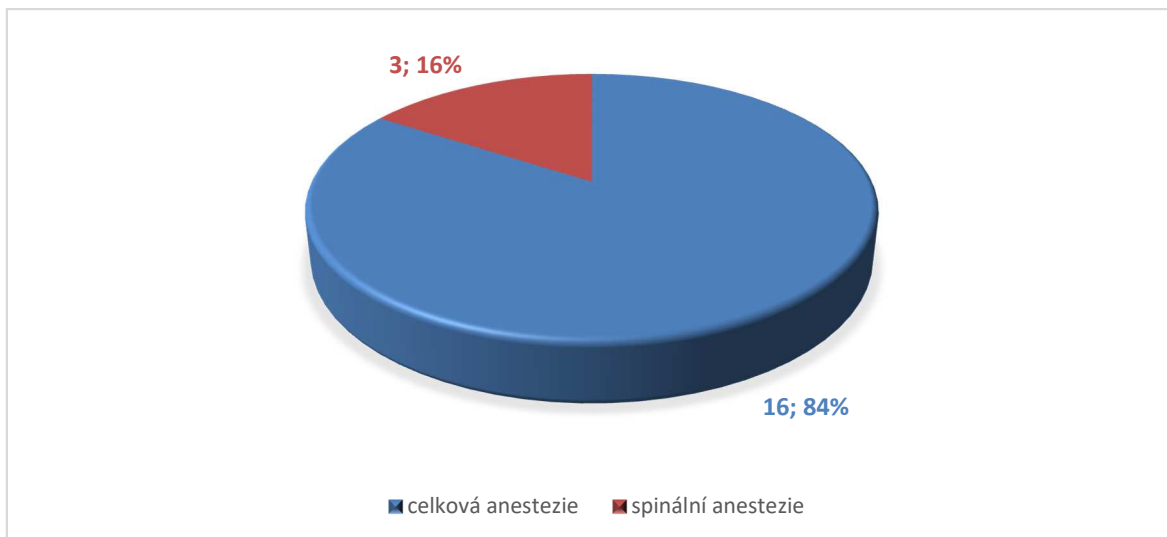
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda typ anestezie souvisí s prožíváním úzkosti před operací.

Z Obrázku 9 je patrné, že většina - 64 (91 %) dotázaných byla operována v celkové anestezii. 6 (9 %) pacientů podstoupila operaci – klasickou operaci tříselné kýly ve spinální anestezii.



Obrázek 9 : Graf - Typ anestezie

Zajímalo mě, zda typ anestezie souvisí s prožívání úzkosti. Z výsledků výzkumu vyplývá, že z 19ti pacientů, kteří dle APAIS vyšli jako úzkostní, byli 3 (16 %) operováni ve spinální anestezii a 16 (84 %) v celkové anestezii. Výsledky znázorňuje Obrázek 10.



Obrázek 10 : Graf - Typ anestezie versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 4

4H₀: Typ anestezie nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

4H_a Typ anestezie má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi prožíváním strachu a úzkosti s typem anestezie. K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 11 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

Tabulka 11 – Chí-kvadrát test typ anestezie

Typ anestezie	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
Celková	48	16	64
Spinální	3	3	6
Celkem	51	19	70

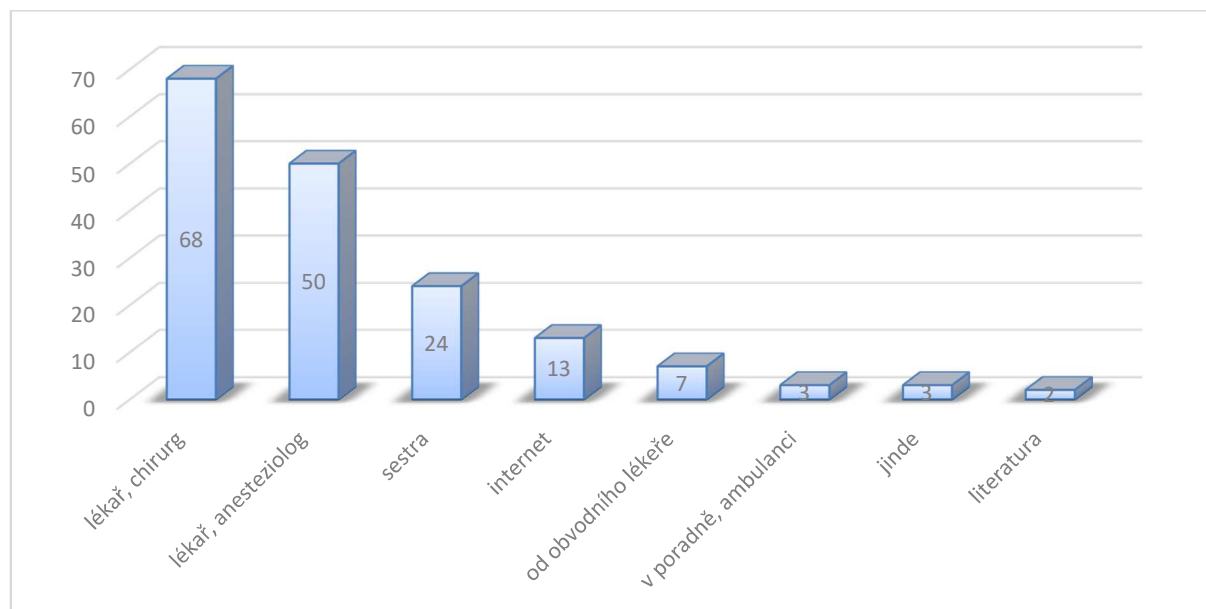
Hladinu statistické významnosti porovnááme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,187$. Nulovou hypotézu zamítnout nemůžeme. **Není** statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a typem anestezie.

3.3.8 Odkud jste získával informace k Vaší operaci?

Jednou z mých výzkumných otázek bylo zjistit, odkud pacienti získávali informace o jejich operačním výkonu.

Na výběr měli následující možnosti: lékař, chirurg – formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu; lékař, chirurg – pouze formou rozhovoru; lékař, chirurg – pouze přečtení Poučení o zdravotním výkonu; lékař, anesteziolog – formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu; lékař, anesteziolog – pouze formou rozhovoru; lékař, anesteziolog – pouze přečtení Poučení o zdravotním výkonu; anesteziologická sestra; zdravotní sestra na oddělení; zdravotní sestra na operačním sále; internet; literatura; v poradně nebo ambulanci; od obvodního lékaře; jinde.

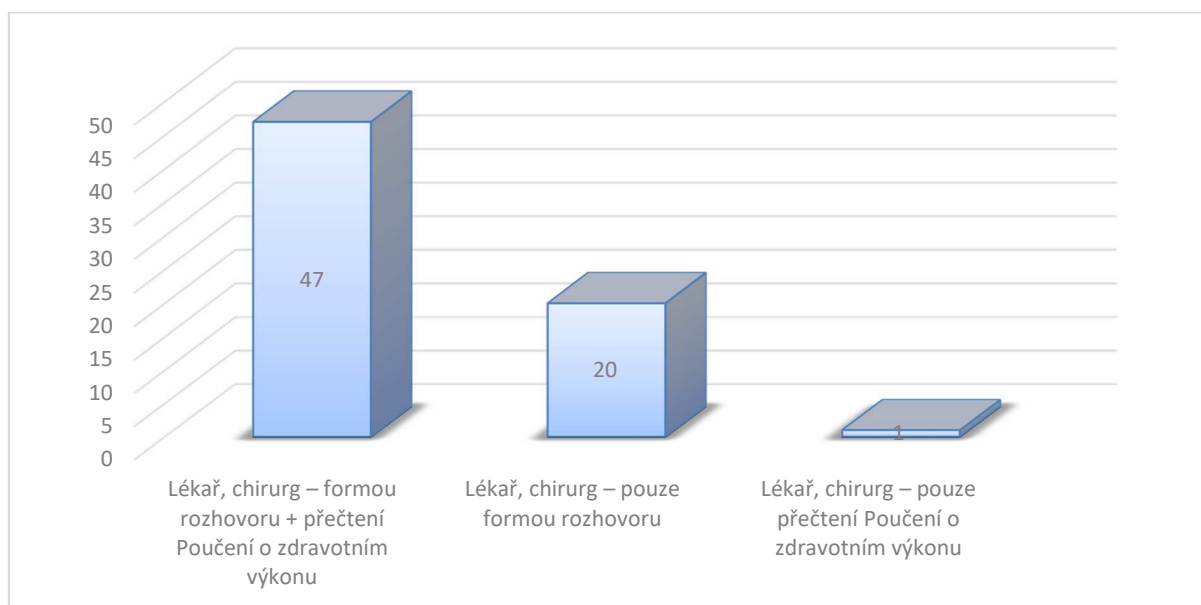
Z výsledku výzkumu vyplývá, že nemocné nejčastěji informoval lékař chirurg, tuto odpověď byla zaškrtnuta 68x, dále lékař anesteziolog 50x a zdravotní sestra 24x. Ostatní výsledky graficky znázorněny na Obrázku 11.



Obrázek 11 : Graf - Odkud jste získával informace k operaci

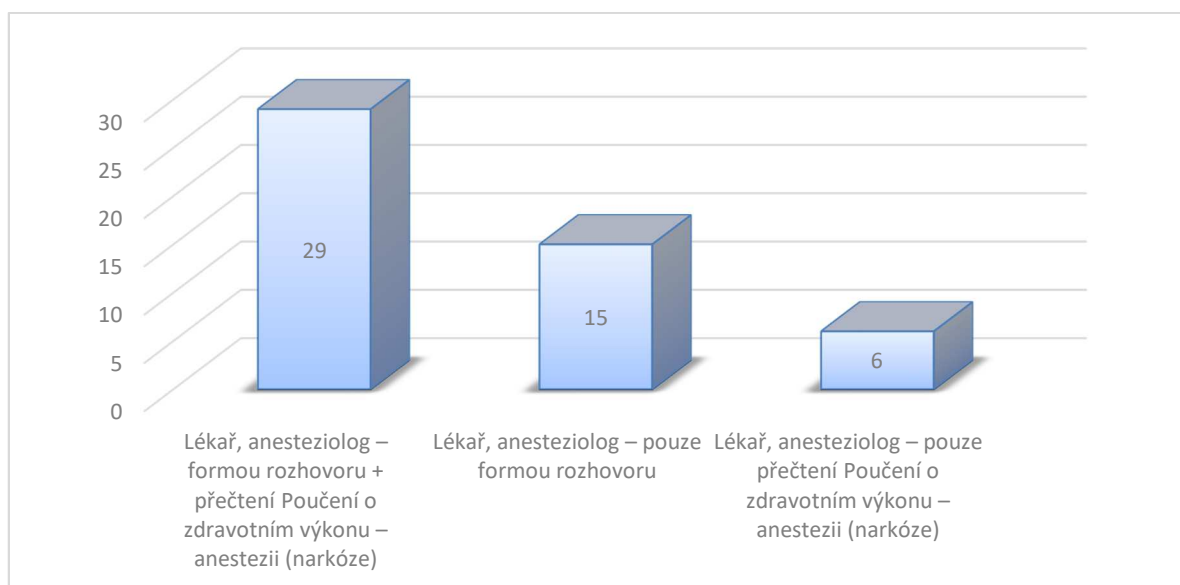
Kategorie lékař chirurg, lékař anesteziolog a zdravotní sestra jsem pak ještě pro lepší přehlednost rozdělila do následujících grafů.

Obrázek 12 se věnuje formě, jakou informovali chirurgové. Nejčastěji pacienti udávali, že byli informováni formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu, tato možnost byla označena 47x. Dále pak pouze formou rozhovoru, toto bylo označeno 20x, 1x pacient uvedl, že byl poučen pouze přečtením Poučení o zdravotním výkonu.



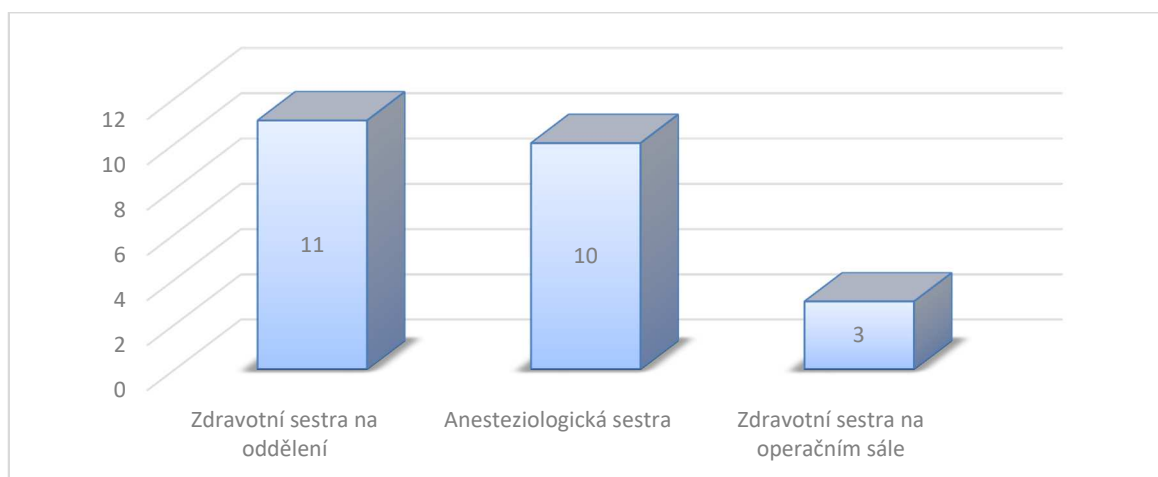
Obrázek 12 : Graf - Informace od lékaře chirurga

Obrázek 13 informuje o tom, jakou formou byli nemocní poučeni od anesteziologů. Zde byla nejčastější odpověď odpověď formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu – anestezii, toto bylo označeno 29x. 15x bylo uvedeno, že byli poučeni pouze formou rozhovoru. 6x nemocní uvedli, že si pouze přečetli Poučení o zdravotním výkonu – anestezii.



Obrázek 13 : Graf - Informace od lékaře anesteziologae

Obrázek 14 ukazuje, od jakých sester nejčastěji nemocní získávali informace k jejich operačnímu výkonu. Nejčastěji informace získávali od zdravotních sester na oddělení, ty byly označeny 11x, dále pak od anesteziologické sestry 10x a 3x nemocní uvedli zdravotní sestru na operačním sále.

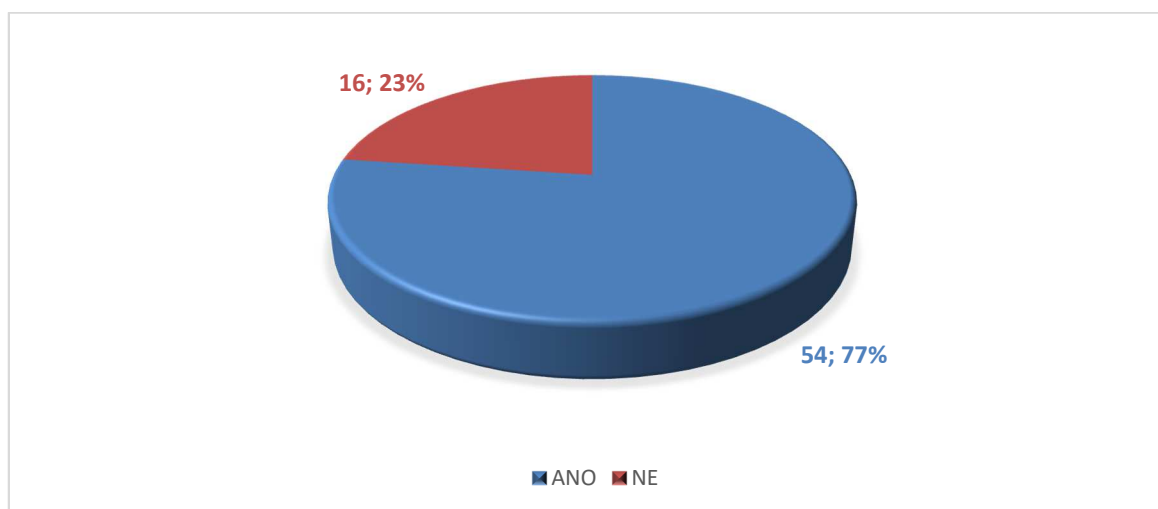


Obrázek 14 : Graf - Informace od zdravotní sestry

3.3.9 Znáte jméno lékaře?

Druhá otázka v mém dotazníku, kterou pacienti vyplňovali před operací, byla zaměřena na informovanost. Zde jsem se ptala, jestli znají jméno lékaře (chirurga), který je bude operovat.

Ze 70ti dotázaných 54 respondentů (77 %) uvedlo, že jméno operátora zná. Naopak 16 respondentů (26 %) uvedlo, že jméno chirurga nezná. Výsledky graficky znázorňuje Obrázek 15.

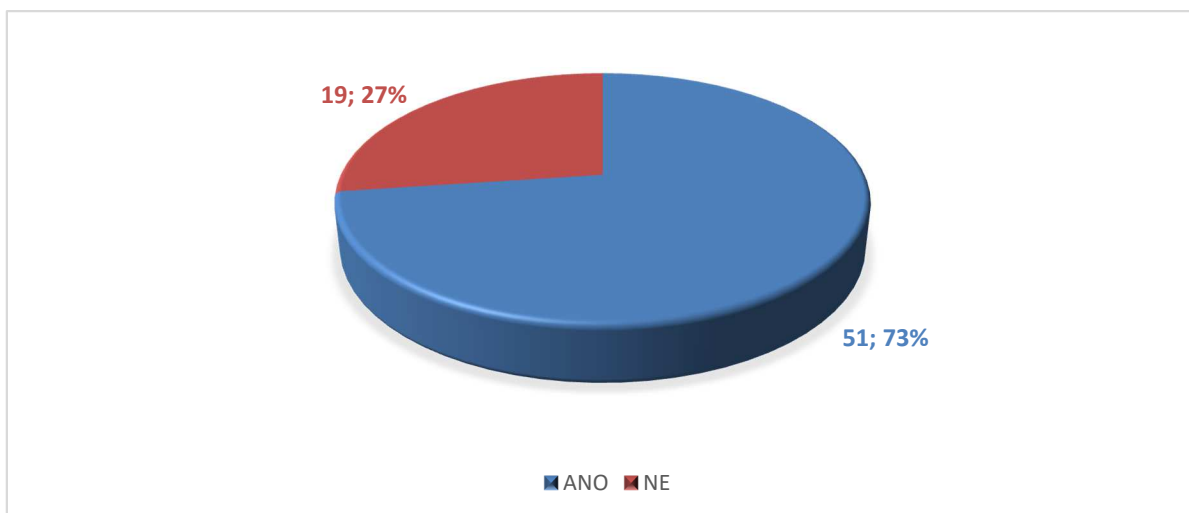


Obrázek 15 : Graf - Znáte jméno chirurga

3.3.10 Prodělal jste v minulosti operaci?

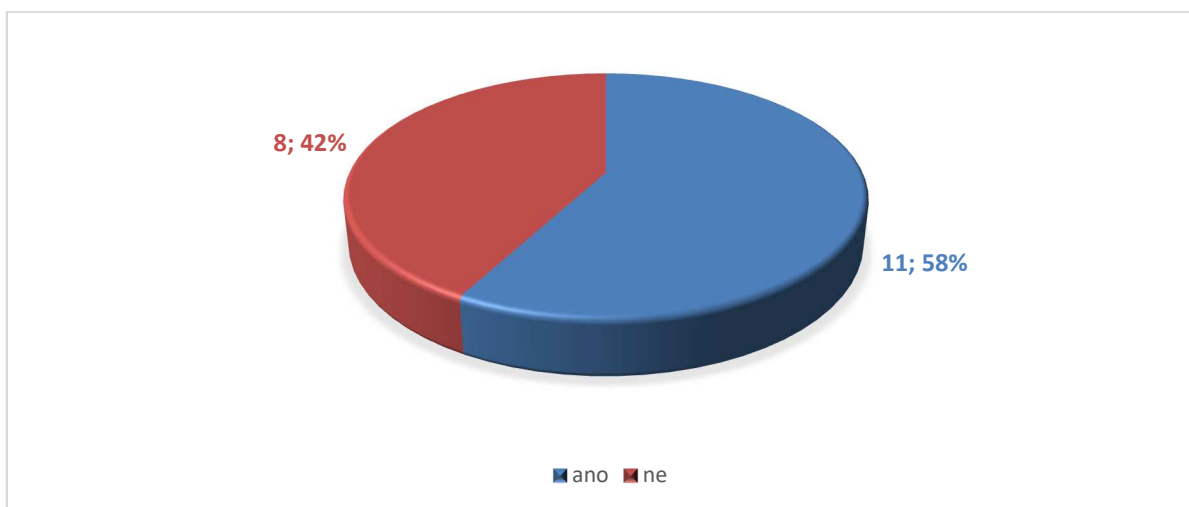
Tato otázka slouží ke zjištění předchozí zkušenosti s operačním výkonem a její případný vliv na prožívání strachu a úzkosti.

Z Obrázku 16 je patrné, že 51 (73 %) nemocných už bylo v minulosti operováno. 19 (27 %) respondentů zatím zkušenost s operačním výkonem nemělo.



Obrázek 16 : Graf - Prodělal jste v minulosti operaci?

Z Obrázku 17 je patrné, že větší obavy z operačního výkonu měli pacienti, kteří v minulosti operaci podstoupili. 11 (58 %) úzkostných nemocných dle APAIS už v minulosti operováno bylo, 8 (42 %) úzkostných pacientů předchozí zkušenost s operací nemělo.



Obrázek 17 : Graf - Prodělal jste v minulosti operaci versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 5

5Ho: Předchozí zkušenost nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

5Ha: Předchozí zkušenost má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi prožíváním úzkosti s předchozí zkušeností s operací.

K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 12 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

Tabulka 12 – Chí-kvadrát test předchozí zkušenost

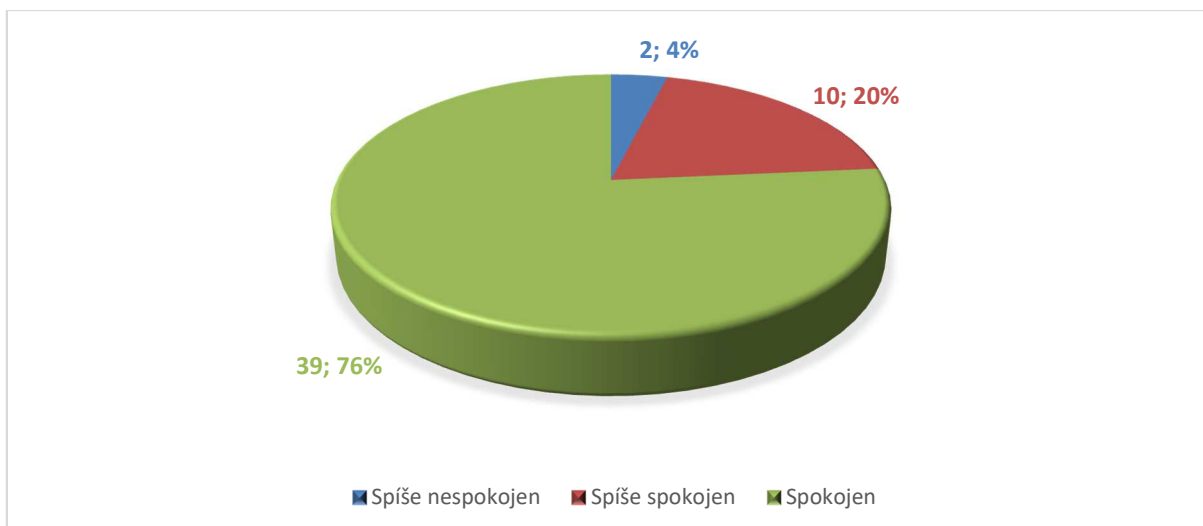
Předchozí zkušenost	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
Ano	42	11	53
Ne	9	8	17
Celkem	51	19	70

Hladinu statistické významnosti porovnáváme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,033$. Nulovou hypotézu zamítáme. Je statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a předchozí zkušeností.

Skupina respondentů, která měla předchozí zkušenost s operačním výkonem ((51 (73 %) respondentů)), dále odpovídala na další otázky týkající se zkušenosti se zdravotnickým personálem, zkušenosti se zdravotnickým zařízením a zkušenosti s vlastním operačním zákrokem.

3.3.10.1 Zkušenost se zdravotnickým personálem

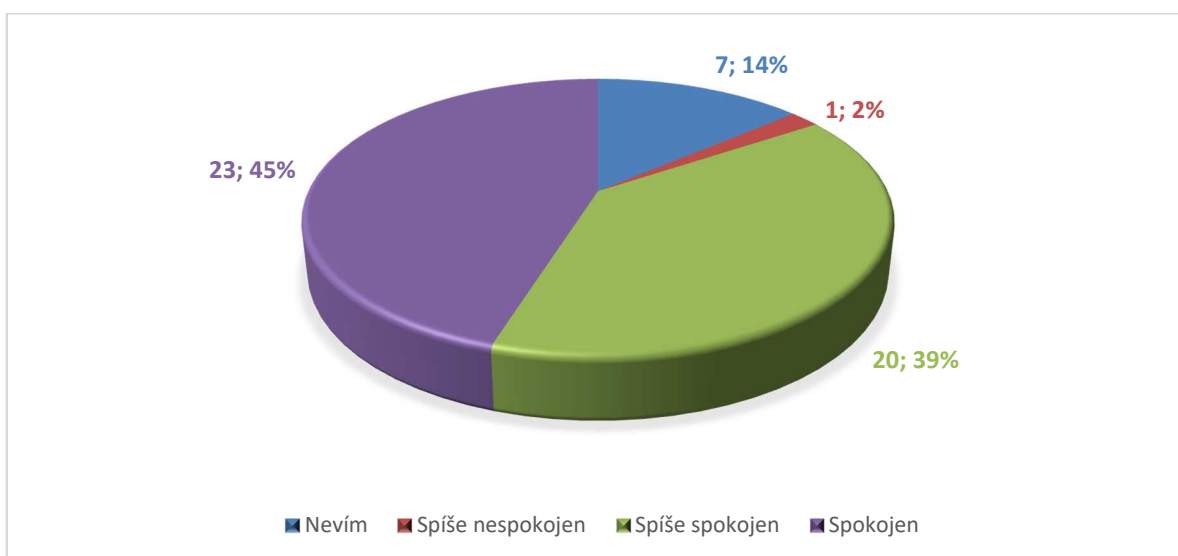
Z Obrázku 18 vyplývá, že více než $\frac{3}{4}$ pacientů s přechodí zkušeností s operací uvedli, že byli se zdravotnickým personálem „spokojeni“. Jednalo se o 39 (76 % respondentů). Dalších 10 (20 %) bylo se zdravotníky „spíše spokojeno“. Pouze 2 (4 %) pacienti byli s péčí zdravotníků „spíše nespokojeni“.



Obrázek 18 : Graf - Zkušenost se zdravotnickým personálem

3.3.10.2 Zkušenost se zdravotnickým zařízením

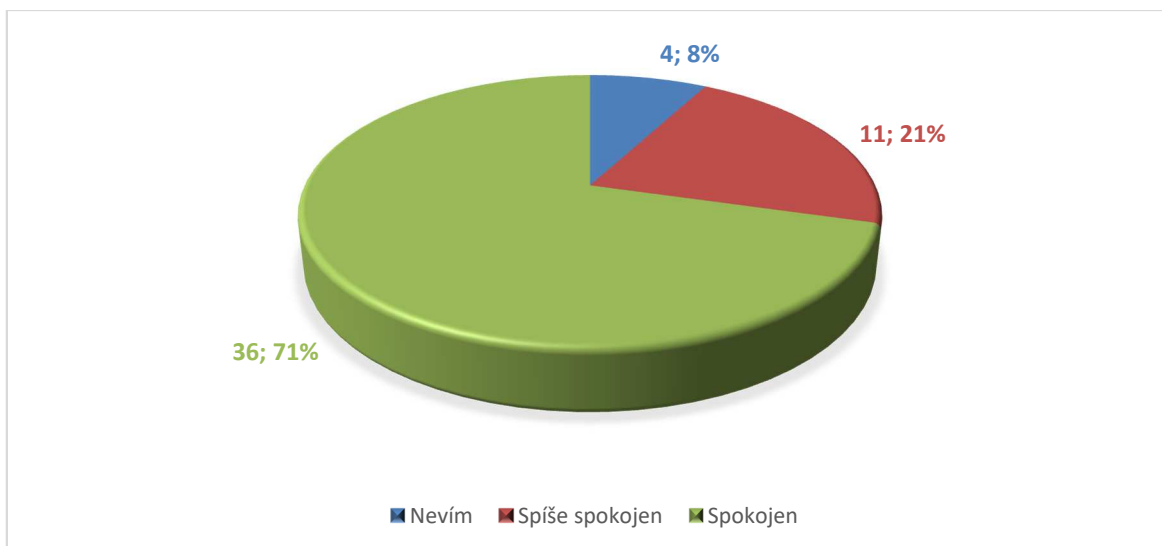
Se zdravotnickým zařízením bylo při předchozí operaci „spokojeno“ 43 (84 %) dotázaných. 7 (14 %) uvedlo, že „nevím“ a 1 (2 %) byl se zdravotnickým zařízením „spíše nespokojen“. Viz. Obrázek 19.



Obrázek 19 : Graf - Zkušenost se zdravotnickým zařízením

3.3.10.3 Zkušenost s kvalitou zdravotnické péče

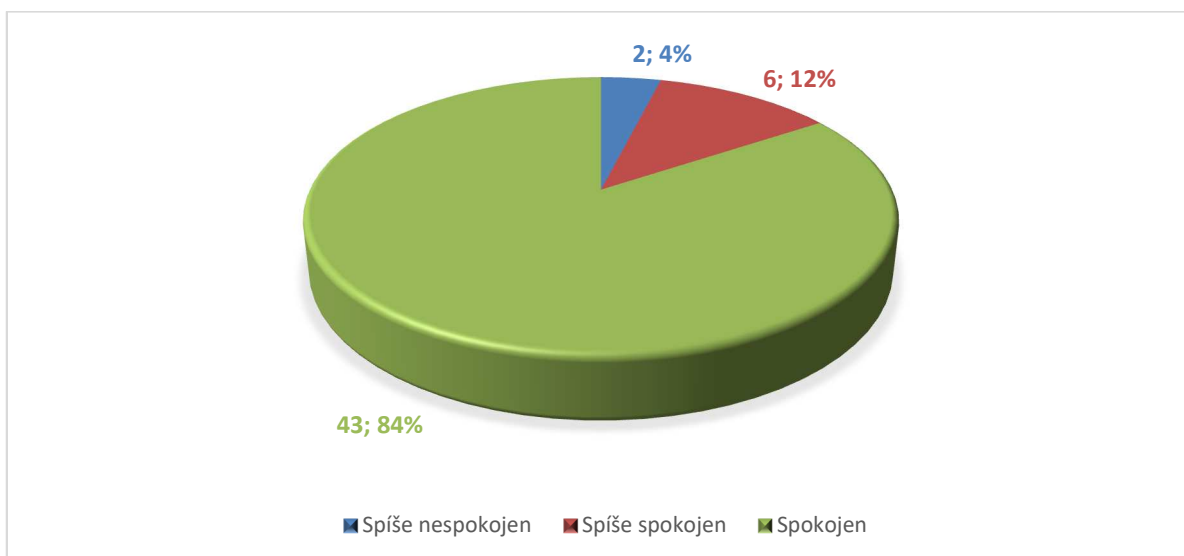
S kvalitou zdravotnické péče bylo „spokojeno“ 47 (92 %) nemocných. Pouze 4 (8 %) vybrali možnost „nevím“. Výsledky zobrazuje Obrázek 20.



Obrázek 20 : Graf - Zkušenost s kvalitou zdravotnické péče

3.3.10.4 Zkušenost s vlastním operačním výkonem

S operačním výkonem a jeho výsledkem bylo „spokojeno“ 49 (96 %) nemocných. 2 (4 %) uvedli, že byli s operačním výkonem „spíše nespokojeni“. Jeden z těchto pacientů poznámkou uvedl, že to bylo z důvodu recidivy. Viz. Obrázek 21.

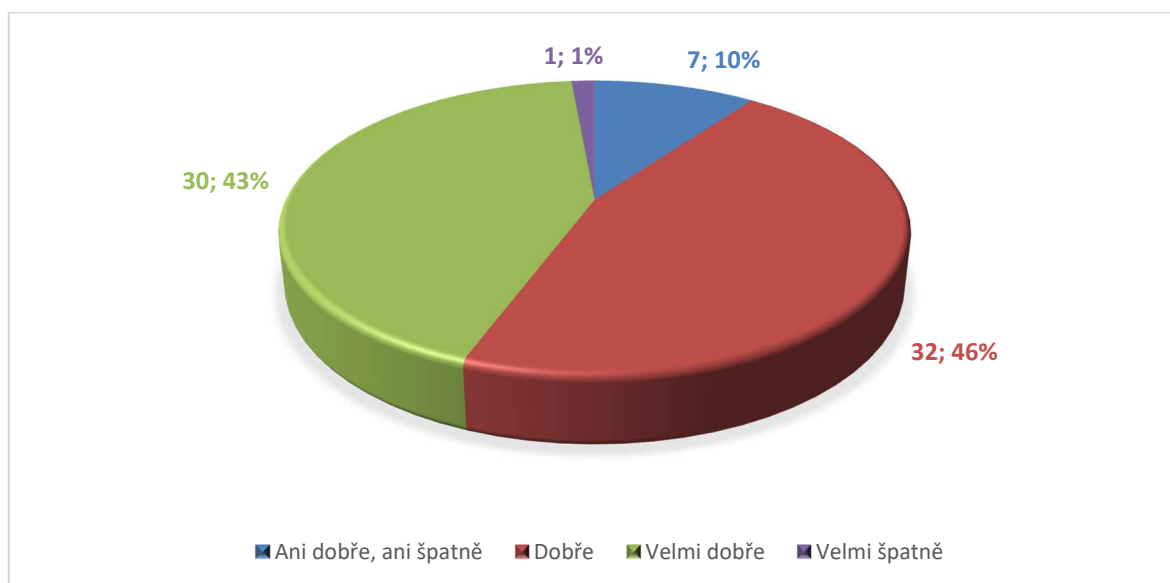


Obrázek 21 : Graf - Zkušenost s vlastním operačním výkonem

3.3.11 Jak se cítíte být informován?

V této otázce měli nemocní na škále od 1 do 5 označit, jak se cítí být informování v souvislosti s operačním výkonem. 1 bylo velmi dobře, naopak 5 označili nemocní, kteří se cítili být informování velmi špatně.

Z Obrázku 22 je patrné, že téměř polovina dotazovaných 32 (46 %) se cítí být informována „dobře“. 30 (43 %) hodnotí svou informovanost jako „velmi dobrou“. 7 (10 %) nemocných ji vnímá jako „ani dobrou a ani špatnou“. 1 (1 %) pacient se cítí být „velmi špatně“ informován. Žádný z dotazovaných pacientů nevolil možnost „spíše špatně“.

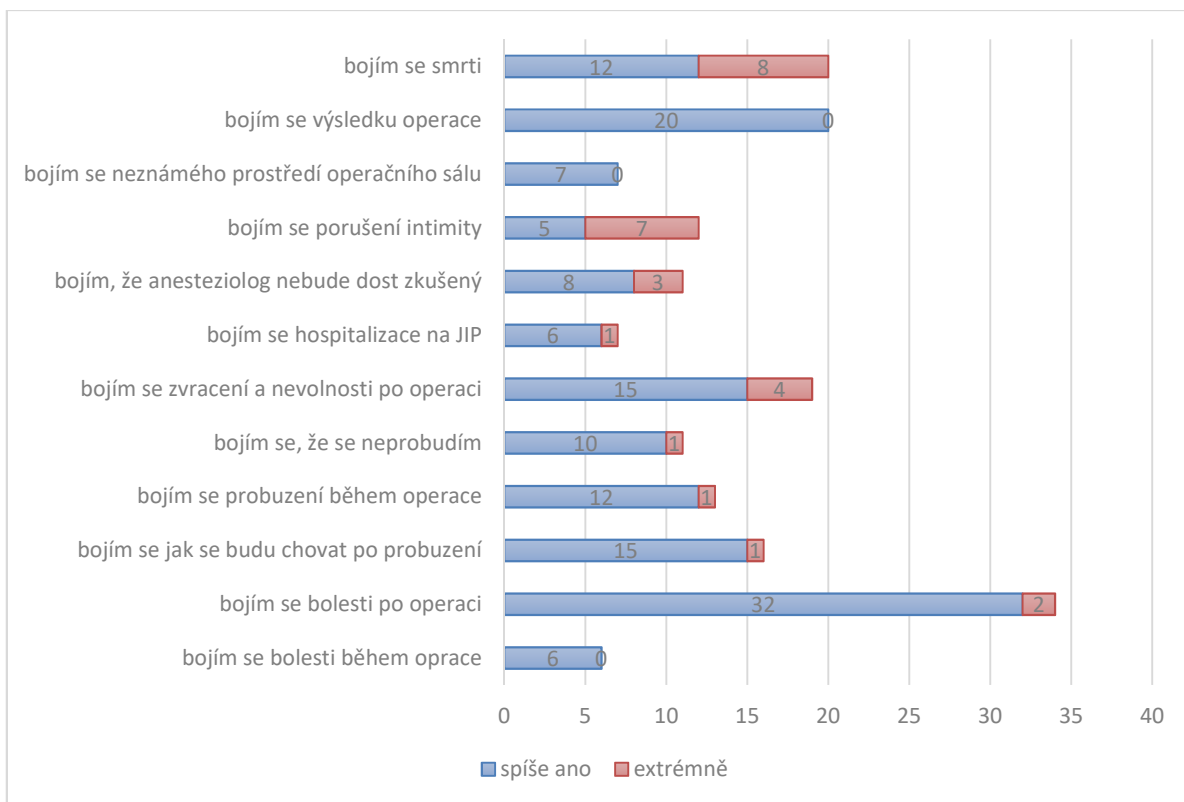


Obrázek 22 : Graf - Jak se cítíte být informován?

3.3.12 Strach z jednotlivých situací

V dotazníku měli nemocní označit, čeho se nejvíce obávají. Možnosti na výběr měli „extrémně“, „spíše ano“, „jak kdy“, „spíše ne“ a „vůbec ne“. Obrázek 23 obsahuje jednotlivé situace, kterých se nemocní často obávají a pro lepší přehlednost pouze odpovědi „spíše ano“ a „extrémně“. Jednotlivé otázky více rozpracovány dále.

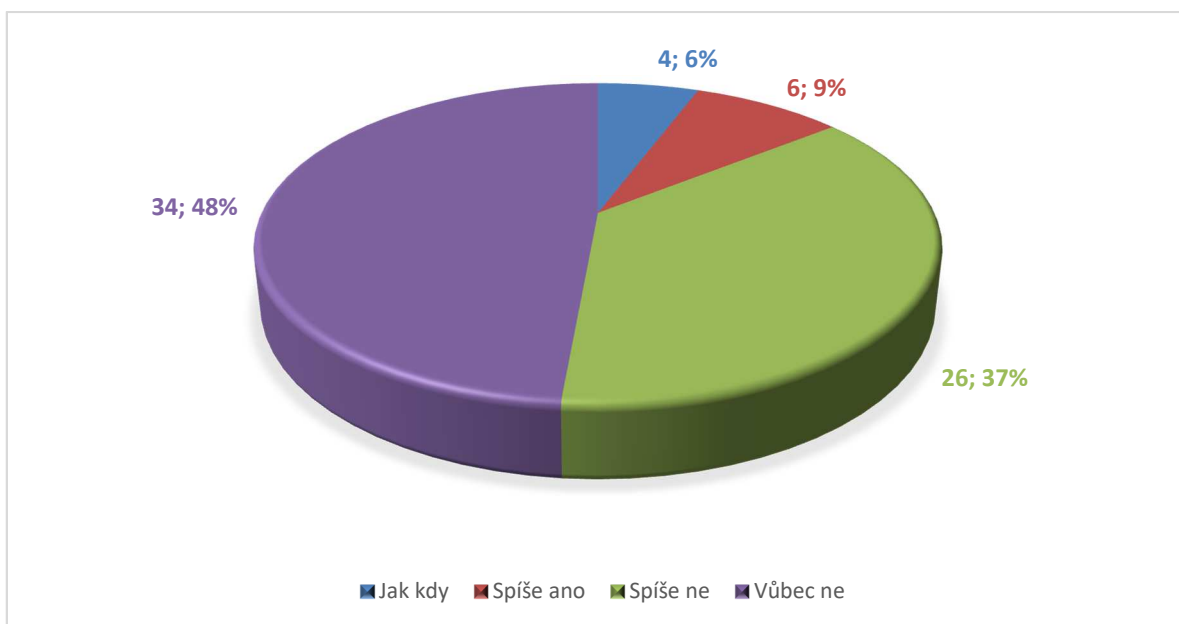
Z výsledků výzkumu je patrné, že se nejvíce lidé obávají bolesti po operaci, 32 nemocných se „spíše“ bojí a 2 se bojí „extrémně“. Druhou nejvíce obávanou věcí, je výsledek operace, toho se „spíše“ obává 20 nemocných. Stejně jako smrti, té se „spíše bojí“ 12 nemocných a 8 se bojí „extrémně“. Další obávanou situací je zvracení a nevolnost po operaci, toho se „spíše“ bojí 15 nemocných a 4 se toho bojí „extrémně“. Z toho, jak se bude chovat po probuzení má „extrémní“ strach 1 nemocný, 12 se toho „spíše“ bojí. Porušení intimity se „spíše“ bojí 5 a extrémně 7 dotazovaných pacientů. Další výsledky uvedeny v Obrázku 23



Obrázek 23 : Graf - Čeho se lidé nejvíce obávají?

3.3.12.1 Bojím se bolesti během operace

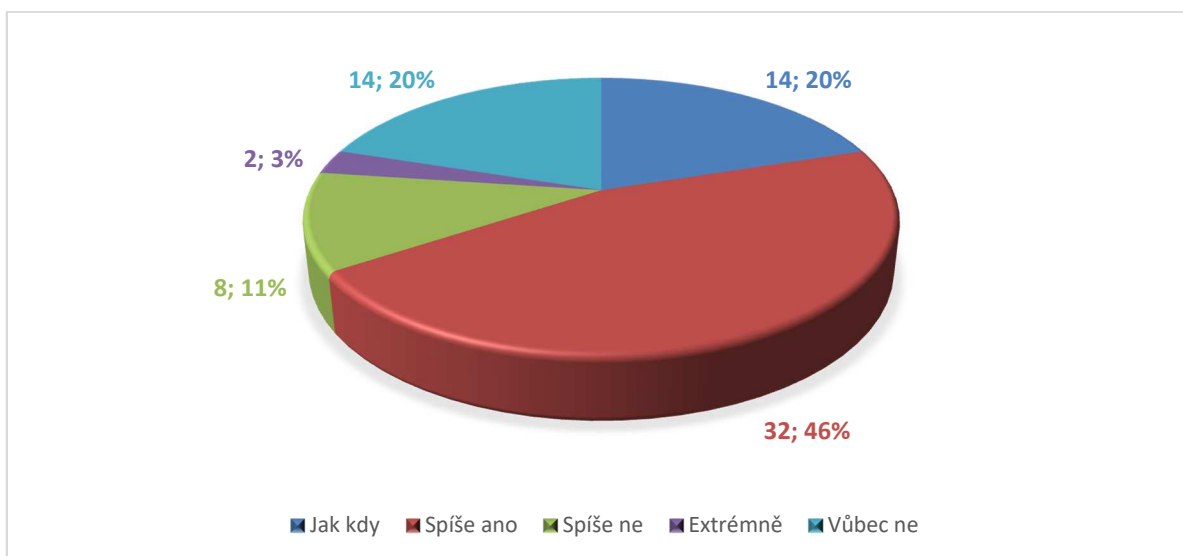
Bolesti během operace se „spíše bojí“ 6 (9 %) dotázaných. Možnost „jak kdy“ zvolili 4 (6 %) pacientů. Valná většina 60 (85 %) se bolesti během operace neobává. Viz. Obrázek 24.



Obrázek 24 : Graf - Bojím se bolesti během operace

3.3.12.2 Bojím se bolesti po operaci

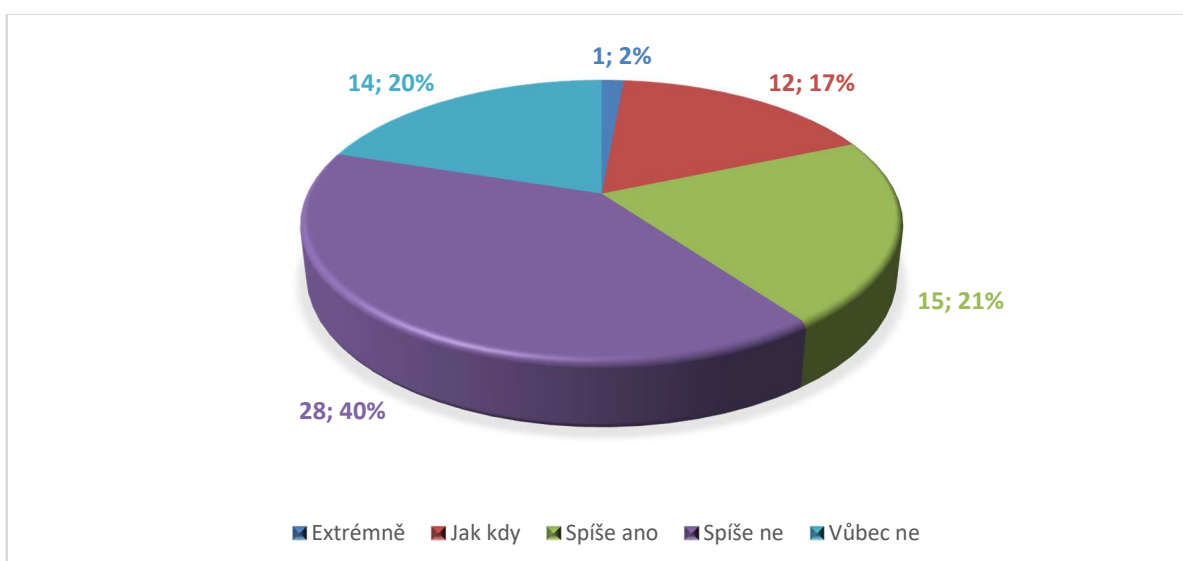
Na otázku, zda se nemocní bojí bolesti po operaci, už byly odpovědi zajímavější. Z výsledků výzkumu vyplývá, 2 (3 %) dotázaní, se bolesti po operaci bojí extrémně. Téměř polovina 32 (46 %) respondentů se „spíše bojí“ bolesti po operaci. 14 (20 %) si vybralo možnosti „jak kdy“. Pouze 22 (31 %) se bolesti po operaci neobává. Výsledky graficky znázorněny v Obrázku 25.



Obrázek 25 : Graf - Bojím se bolesti po operaci

3.3.12.3 Bojím se, jak se budu chovat po probuzení

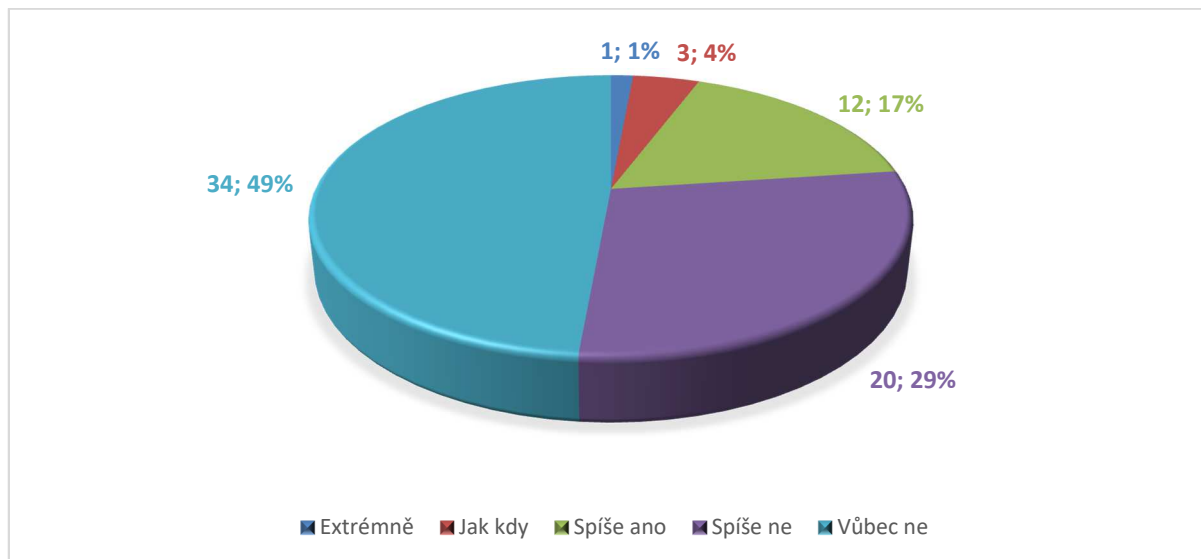
Z Obrázku 26 vyplývá, že z chování po operaci má „extrémní“ strach 1 (2 %) dotázaný. 15 (21 %) s této situace spíše bojí. Odpověď „jak kdy“ označilo 12 (17 %) nemocných. 42 (60 %) pacientů obavy z této situace nepociťuje.



Obrázek 26 : Graf - Bojím se jak se budu chovat po probuzení

3.3.12.4 Bojím se probuzení během operace

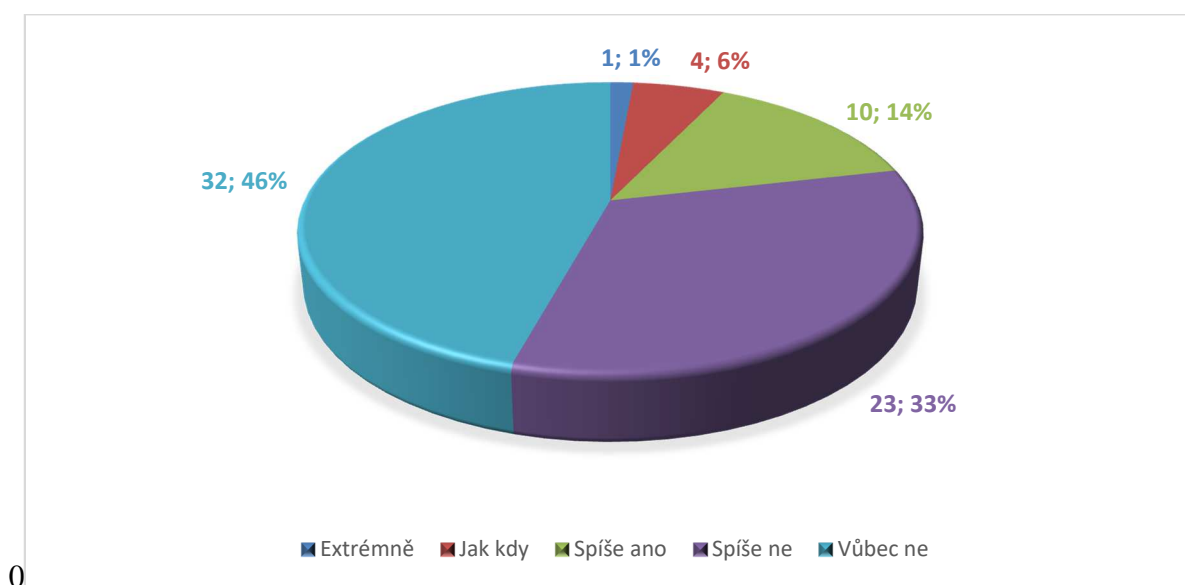
Tato otázka zjišťovala, zda se nemocní obávají probuzení během operačního výkonu. Odpověď „vůbec ne“ nebo „spíše ne“ označilo 54 (78 %) nemocných. Odpověď „jak kdy“ preferovali 3 (4 %) nemocní. 12 (17 %) se této situace spíše bojí a 1 (1 %) se bojí probuzení během operace „extrémně“. Viz. Obrázek 27.



Obrázek 27 : Graf - Bojím se probuzení během operace

3.3.12.5 Bojím se, že se neprobudím

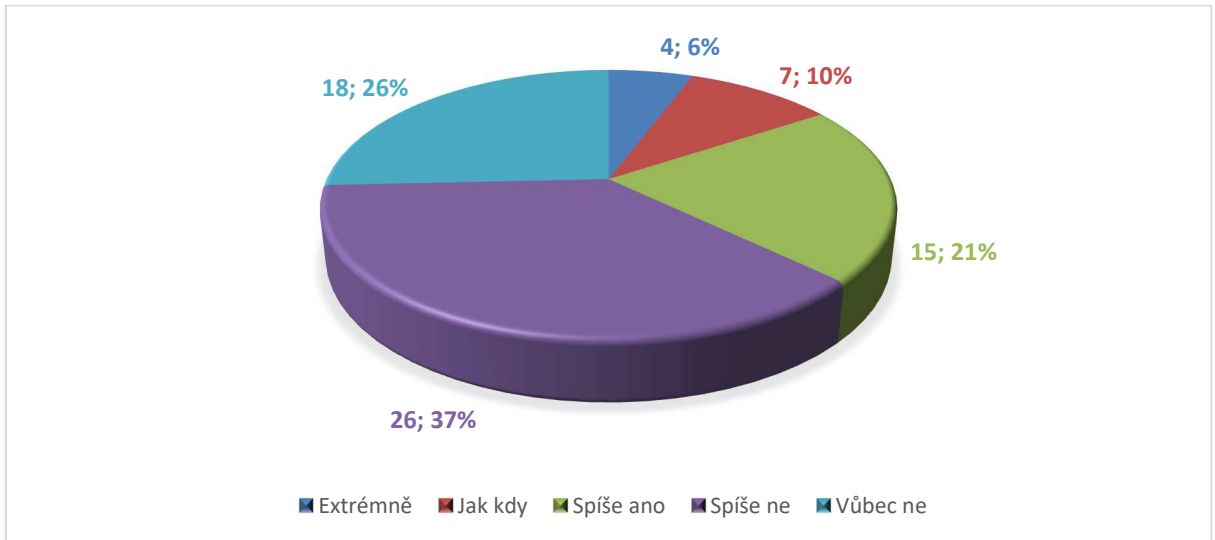
Na Obrázku 28 je patrné, že většina pacientů 55 (79 %) se toho, že se z narkózy neprobudí, nebojí. 4 (6 %) pacientů vybralo možnost „jak kdy“. Možnost „spíše ano“ zvolilo 10 (14 %) nemocných. 1 (1 %) se toho, že se neprobudí bál „extrémně“.



Obrázek 28 : Graf - Bojím se, že se neprobudím

3.3.12.6 Bojím se zvracení a nevolnosti po operaci

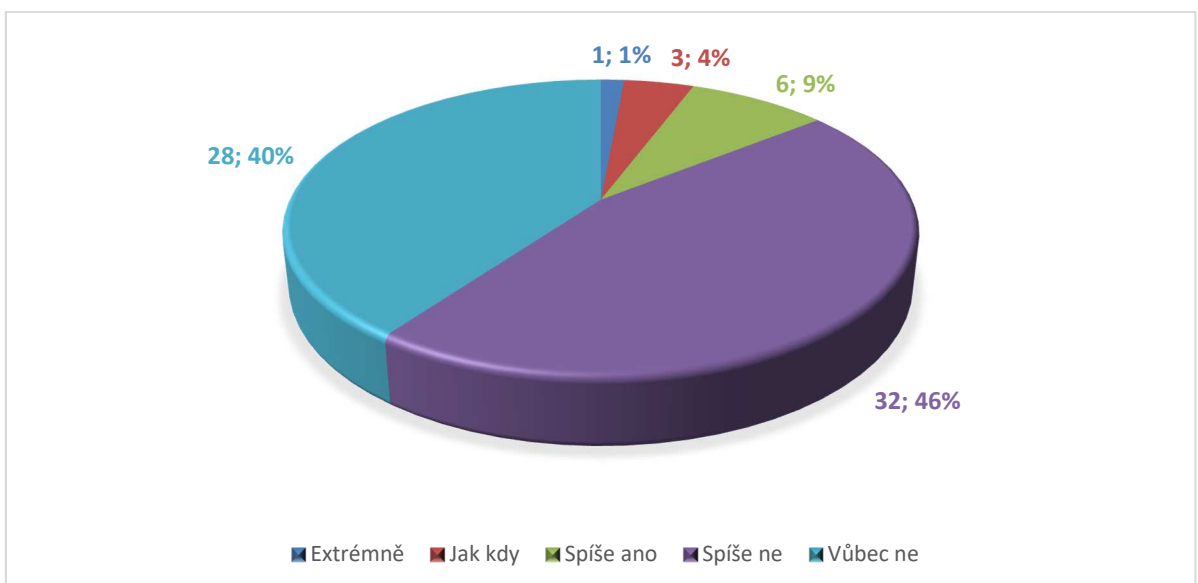
Zvracení a nevolnosti se neobává 44 (64 %) pacientů. Možnost „jak kdy“ označilo 7 (10 %) nemocných. 15 (21 %) se nevolnosti a zvracení po operaci obává a další 4 (6 %) mají z těchto problémů strach dokonce „extrémně“. Viz. Obrázek 29.



Obrázek 29 : Graf - Bojím se zvracení a nevolnosti po operaci

3.3.12.7 Bojím se hospitalizace na JIP

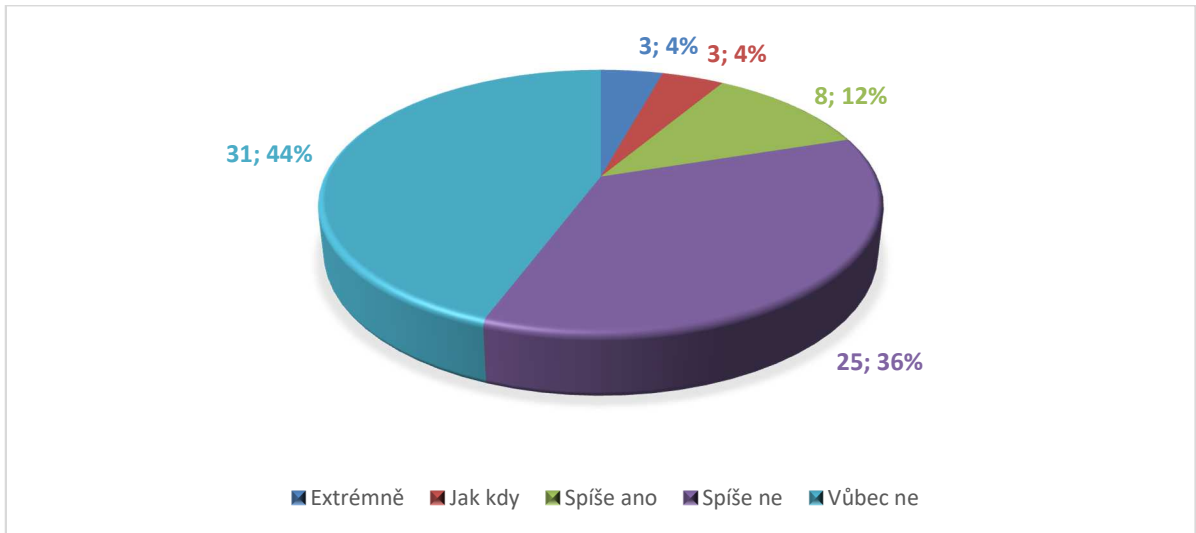
Z výzkumu vyplývá, že hospitalizace na JIP se valná většina dotázaných nebojí. Odpověď „spíše ne“ nebo „vůbec ne“ označilo 60 (86 %) dotázaných. Možnost „jak kdy“ vybrali 3 (4 %) respondenti. 6 (9 %) se hospitalizace na JIP obává a jeden pacient vybral možnost „extrémně“. Výsledky graficky znázorněny na Obrázku 30.



Obrázek 30 : Graf - Bojím se hospitalizace na JIP

3.3.12.8 Bojím se, že anesteziolog nebude dost zkušený

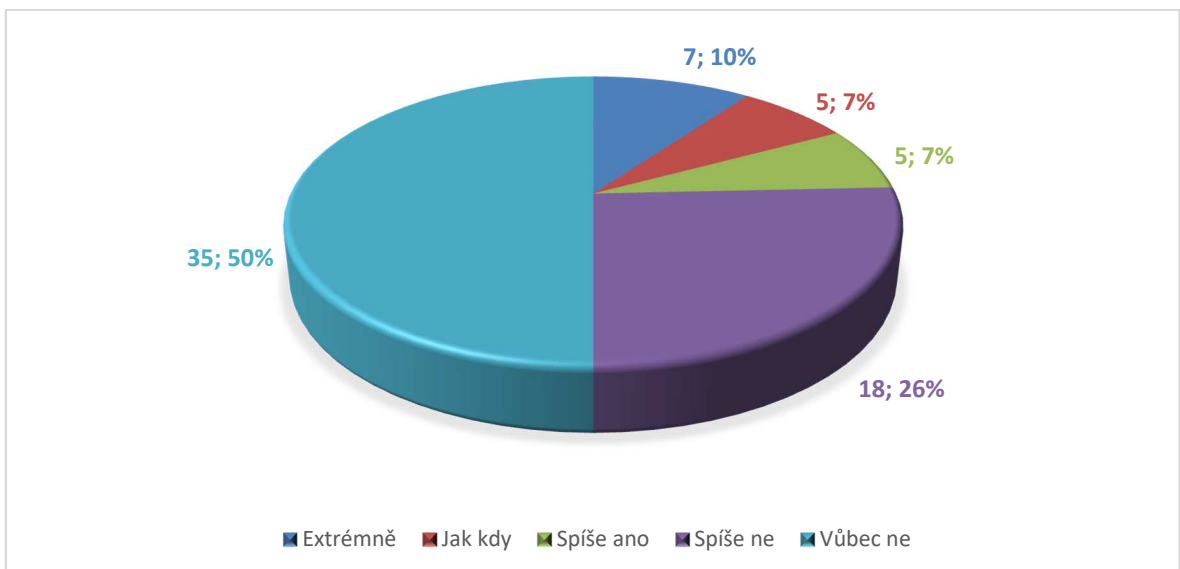
Z málo zkušeného anesteziologa nepocítuje obavy 56 (80 %) dotázaných. 3 (4 %) pacienti označili možnost „jak kdy“. 8 (12 %) se toho, že anesteziolog nebude mít dost zkušeností, obává a 3 (4 %) nemocní se toho obávají „extrémně“. Viz. Obrázek 31.



Obrázek 31 : Graf - Bojím se, že anesteziolog nebude dost zkušený

3.3.12.9 Bojím se porušení intimity

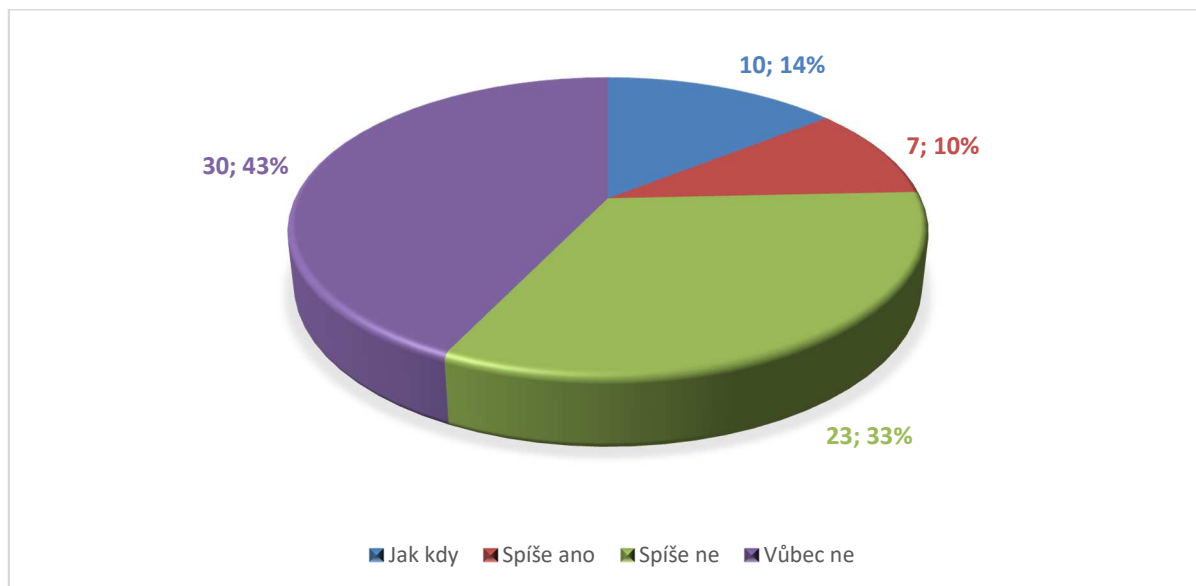
Další otázka měla zjistit, zda se nemocní obávají porušení intimity v době anestezie. Na Obrázku 32 je patrné, že 53 (76 %) z porušení intimity strach nepocítuje. 5 (7 %) uvedlo, že mají strach „jak kdy“. 5 (7 %) se této situace obává. 7 (10 %) se porušení intimity na operačním sále bojí dokonce „extrémně“.



Obrázek 32 : Graf - Bojím se porušení intimity

3.3.12.10 Bojím se neznámého prostředí operačního sálu

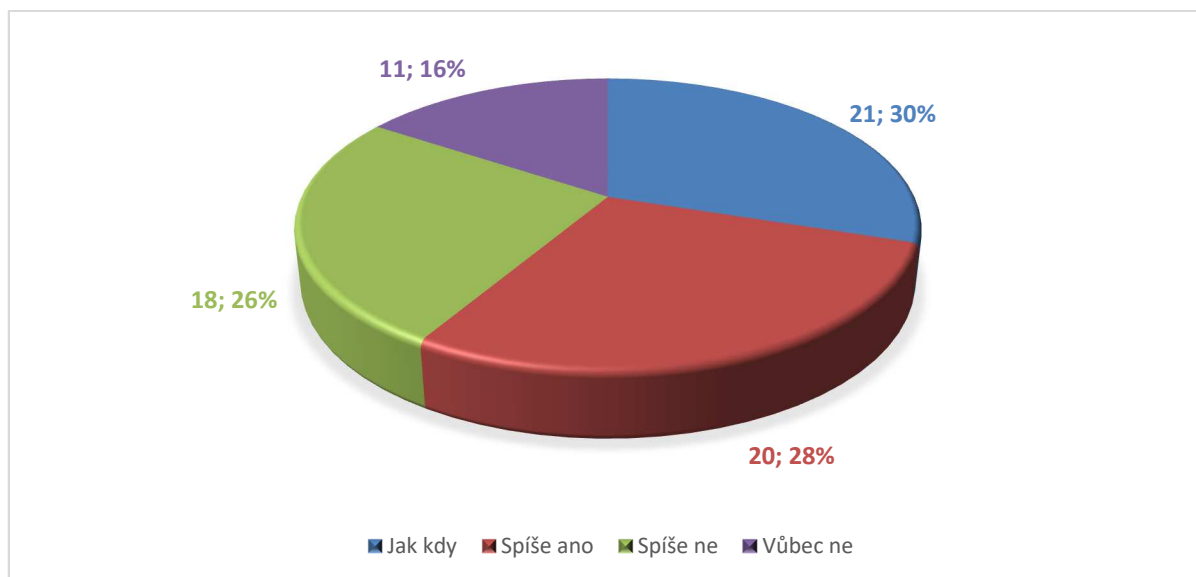
Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda se nemocní obávají neznámého prostředí operačního sálu. 53 (76 %) nemocných odpovědělo „spíše ne“ nebo „vůbec ne“. 10 (14 %) nemocných si vybralo možnost „jak kdy“ a 7 (10 %) se neznáma operačního sálu bojí. Viz. Obrázek 33.



Obrázek 33 : Graf - Bojím se neznámého prostředí operačního sálu

3.3.12.11 Bojím se výsledku operace

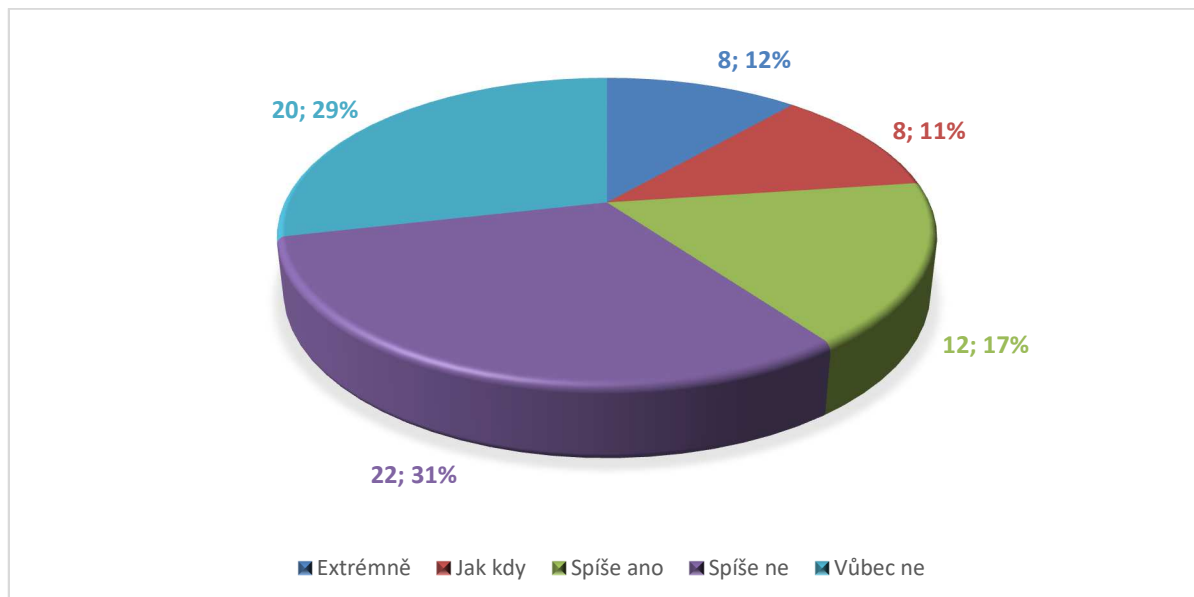
Obrázek 34 zobrazuje výsledky na otázku, zda se nemocní bojí výsledku operace. Odpověď „vůbec ne“ nebo „spíše ne“ označilo 29 (42 %) respondentů. Odpověď „jak kdy“ 21 (30 %) dotázaných. 20 (28 %) nemocných se výsledku operace bojí.



Obrázek 34 : Graf - Bojím se výsledku operace

3.3.12.12 Bojím se smrti

Nejvážnější komplikací operačního výkonu je smrt. Proto mne zajímalo, jak se pacienti obávají smrti v souvislosti s operací. Výsledky jsou znázorněny v Obrázku 35. 42 (60 %) nemocných se smrti nebojí. Možnost „jak kdy“ označilo 8 (11 %) nemocných. 12 (17 %) pacientů, se smrti bojí a 8 (12 %) dokonce „extrémně“.

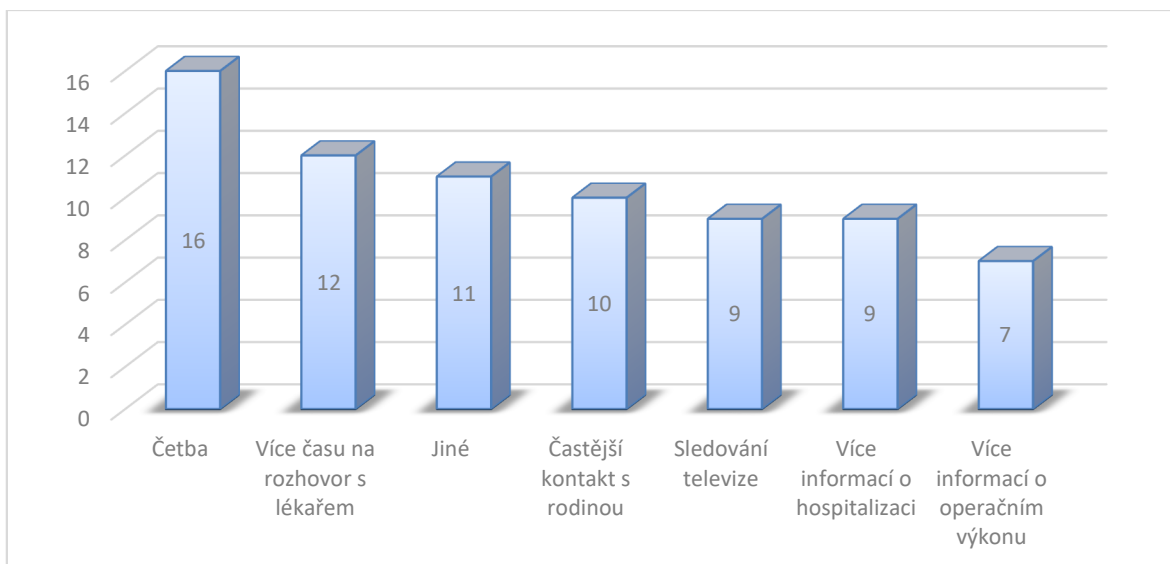


Obrázek 35 : Graf - Bojím se smrti

3.3.13 Co by Vám pomohlo strach snížit?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, co by pacientům pomohlo snížit strach před operací. Bylo zde možné označit i více odpovědí. Nejčastěji pacienti uvedli, že by jim pomohla ke snížení strachu četba, tato možnost byla označena 16x (22 %). Dále více času na rozhovor s lékařem 12x (16 %), častější kontakt s rodinou 10x (14 %) a sledování televize 9x (12 %). Další možnosti znázorněny na Obrázku 36.

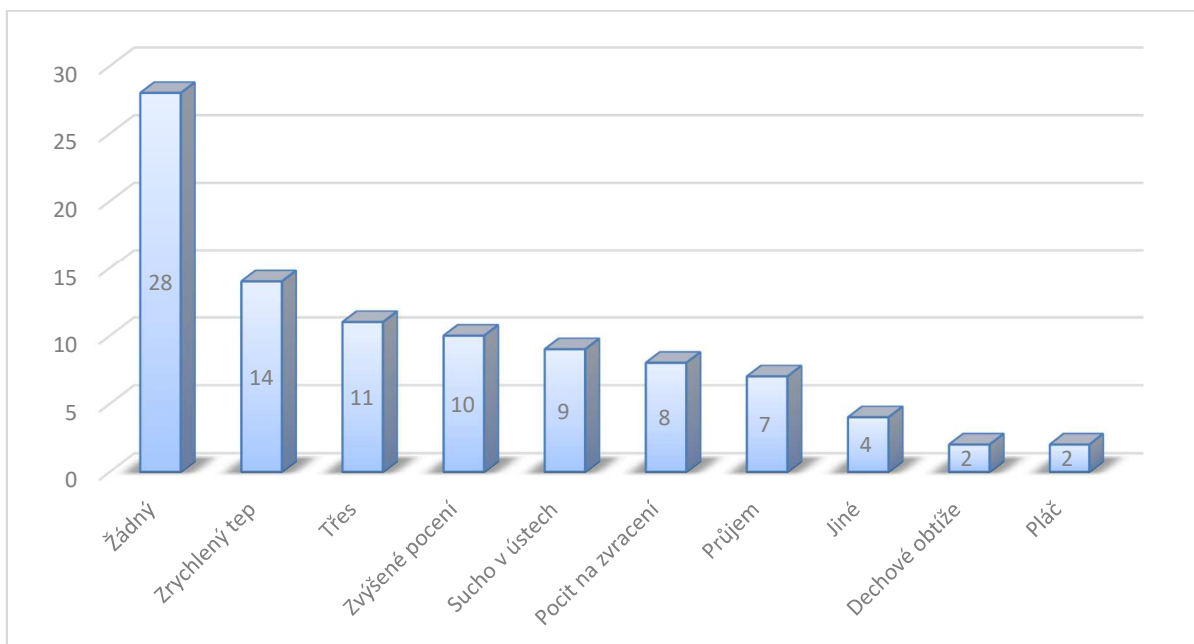
Z možnosti „jiné“ pacienti uváděli např. hudba, léky, aby dlouho nečekali před operací nebo více času na rozhovor se sestrou či jiným odborným zdravotnickým pracovníkem. Dva pacienti uvedli, že by jim nepomohlo strach snížit asi nic, protože jim v těchto situacích připadá přirozený.



Obrázek 36 : Graf - Co by Vám pomohlo strach snížit

3.3.14 Pociťujete některý z následujících projevů?

Obrázek 37 znázorňuje výskyt fyzických projevů strachu a úzkosti u nemocných. Pacienti mohli opět vyplnit i více odpovědí. Nejčastěji označenou odpovědí bylo, že žádný projev nepociťují, to pacienti uvedli 28x, dále pláč 14x (15 %) odpovědí. Dále třes 11x (12 %), zvýšené pocení 10x (11 %) a sucho v ústech 9x (10 %) odpovědí.

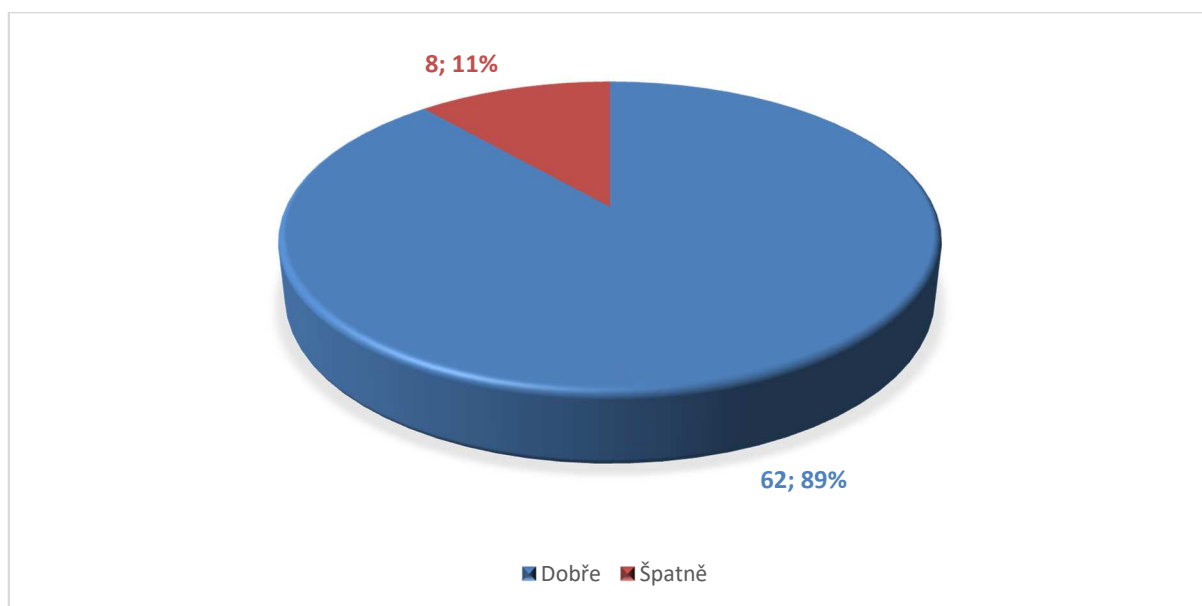


Obrázek 37 : Graf - Pociťujete některý z následujících projevů

Z dalších projevů, které nebyly uvedeny v tabulce, pacienti zmínili nervozitu z důvodu dlouhého čekání na operační výkon, nespavost a pocit, že je jim zima.

3.3.15 Jak jste se před operací vyspal?

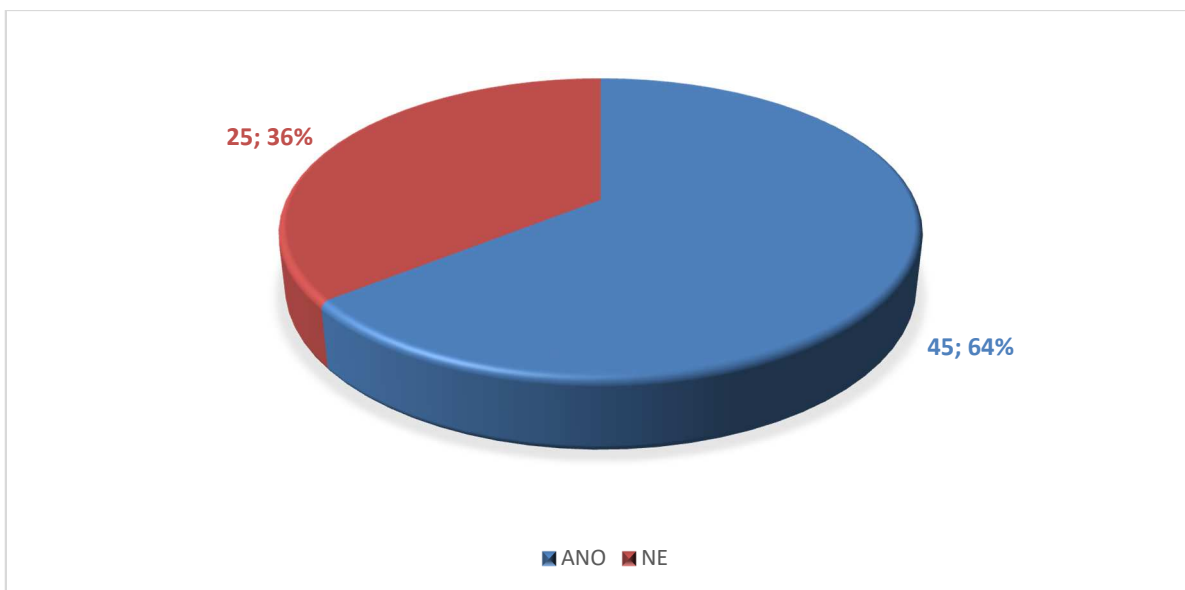
Obrázek 38 zobrazuje výsledky odpovědí na otázku, jak se nemocní den před operací vyspali. 62 (89 %) uvedlo, že se vyspalo „dobře“. 8 (11 %) naopak uvedlo, že se vyspali před operací „špatně“.



Obrázek 38 : Graf - Jak jste se před operací vyspal?

3.3.16 Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit Váš strach před operací?

Další otázkou jsem chtěla zjistit, zda zdravotnický personál pomohl pacientovi strach před operací snížit. 45 (64 %) dotázaných uvedlo, že jim zdravotnický personál pomohl snížit strach před operací. 25 (36 %) nemocných naopak uvedlo, že jim zdravotníci strach před operací snížit nepomohli. Výsledky graficky znázorněny na Obrázku 39.

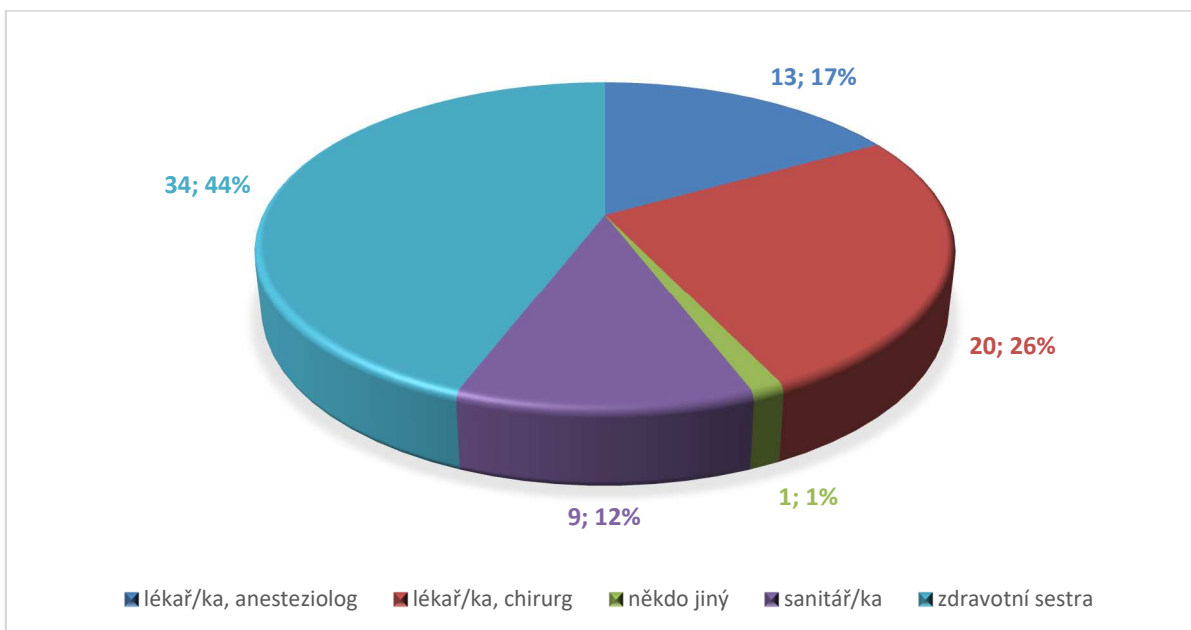


Obrázek 39 : Graf - Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit strach před operací?

3.3.16.1 Pokud ANO, kdo to byl?

Pokud pacienti na předchozí otázku odpověděli ano, ptala jsem se dále, kdo ze zdravotníků jim strach pomohl snížit. Mohli opět zaškrtnout více odpovědí.

Na Obrázku 40 jsou výsledky graficky znázorněny. Nejčastěji označenou možností byla zdravotní sestra, tu pacienti zaškrtnli 34x (44 %). Dále lékař chirurg 20x (26 %), lékař anesteziolog 13x (17 %), sanitář 9x (12 %) a někdo jiný 1x (1 %). Pacient, který vybral možnosti „někdo jiný“ myšlenku dále specifikoval a uvedl, že se jednalo o spolupacienta.



Obrázek 40 : Graf - Kdo Vám pomohl zmírnit Váš strach před operací?

3.3.16.2 Pokud ANO, jakým způsobem?

Pacienti, kteří uvedli, že jim zdravotníci pomohli strach snížit, dále měli prostor na zmínění, jakým způsobem k „uklidnění od zdravotníků“ došlo. Odpovědi byly následující.

Nejčastěji pacienti uváděli optimistický rozhovor, laskavý přístup, optimismus, klidné a rozvážné jednání, klid, poskytnuté informace, trpělivost, úsměv, premedikace, empatie, rozptýlování, vysvětlení operačního výkonu a léky.

3.3.17 Je něco, čeho se obáváte po operaci?

Tato otázka byla otevřená. 32 (46 %) nemocných uvedlo, že se ničeho dalšího po operaci neobává. Nejčastěji pacienti uváděli jako důvod dalších obav strach z bolesti po operaci, obavy z komplikací, obavy, že se operace nepovede, obavy z nevolnosti a zvracení, špatné hojení operační rány, že se o sebe nepostarají, strach z toho, jak jim bude po probuzení, strach ze vzniku kýly v jizvě a strach, jestli tím zdravotní problémy, které doposud měli, zmizí.

4 DISKUZE

Tato diplomová práce se zabývá tématem strach úzkost pacienta před operací. Výzkum probíhal pomocí dotazníku v nemocnici fakultního typu na chirurgických odděleních. Dotazníky byly rozdány pacientům podstupujícím operaci žlučníku nebo tříselné kýly. Celkem bylo získáno 70 plně vyplněných dotazníků. Věkový průměr zkoumaného vzorku byl 49 let, zhruba polovina byla mužů a polovina žen, nejčastěji se jednalo o středoškoláky s maturitou, nekuřáky, většina nemocných byla operována v celkové anestezii.

Stanoveny byly 4 výzkumné otázky a 5 hypotéz.

K porovnání zjištěných dat byly využity následující bakalářské a diplomové práce a zahraniční studie.

Diplomová práce Pavlína Homzové Hodnocení předoperační úzkosti a strachu z roku 2013 z Ostravské univerzity v Ostravě. Cílem práce bylo zhodnotit předoperační úzkost a strach u pacientů s plánovaným operačním výkonem. K hodnocení předoperační úzkosti u nemocných použila také dotazník APAIS. Výzkum probíhal v nemocnici v Moravskoslezském kraji 7/2012-12/2012 a soubor nemocných tvořilo 344 pacientů.

Diplomová práce Pavlína Nestrojilové Problematika anestezie a perioperační péče z pohledu pacientů z roku 2015 z Masarykovy univerzity v Brně.

Diplomová práce Kristýny Kovářové Hodnocení předoperačního strachu u seniorů před plánovanou operací z roku 2017 z Ostravské univerzity v Ostravě. Soubor nemocných tvořilo 332 pacientů chirurgického oddělení a ortopedie, výzkum probíhal 9/2016-12/2016.

Bakalářská práce Petry Mráčkové Zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem z roku 2010 z Univerzity Karlovy v Praze.

Studie Fatma Celik Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score z roku 2018. Výzkum probíhal 5/2016-5/2017 a soubor pacientů byl 637. V této studii byla také zkoumána míra úzkosti a informovanosti před operačním výkonem.

Studie Anne Thushara Matthias Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit z roku 2012. Výzkum probíhal na Srí Lance, zaměřuje na předoperační strach a úzkost nemocných. Studie probíhala v roce 2012 a soubor obsahuje 100 nemocných před operačním výkonem.

Studie Hansjoerg Aust Coping strategies in anxious surgical patients z roku 2016. Výzkum probíhal v Německu a obsahoval 1205 nemocných.

Vyhodnocení výzkumných otázek

První výzkumná otázka: Jakou míru úzkosti mají nemocní před plánovaným operačním výkonem?

Zacharová ve své publikaci uvádí, že přiměřený strach je prospěšný, varuje nás před možným rizikem (Zacharová et al., 2011, s. 143). Míra úzkosti byla zjišťována podle dotazníku APAIS. 1/3 nemocných v mém výzkumu měla klinicky významnou úzkost před operací, 2/3 pak měli úzkost nevýznamnou nebo méně významnou. Homzové (2013) v diplomové práci vyšel výsledek téměř stejný, také 1/3 nemocných měla významnou úzkost dle APAIS a 2/3 nevýznamnou (Homzová, 2013, s. 65).

V mém souboru 70ti nemocných vyšla úzkost z anestezie dle APAIS průměrně 3,9, úzkost před operací pak průměrně 4,84. Ve studii, kterou prováděla Anne Thushara Matthias (2012), vyšla úzkost z anestezie dle APAIS průměrně 4,63. Úzkost z operace vyšla Matthias průměrně 4,17 (Matthias, 2012). V práci Homzové (2013) úzkost z anestezie průměrně 4,06 a úzkost z operace 4,92 (Homzová, 2013, s. 64).

Homzová (2013) ve svém výzkumu také použila dotazník APAIS. Její práce ovšem zahrnovala větší spektrum operačních výkonů, jednalo se o nemocné podstupující operace prsou, gynekologické operace, onkologické operace a chirurgické operace bez onkologické diagnózy. Hodnocení úzkosti dle APAIS pouze u chirurgických nemocným bez onkologické diagnózy (otázky 1+2+4+5) v její práci ukázala průměrnou hodnotu 8,5 (Homzová, 2013, s. 66-67). V mé práci vyšla průměrná hodnota obdobně – 8,74.

Ve všech třech pracích vyšly výsledky velmi podobně a to jak z úzkosti z anestezie tak i úzkosti z operace.

Druhá výzkumná otázka: Čeho konkrétně se nemocní nejvíce obávají?

Z mého výzkumu je patrné, že nejvíce se lidé obávají bolesti po operaci, bojí se jí polovina respondentů. Výsledku operace se obává čtvrtina nemocných, stejně jako zvracení a nevolnosti po operaci a smrti. Strach z bolesti po operaci zkoumala ve své bakalářské práci i Mráčková (2010). Ano nebo spíše ano označila v jejím vzorku také téměř polovina dotazovaných, stejně jako v mém výzkumu (Mráčková, 2010, s. 93). Nemocní se dle mého výzkumu nejvíce obávají právě bolesti po operaci, výsledku operace a smrti. Tato informace může být zkrácená, pacienti

nemuseli strach ze smrti chápat v souvislosti s výkonem, ale obecně. I v práci Homzové (2013) nemocní označovali jako nejobávanější také právě bolest po operaci (Homzová, 2013, s. 62).

Třetí výzkumná otázka: Souvisí prožívání strachu a úzkosti s vybranými proměnnými (pohlaví, věk, předchozí zkušenost s operací, vzdělání, typ operace?)

Hypotéza č. 1

V první hypotéze jsme ověřovali možné souvislosti mezi věkem a prožíváním úzkosti před operací. Nejvíce úzkostných nemocných bylo ve věkové skupině 41-50 let, byla to téměř třetina úzkostných. Výsledkem bylo, že není statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a věkem. Lze tedy konstatovat, že byla podpořena dílčí hypotéza (1Ho), že prožívání předoperační úzkosti nesouvisí s věkem.

Hypotéza č. 2

V druhé hypotéze jsme ověřovali možnou souvislost mezi pohlavím a prožíváním úzkosti před operací. V mém souboru nemocných, kteří vyšli dle APAIS dotazníku jako úzkostní (APAIS více než 11), vyšly $\frac{3}{4}$ žen a $\frac{1}{4}$ mužů. Výsledkem bylo, že je statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a pohlavím. Nulovou hypotézu (2Ho) proto zamítáme.

K výsledku, že jsou úzkostnější ženy, než muži došli i jiní autoři.

Homzová (2013) ve své diplomové práci také zkoumala souvislost mezi pohlavím a prožíváním předoperační úzkosti. I v této práci se potvrdila souvislost mezi pohlavím a úzkostí (Homzová, 2013, 67-68).

Míru úzkosti a informovanost před operací hodnotil ve své studii i Celik (2018). Výzkum probíhal 5/2016-5/2017 a do studie bylo zařazeno 637 pacientů. I v tomto výzkumu vyšlo, že míra strachu a úzkosti je vyšší u žen než u mužů ($p=0,001$)(Celik, 2018).

I Kovářové (2017) se v diplomové práci potvrdilo, že ženy před operací jsou úzkostnější než muži.

Stejný výsledek vyšel i Anne Thushara Matthias na Srí Lance v roce 2012. I v této práci vyšlo, že ženy mají větší strach a jsou úzkostnější než muži (Matthias, 2012).

Ve všech porovnávaných studiích se prokázalo, že existuje souvislost mezi pohlavím a prožíváním strachu a úzkosti před operací. Domnívám se, že by jedním z důvodů tohoto výsledku mohl být fakt, že většina žen snáze vyjádří své emoce. Muži se snaží být na venek

silní a nechtějí přiznat svoji slabost. Ženy jistě v této situaci více myslí na děti a chod rodiny, která může být hospitalizací narušena. To může být pro ženu stresující. Ženy jistě hůře vnímají i estetické hledisko.

Hypotéza č. 3

V třetí hypotéze jsme ověřovali možnou souvislost mezi vzděláním a prožíváním strachu a úzkosti. Téměř 2/3 úzkostných nemocných mělo dokončenou střední odbornou školu s maturitou. Tento výsledek mohl být zkreslen tím, že lidí s tímto typem vzdělání bylo v mém souboru nejvíce. Výsledkem bylo, že není statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a stupněm vzděláním. Lze tedy konstatovat, že byla podpořena dílčí hypotéza (3H₀), že prožívání předoperační úzkosti nesouvisí se vzděláním.

V práci Homzové (2013) se také souvislost vzdělání s prožíváním úzkosti neprokázala. Nejvíce úzkostných v jejím studovaném souboru však bylo u pacientů se základním a středoškolským vzděláním bez maturity (Homzová, 2013, s. 68).

V se studii Ebirim (2011, s. 3) také nevyšel statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti před operací a vzděláním.

Hypotéza č. 4

Ve čtvrté hypotéze jsme ověřovali možnou souvislost mezi typem anestezie a prožíváním strachu a úzkosti. Téměř 4/5 úzkostných nemocných mělo operaci provedenou v celkové anestezii. Tento výsledek mohl být zkreslen tím, že nemocných s tímto typem anestezie bylo v mém souboru nejvíce. Výsledkem bylo, že není statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a typem anestezie. Lze tedy konstatovat, že byla podpořena dílčí hypotéza (4H₀), že prožívání předoperační úzkosti nesouvisí s typem anestezie.

Hypotéza č. 5

V páté hypotéze jsme ověřovali možnou souvislost mezi předchozí zkušeností s operačním výkonem a prožíváním strachu a úzkosti. Z výsledku mého výzkumu vyplývá, že necelé 2/3 úzkostných nemocných (APAIS více než 11) bylo ve skupině nemocných, kteří operaci v minulosti prodělali, a to i přesto, že většina nemocných byla podle předchozí zkušenosti spokojena se zdravotnickým zařízením, se zdravotnickým personálem, s kvalitou zdravotnické péče i s vlastním operačním výkonem. Výsledkem bylo, že je statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a předchozí zkušeností. Nulovou hypotézu (5H₀) proto zamítáme.

Dle výsledků v jiných studiích jsem očekávala výsledek opačný. Můj výsledek může být ovlivněn i ne příliš velkým souborem nemocných.

V práci Homzové (2013) vyšla větší míra úzkosti u nemocných, kteří v minulosti zkušenost s operačním výkonem neměli. Souvislost předchozí zkušenosti a prožívání strachu a úzkosti se tedy potvrdila (Homzová, 2013, s. 70-71).

V diplomové práci Kovářové (2017) vyšla největší míra úzkosti u nemocných, kteří v minulosti operaci prodělali a měli s ní špatnou zkušenost. Nemocní, kteří v minulosti operaci prodělali a měli dobrou zkušenost a nemocní, kteří operaci dosud neprodělali, měli míru úzkosti téměř stejnou (Kovářová, 2017, s. 73-74).

Čtvrtá výzkumná otázka: Jakou potřebu informovanosti mají pacienti před plánovaným operačním výkonem?

Potřeba informovanosti byla zjišťována pomocí APAIS dotazníku. Dle výsledků mého výzkumu je patrné, že 1/3 nemocných nemá žádnou potřebu dalších informací, 1/3 má průměrnou potřebu informací a vysokou potřebu dalších informací měla také 1/3 nemocných. Nemocní, kteří v mém studovaném souboru neměli potřebu dalších informací, měli i nižší míru úzkosti. Míra úzkosti u dobře informovaných nemocných je 6,28, v celém souboru je pak míra úzkosti vyšší - 8,74. Z tohoto lze usuzovat, že dostatečná edukace zdravotnickými pracovníky, sestrami, lékaři, ale například i sanitáři je ta správná cesta ke snížení předoperační úzkosti nemocných. Lékaři i sestry by si měli udělat čas na rozhovor s nemocným, aktivně se ho dotazovat, zda všemu porozuměl, zda nemá dalších otázek a dát mu prostor na vyjádření svých obav. Toto je patrné i z velké studie prováděné Austem v Německu, která obsahovala 1205 nemocných s vysokou předoperační úzkostí, kde 2/3 nemocných uvedla, že by jim více informací pomohlo lépe se vyrovnat s předoperační úzkostí (Aust, 2016).

Potřeba informovanosti ve studii Anne Thushara Matthias (2012) byla průměrně 7,49 (Matthias, 2012). V mém souboru se pacienti cítí být informováni lépe, dle APAIS 5,64.

Na otázku, od koho pacienti získávali nejčastěji informace, byla nejčastější odpovědí lékař chirurg (68x) dále lékař anesteziolog (50x) a sestra (24x). Poměrně malý počet pacientů uvedl, že získával informace od sester a to i přesto, že sestra provází nemocného po celou dobu hospitalizace. I přesto, že sestru jako zdroj informací uvedlo tak málo nemocných, je to právě sestra, kterou nemocní nejčastěji uváděli jako toho zdravotníka, který jim pomáhal zmírnit strach před operací.

Nemocní v mém souboru cítili být lépe informování než nemocní v souboru Matthias (2012), a to i přesto, že pouze 47 nemocných ze 70ti bylo chirurgem poučeno tak, jak by mělo být. Jeden nemocný obdržel od chirurga informovaný souhlas pouze k podpisu, a šest nemocných uvedlo, že je takto „poučil“ anesteziolog. Přitom pravidla pro podávání informovaného souhlasu jsou jasná. Nemocný musí být srozumitelně seznámen v dostatečné míře se svým zdravotním stavem, s navrhovaným postupem a musí mu být umožněno klást lékaři otázky, které musí být lékařem srozumitelně zodpovězeny. Zdravotnický pracovník, který pacienta poučoval, by o tom měl provést i záznam do zdravotnické dokumentace

Nestrojilová (2015) ve své diplomové práci zkoumala, zda pacienti podstupující chirurgický operační výkon znají jméno lékaře, který je bude operovat. Dle výsledků její práce vyšlo, že 91 % nemocným jméno lékaře zná a 9 % nezná (Nestrojilová, 2015, s. 46). V mém výzkumu vyšly výsledky hůře. Jméno chirurga nezná 23 % nemocných a jméno chirurga zná 77 % nemocných. Důvodem tohoto výsledku může být fakt, že se lékař nemocnému nepředstaví, pacient před operací je ve stresu a chirurgovo jméno může také snadno zapomenout.

5 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zaměřuje na hodnocení strachu a úzkosti u nemocných před plánovaným chirurgickým výkonem. Cílem práce bylo zjistit, v jaké míře nemocní podstupující plánovaný operační výkon prožívají úzkost, čeho se nejčastěji obávají a zda mají dostatek informací. Zjistit, zda úzkost souvisí s předchozí zkušeností s operací, s pohlavím, s vzděláním, s věkem nebo s typem anestezie. Zjistit, jestli pacientům pomohl zdravotnický personál zmírnit strach před operací, případně jakým způsobem.

Z výsledku mého výzkumu je patrné, že skupina nemocných, kteří se cítili být velmi dobře informováni, měli i menší míru úzkosti než nemocní, kteří měli potřebu dalších informací větší. Z tohoto lze usuzovat, že dostatečná edukace zdravotnickými pracovníky, sestrami, lékaři, ale například i sanitáři je ta správná cesta ke snížení předoperační úzkosti nemocných. Lékaři i sestry by si měli udělat čas na rozhovor s nemocným, aktivně se ho dotazovat, zda všemu porozuměl, zda nemá dalších otázek a dát mu prostor na vyjádření svých obav.

Vzdělání, věk ani typ anestezie nemá dle výsledků mého výzkumu statisticky významný vliv na prožívání úzkosti před operací. Naopak významný vliv na prožívání úzkosti má pohlaví, a to jak v mé práci, tak i v pracích jiných autorů.

Předchozí zkušenost dle mé práce má vliv na prožívání úzkosti před operací. Úzkostnější v mém vzorku byli ti nemocní, kteří předchozí výkon podstoupili. Toto je však v rozporu s ostatními výzkumy, kde byli úzkostnější ti nemocní, pro které byla operace první zkušeností.

Nejvíce se nemocní obávali bolesti po operaci, zvracení a nevolnosti a výsledku samotné operace. Domnívám se, že i tyto výsledky by s lepší edukací od lékařů mohli vyjít o poznání lépe.

Informace nejčastěji nemocní získávali od lékařů. Nejvíce od chirurgů a poté od anesteziologů. Rezervy jsou patrné ve způsobu podávání informovaných souhlasů.

Zdravotnický personál pomoc snížit strach a úzkost před operací 2/3 nemocných. Nejčastěji to byla zdravotní sestra, a to rozhovorem a pozitivním přístupem.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Literární zdroje

1. BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
2. BOUČEK, Jaroslav. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 141 s. ISBN 80-244-1501-1.
3. FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT, Tomáš DĚDEK-editoři. *Chirurgie v kostce: 2. doplněné a přepracované vydání*. Praga: Grada Publishing, 2015. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
4. HONZÁK, Radkin et al. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 132 s. ISBN 80-7262-377-X.
5. JANÍKOVÁ, Eva, Renata ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
6. IRMIŠ, Felix. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014. 139 s. ISBN 978-80-7492-130-8.
7. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
8. KALA, Zdeněk, Vladimír PROCHÁZKA a kol. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2010. 237 s. ISBN 978-80-7013-519-8.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
10. NICHOLLS, Anthony, Iain WILSON. *Perioperační medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 370 s. ISBN 80-7262-320-6.
11. PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, seberřízení a stres 3. doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
12. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK, Jan MACH et al. *Informovaný souhlas*. 1. vyd. Praha: Galén. 2017. 327 s. ISBN 978-80-7492-334-0.
13. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 191 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
14. SEIDLOVÁ, Dagmar, Petr ŠTOURACĚK a kol. *Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. 251 s. ISBN 978-80-204-4857-6.
15. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8
16. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 224 s. ISBN 978-80-247-9885-1.
17. VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. 396 s. ISBN 978-80-247-1315-1.

18. WICHISOVÁ, Jana a kol. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
19. ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Periodické zdroje

1. FILIPOVÁ, Monika., POKOJOVÁ, Radka. Předoperační bezpečnostní proces - úskalí implementace. *In Sestra*. 2011, roč. 21, č. 2, s. 34. ISSN 1210-0404.
2. GULÁŠOVÁ, Ivica a kol. Zvládání strachu pacienta před operací. *In Sestra*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 42-43. ISSN 1210-0404.
3. HOŠKOVÁ, Monika. Práce sestry před celkovou anestezií. *In Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 64-64. ISSN 1210-0404.
4. HOŠKOVÁ, Pavlína. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. *In Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 28. ISSN 1210-0404.
5. MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *In Sestra*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
6. PÁLENÍKOVÁ, Květa, PROSECKÁ, Martina. Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *In Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
7. WICHISOVÁ, Jana. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *In Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 43-44. ISSN 1210-0404.
8. ZELENÍKOVÁ, R., HOMZOVÁ, P., HOMZA, M. a BUŽGOVÁ, R. Validity and Reliability of the Czech Version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *JOURNAL OF PERIANESTHESIA NURSING*. 2017, č. 32, s. 429-437. ISSN 1089-9472.

Elektronické zdroje

1. AUST, Hansjoerg, Dirk RUSCH, Maike SCHUSTER, Theresa STURM, Felix BREHM a Yvonne NESTORIUC. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research* [online]. 2016 [cit. 2019-01-25] s. 1-10. DOI 10.1186/s12913-016-1492-5. Dostupné z:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941033/pdf/12913_2016_Article_1492.pdf
2. CELIK, Fatma, Ipek EDIPOGLU. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European Journal of Medical Research* [online]. 2018 [cit. 2019-01-25]. DOI: 10.1186/s40001-018-0339-4. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131845/>

3. EBIRIM, L., TOBIN, M. Factors Responsible For Pre-Operative Anxiety In Elective Surgical Patients At A University Teaching Hospital: A Pilot Study. *The Internet Journal of Anesthesiology*. 2010;29(2):1-6.
4. KUTÍLKOVÁ, Pavlína. *Bezpečnost pacientů na Oddělení centrálních sálů a sterilizace Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online] 2013 [cit. 2019-01-20]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/ocss/aktuality/vydani-brozurky-pro-pacienty-bezpecnost-pacientu-ocss>
5. MATTHIAS, Anne Thushara, Dharmanbandhu Nandadeva SAMARASEKERA. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Science Direct* [online]. 2012 [cit. 2019-01-25]. DOI: 10.1016/j.aat.2012.02.004. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875459712000057?via%3Dihub>

Diplomové práce

1. HOMZOVÁ, Pavlína. *Hodnocení předoperační úzkosti a strachu*. Ostrava, 2013. Diplomová práce. Ostravská univerzita v Ostravě.
2. KOVÁŘOVÁ, Kristýna. *Hodnocení předoperačního strachu u seniorů před plánovanou operací*. Ostrava. 2017. Diplomová práce. Ostravská univerzita.
3. MRÁČKOVÁ, Petra. *Zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem*. Praha. 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.
4. NESTROJILOVÁ, Pavlína. *Problematika anestezie a perioperační péče z pohledu pacientů*. Brno, 2015. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i>	73
-----------------------------------	----

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

Jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a studuji navazující magisterský obor Perioperační péče.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož cílem je zjistit, co pacienti prožívají před operací.

Dotazník je anonymní, jeho výsledky budou sloužit ke zpracování diplomové práce na téma Strach a úzkost před operací.

Děkuji za Vaši ochotu.

Bc. Michaela Riegerová

A. Dotazník (pacient vyplní **PŘED** operací)

1. Odkud jste získával informace k Vaší operaci? (možno více odpovědí)
 - Lékař, chirurg – formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu
 - Lékař, chirurg – pouze formou rozhovoru
 - Lékař, chirurg – pouze přečtení Poučení o zdravotním výkonu
 - Lékař, anesteziolog – formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu – anestezii (narkóze)
 - Lékař, anesteziolog – pouze formou rozhovoru
 - Lékař, anesteziolog – pouze přečtení Poučení o zdravotním výkonu – anestezii (narkóze)
 - Anesteziologická sestra
 - Zdravotní sestra na oddělení
 - Zdravotní sestra na operačním sále
 - Internet
 - Literatura
 - V poradně, ambulanci
 - Od obvodního lékaře
 - Jinde, uveďte kde
 -

2. Znáte jméno lékaře (chirurga), který Vás bude operovat?
- Ano
 - Ne
3. K jakému výkonu jste byl/a přijat/a?
- Klasická operace tříselné kýly
 - Laparoskopická operace tříselné kýly
 - Klasická operace žlučníku
 - Laparoskopická operace žlučníku
4. V jaké anestezii (narkóze) bude Vaše operace provedena?
- Celková
 - Spinální (vpich do zad; pouze klasická operace tříselné kýly)
5. Prodělal jste v minulosti operaci?
- ANO
 - NE

5b) Pokud ANO, zaškrtněte prosím na škále, jakou jste měl zkušenost. Možnost obodovat 1-5 body. 1= spokojen, 2= spíše spokojen, 3= nevím, 4= spíše nespokojen, 5= nespokojen.

	Spokojen	Spíše spokojen	Nevím	Spíše nespokojen	Nespokojen
	1	2	3	4	5
Se zdravotnickým personálem					
Se zdravotnickým zařízením (zázemí, jídlo, apod)					
S kvalitou zdravotnické péče					
S vlastním operačním výkonem					

6. Jak se cítíte být informován o všem, co souvisí s operací? (zakroužkujte na škále)

Velmi dobře	Dobře	Ani dobře, ani špatně	Spíše špatně	Velmi špatně
1	2	3	4	5

7. Uveďte, jak hodně se bojíte následujících situací. Vaši odpověď zakřížkujte na škále.

	Vůbec ne	Spíše ne	Jak kdy	Spíše ano	Extrémně
	1	2	3	4	5
Bojím se anestezie (narkózy).					
Neustále myslím na anestezii (narkózu).					
Chtěl/a bych vědět co nejvíce o anestezii (narkóze).					
Bojím se operace.					
Neustále myslím na operaci.					
Chtěl/a bych vědět co nejvíce o operaci.					
Bojím se bolesti během operace.					
Bojím se bolesti po operaci.					
Bojím se, jak se budu chovat po probuzení.					
Bojím se probuzení během operace.					
Bojím se, že se neprobudím.					
Bojím se zvracení a nevolnosti po operaci.					
Bojím se hospitalizace na JIP.					
Bojím se, že anesteziolog nebude zkušený.					

Bojím se porušení intimity.					
Bojím se neznámého prostředí sálu.					
Bojím se výsledku operace.					
Bojím se smrti.					
Bojím se... (uveďte, pokud Vás trápí něco, co v tabulce není uvedeno)					

8. Pokud jste uvedl, že se něčeho bojíte, uveďte prosím, co by Vám pomohlo strach snížit?

- Více informací o hospitalizaci
- Více informací o operačním výkonu
- Více času na rozhovor s lékařem
- Četba
- Sledování televize
- Častější kontakt s rodinou
- Jiné (prosím uveďte)
-
-

9. Pociťujete některé z následujících projevů? Označte (možno více odpovědí).

- Třes
- Zvýšené pocení
- Dechové obtíže
- Zrychlený tep
- Pocit na zvracení
- Pláč
- Průjem
- Bolesti na hrudi
- Sucho v ústech
- Žádný z projevů nepociťuji
- Jiné (prosím uveďte)

B. Dotazník (pacient vyplní **PO** operaci)

1. V kolik hodin jste se dostal/a na operační sál? (prosím uveďte).....

2. Jak jste se před operací vyspal?

- Dobře
- Špatně, nevyspal jsem se

3. Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit Váš strach před operací?

- ANO
- NE

3/a Pokud byla odpověď ANO, kdo to byl? (vyberte toho, kdo Vám pomohl nejvíce)

- lékař/ka, chirurg
- lékař/ka, anesteziolog
- zdravotní sestra
- sanitář/ka
- někdo jiný, prosím doplňte kdo.....

3/b Jakým způsobem Vám dotyčný/dotyčná pomohl zmírnit Váš strach před operací?

.....

.....

.....

4. Je něco, čeho se obáváte po operaci? Prosím uveďte.

.....

.....

.....

5. Jaký je Váš věk?

6. Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

7. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Střední odborné bez maturity, střední odborné učiliště
- Střední odborné s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

8. Kouříte?

- Ano
- Příležitostně
- Ne

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Michaela Riegerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Strach a úzkost pacienta před operací

Michaela Riegerová

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Riegerová**
Osobní číslo: **Z17237**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Název tématu: **Strach a úzkost pacienta před operací**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

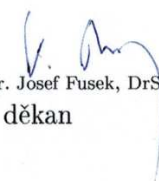
1. **JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetrovatelská péče v chirurgii : pro bakalářské a magisterské studium. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.**
2. **JEDLIČKOVÁ, J. Ošetrovatelská perioperační péče. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.**
3. **SCHNEIDEROVÁ, M. Perioperační péče. 1.vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.**
4. **WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P. a kol. Sestra a perioperační péče. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.**
5. **ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.**

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


Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci 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., autorský zákon, 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. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29. 04. 2019

Michaela Riegerová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za odborné vedení práce, laskavý přístup a poskytování rad. Dále děkuji sestřám z chirurgických oddělení za pomoc při rozdávání dotazníků pacientům v době mé nepřítomnosti. V neposlední řadě patří můj dík mé rodině.

ANOTACE

Diplomová práce je tvořena ze dvou částí. První část je teoretická a je rozčleněna do několika kapitol. Zabývá se dělbou operačních výkonů, přípravou pacientů k operaci, popis jak probíhají operační výkony u zkoumaných nemocných – plastika tříselné kýly a operace žlučníku. Dále definice strachu, důvody, proč se hospitalizovaní nemocní bojí, jak vnímají hospitalizaci. Další kapitoly se věnuje úzkosti, měření a hodnocení strachu a úzkosti, metodám na snižování strachu a úzkosti.

Druhá část je výzkumná a vyhodnocuje data získaná na základě dotazníkového šetření. Cílem bylo zjistit, zda nemocní podstupující plánovaný operační výkon (plastika tříselné kýly, cholecystektomie – odstranění žlučníku) prožívají úzkost před operací a čeho se nejčastěji obávají. Zjistit, jestli úzkost souvisí s předchozí zkušeností s operací, s pohlavím, s vzděláním, s věkem nebo typem anestezie. Zjistit, jestli zdravotnický personál pomohl nemocným zmírnit strach před operací a zjistit, odkud pacienti nejčastěji získávali informace k operaci a zda se cítí být dostatečně informováni.

KLÍČOVÁ SLOVA

strach, úzkost, operační výkon, dotazník APAIS

TITLE

Patient fear and anxiety before surgery

ANNOTATION

The thesis consists of two parts. The first part is theoretical and is divided into several chapters. It deals with the division of surgical procedures, the preparation of patients for surgery, the description of how surgical procedures are performed in the examined patients - inguinal hernia and gallbladder surgery. Furthermore, the definition of fear, the reasons why hospitalized patients fear how they perceive hospitalization. The next chapters deal with anxiety, measurement and evaluation of fear and anxiety, methods for reducing fear and anxiety.

The second part is research and evaluates data obtained on the basis of questionnaire survey. The aim was to find out whether patients undergoing planned surgery (inguinal hernia sculpture, cholecystectomy - gallbladder removal) experience anxiety before surgery and what they most often fear. Find out if anxiety is related to previous experience with surgery, sex, education, age or type of anesthesia. Find out if the medical staff has helped the patients alleviate the fear of surgery and find out where the patients most often have been getting information about the operation and whether they feel sufficiently informed.

KEYWORDS

fear, anxiety, operation, APAIS questionnaire

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
1.1 Dílčí cíle.....	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Operační výkon.....	13
2.1.1 Dělení operačních výkonů.....	13
2.1.2 Cholecystektomie.....	14
2.1.3 Plastika tříselné kýly.....	15
2.1.4 Příprava před plánovaným operačním výkonem.....	16
2.2 Strach.....	18
2.2.1 Definice strachu.....	18
2.2.2 Důvody strachu hospitalizovaných.....	19
2.2.3 Vnímání hospitalizace.....	19
2.3 Úzkost.....	20
2.4 Strach a úzkost před operací.....	20
2.5 Měření a hodnocení strachu a úzkosti.....	22
2.6 Metody na snižování strachu a úzkosti před operací.....	23
2.6.1 Psychologické působení na pacienta.....	23
2.6.2 Poskytování informací.....	24
2.6.3 Muzikoterapie.....	26
2.6.4 Premedikace.....	26
2.6.5 Další techniky.....	27
2.6.6 Pacient na operačním sále.....	27
3 Výzkumná/průzkumná část.....	29
3.1 Výzkumné otázky.....	29
3.2 Metodika výzkumu.....	29

3.2.1	Soubor respondentů	29
3.2.2	Výzkumný nástroj.....	30
3.2.3	Metoda sběru dat.....	31
3.2.4	Metoda analýzy dat.....	31
3.3	Analýza získaných dat.....	31
3.3.1	APAIS dotazník	31
3.3.2	Věk.....	34
3.3.3	Pohlaví	37
3.3.4	Kouříte?	38
3.3.5	Nejvyšší dosažené vzdělání	39
3.3.6	K jakému operačnímu výkonu jste byl přijat/přijata?.....	40
3.3.7	V jaké anestezii (narkóze) bude Vaše operace provedena?	41
3.3.8	Odkud jste získával informace k Vaší operaci?	43
3.3.9	Znáte jméno lékaře?.....	45
3.3.10	Prodělal jste v minulosti operaci?	46
3.3.11	Jak se cítíte být informován?	49
3.3.12	Strach z jednotlivých situací	50
3.3.13	Co by Vám pomohlo strach snížit?.....	57
3.3.14	Pocítujete některý z následujících projevů?	58
3.3.15	Jak jste se před operací vyspal?	59
3.3.16	Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit Váš strach před operací?.....	59
3.3.17	Je něco, čeho se obáváte po operaci?	61
4	Diskuze	62
5	Závěr	68
6	Použitá literatura	69
	Elektronické zdroje	70
7	Přílohy.....	72

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 : Graf - Věk respondentů	35
Obrázek 2 : Graf - Věk respondentů versus úzkost	35
Obrázek 3 : Graf - Pohlaví respondentů	37
Obrázek 4 : Pohlaví respondentů versus úzkost	37
Obrázek 5 : Graf - Kouříte?	38
Obrázek 6 : Graf - Nejvyšší dosažené vzdělání	39
Obrázek 7 : Vzdělání versus úzkost.....	39
Obrázek 8 : Graf - Typ operačního výkonu	41
Obrázek 9 : Graf - Typ anestezie	41
Obrázek 10 : Graf - Typ anestezie versus úzkost	42
Obrázek 11 : Graf - Odkud jste získával informace k operaci.....	43
Obrázek 12 : Graf - Informace od lékaře chirurga.....	44
Obrázek 13 : Graf - Informace od lékaře anesteziologae	44
Obrázek 14 : Graf - Informace od zdravotní sestry	45
Obrázek 15 : Graf - Znáte jméno chirurga.....	45
Obrázek 16 : Graf - Prodělal jste v minulosti operaci?.....	46
Obrázek 17 : Graf - Prodělal jste v minulosti operaci versus úzkost.....	46
Obrázek 18 : Graf - Zkušenost se zdravotnickým personálem	48
Obrázek 19 : Graf - Zkušenost se zdravotnickým zařízením.....	48
Obrázek 20 : Graf - Zkušenost s kvalitou zdravotnické péče	49
Obrázek 21 : Graf - Zkušenost s vlastním operačním výkonem.....	49
Obrázek 22 : Graf - Jak se cítíte být informován?	50
Obrázek 23 : Graf - Čeho se lidé nejvíce obávají?	51
Obrázek 24 : Graf - Bojím se bolesti během operace	51
Obrázek 25 : Graf - Bojím se bolesti po operaci	52
Obrázek 26 : Graf - Bojím se jak se budu chovat po probuzení.....	52
Obrázek 27 : Graf - Bojím se probuzení během operace.....	53
Obrázek 28 : Graf - Bojím se, že se neprobudím.....	53
Obrázek 29 : Graf - Bojím se zvracení a nevolnosti po operaci	54
Obrázek 30 : Graf - Bojím se hospitalizace na JIP	54
Obrázek 31 : Graf - Bojím se, že anesteziolog nebude dost zkušený	55
Obrázek 32 : Graf - Bojím se porušení intimity	55

Obrázek 33 : Graf - Bojím se neznámého prostředí operačního sálu	56
Obrázek 34 : Graf - Bojím se výsledku operace	56
Obrázek 35 : Graf - Bojím se smrti.....	57
Obrázek 36 : Graf - Co by Vám pomohlo strach snížit	58
Obrázek 37 : Graf - Pociťujete některý z následujících projevů	58
Obrázek 38 : Graf - Jak jste se před operací vyspal?	59
Obrázek 39 : Graf - Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit strach před operací?	60
Obrázek 40 : Graf - Kdo Vám pomohl zmírnit Váš strach před operací?	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - APAIS výsledky jednotlivě	32
Tabulka 2 - APAIS výsledky kategorie úzkost a informovanost.....	32
Tabulka 3 - APAIS úzkost rozdělení + informovanost.....	33
Tabulka 4 - APAIS hodnocení úzkosti	33
Tabulka 5 - APAIS výsledky potřeby informací	33
Tabulka 6 - APAIS výsledky potřeby informací shrnutí	34
Tabulka 7 - APAIS u dobře informovaných nemocných	34
Tabulka 8 – Chí-kvadrát test věk	36
Tabulka 9 – Chí-kvadrát test pohlaví.....	38
Tabulka 10 – Chí-kvadrát test vzdělání	40
Tabulka 11 – Chí-kvadrát test typ anestezie	42
Tabulka 12 – Chí-kvadrát test předchozí zkušenost	47

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

APAIS	The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
BAI	Beck Anxiety Inventory (Beckův inventář úzkosti)
STAI	State Trait Anxiety Inventory for Adults
VAS	Visual Analogue Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ASA	American Society of Anesthesiologists
GAS	Goal Attainment Scaling
HARS	The Hamilton Anxiety Rating Scale
ZŠ	základní škola
SOU	střední odborné učiliště
SOŠ	střední odborná škola
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola

ÚVOD

Strach je nepříjemný pocit, kterým reagujeme na nějaké ohrožení. Operace pro nemocného ohrožením jistě je (Zacharová et al., 2011, s. 143). Pacienti vnímají strach a úzkost před operací bez ohledu na typ a velikost operačního výkonu (Janíková et al., 2013, s. 84).

U úzkosti převažují neurčité pocity napětí. Nemocný má strach, ale neví, čeho konkrétně se bojí. K pocitu úzkosti stačí pouze představa nějakého ohrožení (Janíková et al., 2013, s. 83).

Mezi hlavní rizika předoperační úzkosti patří onkologické onemocnění v anamnéze, psychiatrická diagnóza, úzkostné rysy, kouření, ženské pohlaví, vzdělání a celkový fyzický stav nemocného. Mezi sociodemografické faktory, které ovlivňují předoperační úzkost, patří věk nemocného, pohlaví, partnerský vztah a vzdělání (Janíková et al., 2013, s. 84).

Strach a úzkost se dá podle několika jednoduchých dotazníků a škál měřit a hodnotit. Pro tuto diplomovou práci jsem si vybrala škálu APAIS (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale). Škála hodnotí jak úzkost před operací, tak úzkost z anestezie a také potřebu informovanosti (Janíková et al., 2013, s. 86). Tato škála je schválena etickou komisí, poprvé byla použita v Nizozemsku, poté v Německu a běžně se používá k hodnocení strachu a úzkosti před operací v Itálii, Japonsku, Mexiku, Thajsku, Koreji, Thajsku nebo v Turecku (Homzová, 2013, s. 29-30). Ve studii, která byla publikována v roce 2017 v recenzovaném časopise *Journal of PeriAnesthesia Nursing* zaměřujícím se na platnost a spolehlivost české verze APAIS (Validity and Reliability of the Czech Version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) je závěrem uvedeno, že APAIS je užitečným nástrojem pro měření předoperační úzkosti u českých pacientů podstupujících elektivní operaci (Zeleníková et al., 2017, s. 437).

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, zda nemocní podstupující plánovaný operační výkon prožívají úzkost, čeho se nejvíce obávají a zda mají dostatek informací.

1.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda úzkost souvisí s předchozí zkušeností s operací, s pohlavím, s vzděláním, s věkem nebo s typem anestezie.
2. Zjistit, jestli pacientům pomohl zdravotnický personál zmírnit strach před operací, případně jakým způsobem.
3. Zjistit, odkud pacienti informace o operaci získávali a zda se cítí být dostatečně informováni.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části bych chtěla vysvětlit terminologii, co je to operační výkon, jak můžeme operace dělit, jak se pacient připravuje k plánovaným operacím, jak se provádějí operace žlučníku a tříselné kýly, co je to strach, úzkost a jak můžeme strach a úzkost měřit a také zmírňovat.

2.1 Operační výkon

Operace, operační výkon nebo také chirurgický výkon je významným zákrokem do lidského těla. Přistupujeme k němu z důvodů léčebných (terapeutických) nebo z důvodů vyšetřovacích (diagnostických).

2.1.1 Dělení operačních výkonů

Operační výkony lze rozdělit podle několika kritérií. Rozlišujeme výkony ambulantní (bez nutnosti hospitalizace) a výkony prováděné za hospitalizace (tyto výkony vyžadují přípravu pacienta před operací a monitoraci fyziologických funkcí).

Dále dělíme výkony z pohledu naléhavosti jejich provedení na výkony plánované (elektivní), akutní operační výkony a urgentní operační výkony (tyto operace musí být provedeny okamžitě, pacient je ohrožen na životě např. z důvodu tepenného krvácení). K elektivním výkonům patří např. odstranění žlučníku (cholecystektomie) a operace kýly, kterým se blíže věnuje moje diplomová práce.

Z hlediska operační taktiky dělíme výkony na jednodobé (pacientův problém je vyřešen během jedné operace, např. cholecystektomie, appendektomie, aj.) a vícedobé (u těchto výkonů musí chirurg rozvrhnout a naplánovat časový sled a plán operačních výkonů, problém nelze vyřešit během jedné operace, velmi často se jedná o výkony v plastické chirurgii).

Dále dělíme výkony na diagnostické a terapeutické. Důvodem diagnostických operačních výkonů je zjištění důvodu obtíží, které pacient má a na které se nepřišlo jinými diagnostickými metodami. Terapeutické výkony nebo také léčebné mají za úkol vyřešit pacientův problém, který už je předem známý, diagnostikovaný. Jedná se např. o operace kýl, odstranění nádoru, odstranění žlučníku aj.

A nakonec dělíme výkony na krvavé a nekrvavé. U krvavých výkonů začínáme řezem, který vede ke krvácení a u nekrvavých výkonů neporušujeme kožní kryt pacienta (jedná se např. o endoskopické výkony či repozice) (Schneiderová, 2014, s. 19-20).

2.1.2 Cholecystektomie

Cholecystektomie je odstranění žlučníku. Provádí se v celkové anestezii buď klasicky nebo laparoskopicky. Nejčastější indikací pro tuto operaci je cholecystolithiasa – přítomnost kamenů ve žlučníku.

2.1.2.1 Cholecystektomie klasicky

Klasická cholecystektomie se zpravidla provádí ze subkostálního řezu vpravo. Chirurg pronikne do dutiny břišní. Poté rozruší případné srůsty mezi žlučníkem a omentem. Pokud je žlučník hodně zvětšený, předchází samotnému odstranění jeho punkce punkční jehlou a odsátí obsahu žlučníku do stříkaček. Poté se přistoupí k odstraňování žlučníku. To může probíhat antegrádně (od fundu k cystiku) nebo retrográdně (v tomto případě lékař nejprve přeruší ductus cysticus (vývod žlučníku) a arteria cystica (žlučnicková tepna) a poté se žlučník uvolní z jaterního lůžka buď koagulací, tahem nebo nůžkami). Ductus cysticus a arteria cystica vypreparujeme, pomocí kelly peánů přerušíme a podvážeme, případně naložíme propichovou ligaturu. Po odstranění žlučníku vložíme do jaterního lůžka teplou roušku nebo longetu. Po chvíli ji odstraníme, provedeme kontrolu krvácení a jeho ošetření elektrokoagulací nebo opichem jaterního lůžka. Na závěr můžeme provést suturu lůžka parenchymatózním stehem.

Pokud při operaci dojde k protržení žlučníku a vysypání kamenů do dutiny břišní je nutné všechny kameny odstranit, protože mohou být příčinou vzniku pooperačních abscesů v dutině břišní.

Do podjaterní krajiny k lůžku po žlučníku zavedeme silikonový drén, přepočítáme použitý materiál a provedeme suturu laparotomie (Kala et al., 2010, s. 108-110).

2.1.2.2 Cholecystektomie laparoskopicky

V dnešní době laparoskopická cholecystektomie naprosto převládá před tou klasickou.

Operace začíná krátkým řezem nad pupkem. Tudy se zavede do dutiny břišní Veressova jehla, pomocí které dojde k nafouknutí (insuflaci) oxidem uhličitým. Vzniká takzvané kapnoperitoneum. Po nafouknutí se Veressova jehla odstraní a zavede se 10mm port na optiku nebo videolaparoskop. Provede se obhlídka dutiny břišní a provedou se ještě další 2-3 5mm řezy na pracovní porty. Pacient se napolohuje hlavou nahoru. Asistent uchopí žlučník klinčem za fundus a tahá ho kraniálně. Operatér pomocí klinče a disektoru preparuje struktury v Calotově trojúhelníku. Po ozřejmění ductu cystiku a arteria cystica jsou tyto struktury dvojité klipovány a přerušeny. Dále se žlučník retrográdně odstraní z lůžka pomocí koagulačního háčku. Případné krvácení z lůžka stavíme elektrokoagulací. Sutura lůžka se u laparoskopické

operace neprovádí. Poté se žlučník odstraní z dutiny břišní otvorem nad pupkem, který se jen minimálně rozšíří.

Po laparoskopické cholecystektomii se může a nemusí drénovat. Záleží na průběhu operace a na přání operátora (Kala et al., 2010, s. 110-111).

2.1.3 Plastika tříselné kýly

Kýlou rozumíme vakovité vychlípení peritonea, které může obsahovat nitrobřišní orgány. Kýla obsahuje kýlní branku a kýlní vak. Kýlní branka je otvor ve fascii, kudy kýla vystupuje ven. Kýlní vak je část peritonea, která obaluje obsah kýly. Obsahem vaku kýly bývá nejčastěji omentum, střevní klička apod. Na kýlním vaku rozlišujeme hrdlo, tělo a fundus (Scheniderová, 2014, s. 125).

2.1.3.1 Plastika tříselné kýly klasicky

Řez u klasické operace tříselné kýly je veden asi 3cm nad symfýzou, směřuje laterálně a končí asi 3cm od lopaty kosti kyčelní. Pronikne se k aponeuróze zevního šikmého svalu. Uvolní se vnitřní šikmý sval a semenný provazec. Provazec se zavěsí na gumovou hadičku. Preparuje se a hledá se okraj kýlního vaku. Při preparaci u mužů dáváme pozor na ductus defferens a cévy jdoucí k varleti. Vypreparujeme vak, otevřeme ho nůžkami a provedeme revizi vaku. Obsah vrátíme do dutiny břišní a zašijeme cirkulárním stehem krček kýlního vaku. Poté provedeme plastiku zadní stěny kanálu stehy. Plastika může být provedena i pomocí sítky (plastika dle Lichtensteina). Poté se provede sutura aponeuróza zevního šikmého svalu, sutura podkoží a kůže.

2.1.3.2 Plastika tříselné kýly laparoskopicky

Opět se jako u laparoskopické cholecystektomie začíná incizí v oblasti pupku a založením kapnoperitonea pomocí Veressovy jehly. Poté se do této incize zavede 5-10mm trokar podle zvyklosti operátora a vloží se optika nebo videolaparoskop. Dále jsou provedeny ještě 2 5mm řezy na pracovní porty. Nad tříselným kanálem operátor natne peritoneum pomocí nůžek a koagulace. Uvolní se peritoneum až k semennému provazci. Odpreparuje se kýlní vak, je nutné dávat pozor na epigastrické cévy, jejichž poškození by vedlo k nepřehlednosti operačního pole. Do připraveného pole se vloží síťka, která je fixována stehem, speciálními svorkami nebo lepidlem. Nově je možné využívat 3D sítky, které se pro prostoru vloží a není třeba je dále fixovat. Po implantaci sítky se zašije otvor v peritoneu pokračovacím stehem. Zruší se kapnoperitoneum a provede se sutura incizí po portech (Kala, 2010, s. 33-36).

2.1.4 Příprava před plánovaným operačním výkonem

Příprava pacienta před operací má pacienta připravit na to, aby zvládl operační zátěž, aby se operační rána dobře zahojila a pacientova rekonvalescence byla co nejrychlejší.

Pacient do nemocnice přichází s výsledky vyšetření a s kompenzovanými přidruženými onemocněními.

Příprava před operací se skládá z předoperačního vyšetření, chirurgické přípravy, všeobecné přípravy, anesteziologické přípravy a psychologické přípravy.

2.1.4.1 Předoperační vyšetření

V rámci předoperačního vyšetření odebíráme od pacienta anamnézu. U pacientů starších 40 let nebo u pacientů s pozitivní kardiologickou anamnézou se natáčí EKG křivka. U pacientů starších 60 let, pacientů s pozitivní kardiologickou anamnézou, u pacientů nad 40 let kuřáků, u obézních nebo u cizinců s endemickým výskytem TBC se provádí RTG srdce a plic. Další součástí předoperačního vyšetření je biochemické vyšetření moče a krevního séra (moč + sediment, jaterní testy, urea, kreatinin, minerály, celková bílkovina, CRP). Dále se vyšetřuje krev hematologicky (krevní obraz, koagulace, v případě předpokladu větších krevních ztrát a nutnosti hrazení pomocí transfuzí také krevní skupina a Rh faktor). Snažíme se kompenzovat přidružená onemocnění, DM, ICH aj. Nedílnou součástí předoperačního vyšetření je i prevence tromboembolických onemocnění.

Lékař provede fyzikální vyšetření nemocného poslechem, poklepem a palpací. Změří krevní tlak a puls. Předoperační vyšetření je u zdravého pacienta platné jeden měsíc, u pacienta se závažným onemocněním 7 dní.

2.1.4.2 Chirurgická příprava

Odvíjí se od plánovaného výkonu. Některé výkony vyžadují aplikaci předoperačních ATB, před operacemi na plicích je třeba předoperačně nacvičovat odkašlávání, před operacemi na zažívacím traktu je třeba provést očistu zažívacího traktu, zavedení žaludeční sondy, aj.

2.1.4.3 Všeobecná předoperační příprava

Jedná se o přípravu nemocného 24 hodin před operací. Pacient lační, provede celkovou koupel, připraví se operační pole, oholí ochlupení v místě operačního výkonu (provádíme těsně před výkonem, riziko poranění a vzniku infekce), odstraní make-up, odlakuje nehty, odloží šperky, brýle apod. V rámci prevence tromboembolických komplikací se udělají bandáže na dolní končetiny nebo se oblečou kompresní punčochy (Jedličková et al., 2012, s. 233-234). Pacient

podepisuje informovaný souhlas s operací. Informovaný souhlas s operací popisuje navrhovaný výkon, obsahuje alternativní možnosti léčby, uvádí možné komplikace a pravděpodobnost jejich vzniku, končí podpisem pacienta, kterým vyjadřuje souhlas s tím, že byl seznámen s operací, s jejími riziky (Nicholls, 2006, s. 39). Funkcí informovaného souhlasu je ochrana práv pacientů, prevence konfliktů a v neposlední řadě i ochrana lékařů. Souhlas je platný v případě, že pacient dostal dostatek informací o svém onemocnění, dostatek informací o operačním výkonu, všemu porozuměl a souhlasí s postupy, které lékař navrhuje (Šimek, 2015, s. 134-135). Smyslem poskytnutých informací je, aby pacient věděl, co ho čeká, aby se mohl rozhodnout, aby měl možnost vybrat si mezi navrhovanými alternativami léčby (Ptáček et al., 2018, s. 31). Probíhá kontrola veškeré dokumentace (Jedličková et al., 2012, s. 233-234).

2.1.4.4 Anesteziologické konzilium, anesteziologická příprava

Dle typu zdravotnického zařízení probíhá buď v anesteziologické ambulanci, nebo přímo na oddělení na pokoji pacienta, jako anesteziologické konzilium. Pacient v rámci konzilia přečte a vyplní anesteziologický dotazník – Souhlas pacienta s anestezií, který se součástí zdravotnické dokumentace a pacient v něm podpisem ztvrzuje, že byl seznámen s typem a možnostmi anestezie (Jedličková et al., 2012, s. 233-234).

Pacient se od anesteziologa dozví, jaké jsou možnosti provedení anestezie pro jeho typ výkonu – celková, regionální apod. Je seznámen s výhodami jednotlivých metod a jsou mu zodpovězeny veškeré jeho dotazy (Hošková, 2010, s. 64).

Lékař, anesteziolog projde pacientova předoperační vyšetření, zhodnotí pacientův stav, výsledky interních vyšetření, formou rozhovoru odebere od pacienta anesteziologickou anamnézu. Zajímá se zejména o předchozí anestezie, jaký byl jejich průběh, případné komplikace. Zhodnotí anesteziologické riziko ASA, naordinuje premedikaci.

Podle ASA dělíme pacienty do pěti skupin. ASA I. je zdravý pacient bez trvalé medikace, ASA II. jsou pacienti s mírným až středním systémovým onemocněním s medikací, toto onemocnění může nebo nemusí souviset s operačním výkonem, ASA III. jsou pacienti se závažným systémovým onemocněním (angina pectoris, závažný diabetes mellitus), ASA IV. jsou pacienti, kteří trpí závažným život ohrožujícím onemocněním souvisejícím i s operační diagnózou (plicní, jaterní, srdeční nedostatečnost, šokové stavy, apod.), ASA V. jsou pacienti bezprostředně ohroženi na životě, je nutný operační zákrok z vitální indikace (polytraumatizovaní pacienti, pacienti s úrazem hlavy, rozsáhlými popáleninami apod.) (Jedličková et al., 2012, s. 233-234).

2.1.4.5 Psychologická příprava

V rámci psychologické přípravy pacienta před operací se snažíme zmírnit strach před operací, snažíme se být k pacientovi vstřícní a respektovat jeho otázky, s pacientem dostatečně a vhodně komunikujeme. Pacientovi trpělivě vysvětlujeme všechny úkony, které budeme provádět. Hovoříme klidně a profesionálně. Psychologickou přípravu zajišťuje sestra i lékař.

Pacienti se nejčastěji obávají neznámého prostředí operačního sálu, mají strach z bolesti, z anestezie, bojí se smrti i případné změny životního stylu.

Je třeba vyvarovat se neprofesionálního chování. Pacient po příjezdu na operační sál vnímá velmi negativně přípravu instrumentária a dalšího materiálu. Vnímá šustění pytlíků, rozhovory zdravotníků, které nejsou vždy na vhodné téma (Jedličková et al, 2012, s. 235).

Při psychologické přípravě nemocných nelze u všech postupovat stejně. Existují dva druhy nemocných. Nemocní citliví (senzitivnější) – takoví nemocní jsou velmi pozorní, úzkostní a velmi citliví ke každé maličкости a nemocní potlačující strach a obavy (represivní) – tito nemocní neprojevovali navenek žádnou úzkost ani strach, chovali se apaticky, nezúčastněně (Křivohlavý, 2002, s. 55-56).

2.2 Strach

2.2.1 Definice strachu

Podle Zacharové (2011, s. 143) „strach a úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení. V podstatě jde o jednu z obraných forem organismu, v jehož pozadí stojí pud sebezáchovy“.

Podle Vymětala „strach je nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci.“

Strach je nepříjemný pocit, kterým reagujeme na nějaké ohrožení. To může být buď z vnějšku (např. příjem do zdravotnického zařízení) nebo z vnitřku (strach, že něco nezvládnou). Strach je obava z něčeho konkrétního (Zacharová et al., 2011, s. 143).

Za prospěšný považujeme strach přiměřený, který nás chrání před rizikem. Příkladem jsou kuřáci, kteří abstinují ze strachu z negativních následků kouření. Na druhou stranu škodlivý strach, nebo také panický, který vede k ukvapeným jednáním, kterých může pacient zpětně litovat nebo se za ně stydět (Zacharová et al., 2011, s. 143).

Strach i úzkost jsou emoce, které nám dávají informaci o nebezpečí a organismus se začíná připravovat na boj nebo útek. To se projevuje tělesnými známkami jako je bušení srdce, třes, zblednutí kůže (Honzák et al., 2006, s. 87-88).

2.2.2 Důvody strachu hospitalizovaných

Mezi nejčastější příčiny strachu hospitalizovaných pacientů patří bolest po operaci. S tou se setkal každý člověk, který už v minulosti operaci prodělal. S bolestí se člověk mohl setkat i při vyšetřeních, které podstoupil nebo z vyprávění.

Další věcí, která pacienty v nemocnici trápí je pracovní neschopnost nebo nemoci pečovat o svou rodinu. Toto se týká zejména pacientů, kde se vzhledem k onemocnění předpokládá delší doba hospitalizace. Pacienti mají obavu, že ztratí svou sebeúctu. Dalším důvodem trápení nemocných v nemocnici je odloučení od rodiny. Zejména u žen připadají v úvahu i obavy, že onemocnění poznamená jejich vzhled a vizáž. Jedná se např. o kožní onemocnění, u žen operace prsů, atd.)

Strach ze smrti pociťují i pacienti s lehčími a méně závažnými onemocněními, i když u nich není tak markantní jako u pacientů se závažnými a nevléčitelnými chorobami. Nemocní se obávají komplikací, které mohou vzniknout.

Obava z léčby samotné a obavy z vyšetření, které pacienta čekají (Zacharová et al., 2011, s. 143-144).

2.2.3 Vnímání hospitalizace

Pobyt pacienta v nemocnici je výraznou změnou v životě, která je pacientem vnímána nepříjemně. Nemocný se musí přizpůsobovat řádu zdravotnického zařízení, ať se jedná o vstávání, noční klid, společné toalety a koupelnu na pokoji apod. S tím souvisí i narušení pacientova soukromí. Mnohdy jsou pokoje o 3 a více nemocných, každý z nich má své zvyklosti, jinak přistupuje ke své nemoci, někteří těžce vnímají obnažování, používání nemocničních nočních košil, nedostatek soukromí při návštěvách příbuzných a přátel apod. (Zacharová et al., 2011, s. 129).

Během pobytu v nemocnici je potlačeno soukromí a intimita nemocného. Tělo nemocného se stává hlavním cílem a objektem odborného zájmu zdravotnických pracovníků (Bouček et al., 2006, s. 58).

Důsledkem změn v režimu pacienta v souvislosti s hospitalizací může být deprivace – neboli strádání. Pokud tento stav trvá delší dobu, hovoříme o hospitalismu. Tomu se snažíme předejít,

a proto se snažíme pacienta i jeho rodinu důkladně seznámit s prostředím nemocnice a režimem, který bude muset dodržovat. Dále se snažíme poskytovat dostatek informací, odpovídat na dotazy nemocného, komunikovat s nemocným v průběhu jeho pobytu v nemocnici. Snažíme se umožňovat častý kontakt pacienta s rodinou dle jeho potřeb. Respektujeme intimitu nemocného, jeho stud a snažíme se vyhovět jeho požadavkům a přáním na soukromí. Snažíme se být vstřícní k jeho přáním a individuálním potřebám, nemocného se snažíme aktivizovat fyzicky (pokud to zdravotní stav umožňuje) a psychicky – možnosti stýkat se s lidmi, sledovat televizi, číst knihy a denní tisk apod. (Bouček et al., 2006, s. 59).

V tom, jakým způsobem nemocný vnímá hospitalizaci v nemocnici, jsou velké rozdíly. Roli hraje celá řada faktorů. Jsou pacienti lehce přizpůsobiví, kterým nemocniční prostředí nedělá velké problémy a naopak pacienti velmi citliví, pro které představuje pobyt v nemocnici velikou zátěž (Zacharová et al., 2011, s. 129).

2.3 Úzkost

U úzkosti převažují pocity napětí, které jsou ale neurčité. Aby člověk pocítoval úzkost, stačí pouze představa nějakého ohrožení. Nemocný má strach, ale neví, čeho se bojí. Má pocit, že by s ním měl něco dělat, ale neví co (Janíková et al., 2013, s. 83).

Úzkost se na nemocném projeví somaticky i psychicky. Pacienti jsou zpravidla rozčilení a podráždění, utlumení (mohou i strnout), jejich výraz působí ustaraně nebo ustrašeně, pohyby jsou nejisté, nepříliš dobře koordinované, jsou roztržití, snadno zapomínají, jsou nervózní, mohou se zvýšeně potit, mluví rychle, mají rozšíření zornice, zrychlená tep, dech, jsou bledí a mohou mít sucho v ústech (Zacharová et al., 2011, s. 145).

2.4 Strach a úzkost před operací

Samotná operace představuje pro nemocného stres a úzkost. Strach je na rozdíl od úzkosti normální reakcí na skutečné ohrožení nebo nebezpečí (Janíková et al., 2013, s. 83).

Existuje takzvaný „syndrom strachu a úzkosti“. Je to stav, kdy je přítomen strach i úzkost současně. Jedná se například o stav pacienta před operací, kdy nemocný vnímá strach z operačního výkonu jako takového, a zároveň prožívá úzkost z neznámého (Janíková et al., 2013, s. 84).

Pacienti vnímají strach a úzkost bez ohledu na typ a velikost operačního výkonu i bez ohledu na způsob anestezie, lokální či celkové. Nemocní se bojí zejména ztráty kontroly, bojí se, že se neprobudí. Starší pacienti prožívají stejné obavy jako ti mladší.

U nemocných s předoperační úzkostí můžeme pozorovat zvýšení srdečního tepu, zvýšení krevního tlaku nebo také zvýšení tělesné teploty. U úzkostných nemocných může být v důsledku vazokonstrikce problematické zavedení periferního žilního katetru. Dále vnímá úzkostný pacient hůře bolest v důsledku zvýšeného svalového napětí. Vnímání bolesti významně ovlivňuje průběh zotavování po operaci, celkový pooperační průběh a může pro pacienta znamenat i delší dobu hospitalizace. Tito pacienti mají zpravidla potřebu vyšších dávek anestetik v průběhu operačního výkonu a vyšších dávek analgetik v pooperačním období.

Mezi hlavní rizikové faktory předoperační úzkosti patří onkologické onemocnění v anamnéze pacienta, psychiatrická diagnóza, úzkostné rysy, kouření, ženské pohlaví, vzdělání a celkový fyzický stav nemocného. Pokud pacient v minulosti již operační výkon podstoupil, je výskyt předoperační úzkosti nižší. Vyšší míru úzkosti mívají mladší pacienti bez předchozí zkušenosti s operací a s nižším vzděláním. Strach a úzkost neprožívají jen samotní nemocní, ale také jejich rodiny a blízcí (Janíková et al., 2013, s. 84).

Mezi sociodemografické faktory, které ovlivňují předoperační úzkost, patří věk nemocného, jeho pohlaví, partnerský vztah a jeho vzdělání. Dále úzkost před operací ovlivňuje základní onemocnění pacienta, očekávaný výsledek, komplikace, které mohou nastat, předchozí operační výkony, délka pobytu v nemocnici, druh předoperačních informací, způsob vedení anestezie. Nakonec předoperační úzkost ovlivňují psychosociální faktory, což je pacientova úroveň úzkosti, osobnost nemocného, psychiatrické onemocnění, citlivost na bolest a životní spokojenost (Janíková et al., 2013, s. 84).

Ve studii z roku 2011, kterou prováděl Ebin a Tobin, uváděli pacienti jako nejčastější příčiny úzkosti odložení operačního výkonu, poškození pacienta v důsledku chyby během operace, nedostatečnou pozornost ze strany ošetrovatelského personálu, neprobuzení se z narkózy, nedostatečné tlumení bolesti, neúspěšnou operaci (Janíková et al., 2013, s. 85).

Mezi pět stresujících událostí před operací patří čekání na operaci, nemoci se napít, nemoci mít zubní protézu, transport na operační sál na lehátku a samotný příjezd na operační sál (Janíková et al., 2013, s. 85).

Podle Kindlera máme 3 dimenze strachu před operací. První dimenzí je strach z neznáma. Pacient se bojí čekání na operaci, má strach, že bude „vydán na milost“ zdravotníkům, bojí se, jak operace dopadne, a má strach z toho, že neví, co se stane. Druhou dimenzí je strach cítit se nemocný. Nemocný se bojí nevolnosti nebo zvracení po operaci, bojí se, že ho to bude po operaci bolet, má strach z toho, jak mu bude, až se probudí, bojí se, co se bude dít v době, kdy

bude spát. Poslední, třetí dimenzí je strach o život. Nemocný se bojí, že se po operaci neprobudí nebo že bude během operace poškozen (Janíková et al., 2013, s. 85).

Jak již bylo uvedeno výše, pacient vnímá negativně čekání na operační výkon. V tuto dobu má nemocný prostor přemýšlet, pociťovat obavy z blížící se operace, což může zhoršit celkové vnímání úzkosti. V tuto dobu je vhodné, aby zdravotnický personál zmírnil úzkost nemocného např. muzikoterapií (Janíková et al., 2013, s. 85).

2.5 Měření a hodnocení strachu a úzkosti

STAI

Zkratka STAI znamená: State Trait Anxiety Inventory for Adults. Obsahuje 40 položek a 2 škály. Prvních 20 položek nám dává informaci o stavu úzkosti a dalších 20 položek se zaměřuje na úzkostné rysy. Nemocný může získat 20-80 bodů. S počtem bodů stoupá stupeň úzkosti. Tato škála se využívá zejména u pacientů před operačním výkonem (Janíková et al., 2013, s. 86).

VAS

Zkratka VAS se používá pro vizuální analogovou škálu. Jedná se 10cm čáru, kdy vlevo je 0 a vpravo 100. Nulou rozumíme žádnou úzkost a 100 je vyjádření pro maximální možnou úzkost nemocného (Janíková et al., 2013, s. 86).

GAS

Tato škála má jednu položku. Obsahuje lineární škálu, na které pacienti hodnotí svoji úzkost. Pacient je pak podle výsledku hodnocen jako klidný, mírně úzkostný, průměrně úzkostný, velmi úzkostný a extrémně úzkostný. Zkratka GAS znamená Goal Attainment Scaling (Janíková et al., 2013, s. 86).

APAIS

Zkratka APAIS znamená: The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. Jedná se o škálu, která vznikla v roce 1996 v Nizozemí. Byla přeložena do několika jazyků. Škála hodnotí úzkost z anestezie a z operace (4 otázky) a potřebu informací z anestezie a z operace (2 otázky). Pacient otázky hodnotí na stupnici od 1 do 5ti. 1 znamená vůbec ne a 5 hodně. Vyhodnocuje se každá oblast zvlášť. Nejdřív oblast hodnotící úzkost (4 otázky). „Bojím se anestezie, neustále myslím na anestezii, bojím se operace, neustále myslím na operaci“ (Homzová, 2013, s. 29-30). V této oblasti může pacient dosáhnout 4 body (žádná úzkost) až 20 bodů

(maximální stupeň úzkosti). Pokud nemocnému vyjde na škále 11 bodů a více, můžeme ho na základě hodnocení vnímat jako úzkostného nemocného. Dále oblast hodnotící potřebu dalších informací (2 otázky) - chtěl/a bych vědět co nejvíce o anestezii, chtěl/a bych vědět co nejvíce o operaci“ (Homzová, 2013, s. 29-30). Zde může pacient získat 2 body (tento pacient se cítí být informován a nevyžaduje další informace) až 10 bodů (tento pacient naopak potřebuje informace jak z oblasti operace, tak z oblasti anestezie). Pacienti, kterým v oblasti informovanosti vyjde 5 bodů a více by měli být dále edukováni podle jejich potřeb (Janíková et al., 2013, s. 86).

Dotazník byl poprvé použit v Nizozemí v roce 1996, druhou zemí, kde byl dotazník testován, bylo Německo. Dotazník vyšel jako velmi spolehlivý a platný a byl schválen etickou komisí. Dotazník se testoval a nyní se používá v Itálii, Japonsku, Mexiku, Thajsku, Koreji, Thajsku nebo v Turecku (Homzová, 2013, s. 29-30). Ve studii, která byla publikována v roce 2017 v recenzovaném časopise *Journal of PeriAnesthesia Nursing* zaměřujícím se na platnost a spolehlivost české verze APAIS (Validity and Reliability of the Czech Version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) je závěrem uvedeno, že APAIS je užitečným nástrojem pro měření předoperační úzkosti u českých pacientů podstupujících elektivní operaci (Zeleníková et al., 2017, s. 437).

Další metody

BAI - Beckův inventář úzkosti (Beck Anxiety Inventory). Obsahuje 21 položek. Hodnotí subjektivní, somatické a příznaky související s panikou (Janíková et al., 2013, s. 86)

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale. Hodnotí nemocniční úzkosti a depresi. Obsahuje 14 položek.

HARS - Hamiltonova škála, The Hamilton Anxiety Rating Scale. Obsahuje také 14 položek a hodnotí závažnost příznaků úzkosti. Nemocní hodnotí položky na 5ti stupňové škále.

Existují i další škály na hodnocení úzkosti. Např. škála ASSQ, COSS. Nejpoužívanější škálou je dotazník STAI.

2.6 Metody na snižování strachu a úzkosti před operací

2.6.1 Psychologické působení na pacienta

2.6.1.1 Racionální působení na pacienta

V tomto případě je vhodné dostatečně informovat pacienta o postupu jeho léčby, o ošetrovatelské péči, můžeme poukázat i na dobré výsledky stejného nebo podobného

operačního výkonu u jiného pacienta. Nedostatečná informovanost nemocného vede k tomu, že si informace zjišťuje od spolupacientů nebo jiných členů ošetrovatelského týmu. Tyto informace však mohou být zkreslené či nepravdivé (Gulášová, 2012, s. 43).

2.6.1.2 Sugestivní působení na představy a city pacienta

Podstatou je změnit pacientovu reakci a postoj k diagnostickým a léčebným postupům. Využíváme, pokud pacient nechce přijmout racionální zdůvodnění a vysvětlování. Snažíme se upřít pacientovu pozornost na jeho rodinu, přátele a blízké, kteří očekávají pozitivní výsledek operace. Ti pak mohou ovlivnit reakce a postoje nemocného (Gulášová, 2012, s. 43).

2.6.1.3 Návštěva příbuzných

Pokud má nemocný rodinu s dobrými vzájemnými vztahy, mohou i rodinní příslušníci pomoci pacientovi překonat strach, apatii nebo lhostejnost k nemoci. Příbuzní dávají svou přítomností u nemocného najevo, že jim na nemocném záleží a přejí si, aby se uzdravil.

Pokud jsou příbuzní nerozhodní, projevují soucit, lítost nebo poskytují nepravdivé informace, pak působí na nemocného naopak negativně (Gulášová, 2012, s. 43).

2.6.2 Poskytování informací

Pacientům se poskytují informace o operačním výkonu, ke kterému je přijatý. Nemocný je informován o typu výkonu, a důvodu, proč je výkon nezbytné provést, o rizicích, které s sebou operace nese a také o komplikacích, které mohou nastat. Tyto informace podává lékař, který operaci bude provádět – lékař chirurg.

Dále je nemocný informován o způsobech anestezie, které jsou pro nemocného vhodné. A samozřejmě také o možných komplikacích narkózy. Tyto informace podává lékař – anesteziolog.

Další informace o tom, co a kdy se bude s nemocným dít, podává sestra (Janíková et al., 2013, s. 87).

Informace se poskytují individuálně, dle potřeb pacienta. Dle Walkera (2010) je 5 možností poskytování informací. Jedná se o individuální rozhovor pacienta se sestrou pro perioperační péči (instrumentářkou) před operačním výkonem. Dalšími možnostmi jsou skupinová edukace, informační letáčky a brožurky, pouštění edukačního videozáznamu, případně individuální nebo skupinové edukace během hospitalizace.

Sestra může pacienta edukovat v předoperačním období, v intraoperačním období a v pooperačním období. Před operací se sestra setká s pacientem den před plánovaným operačním výkonem na oddělení. Nemocný je informován o tom, co se bude dít na operačním sále, seznámí se s perioperační sestrou, která bude přítomna jeho operaci. Sestra seznámí pacienta s průběhem celého operačního dne. Edukace v intraoperačním období probíhá na operačním sále. Edukuje sestra, kterou pacient již zná z předoperačního období. Sestra s nemocným provede perioperační bezpečnostní proceduru a znovu mu zopakuje, co se bude dít. Edukace v pooperačním období spočívá v návštěvě pacienta na oddělení po operaci. Snažíme se zjistit, jak se pacient cítí a také jak byl spokojen s péčí ve zdravotnickém zařízení (Janíková et al., 2013, s. 89).

V některých zdravotnických zařízeních edukují pacienti před operačním výkonem přímo perioperační sestry. Tato edukace probíhá nejčastěji v odpoledních nebo večerních hodinách den před operací u lůžka nemocného. K edukaci používají tištěné materiály, fotografie, videa a ústně pacientovi vysvětlí, co se s pacientem na operačním sále bude dít a trpělivě zodpoví pacientovi dotazy. Edukace perioperační sestrou ale dosud není zařazena mezi povinnosti perioperačních sester (Wichsová, 2013, s. 133-134). Edukace perioperační sestrou probíhá např. v nemocnici Třinec. Tato edukace se neprovádí i pacientů, jejichž stav to nedovoluje, u pacientů s akutním výkonem, nebo pokud je velký operační program a sestry by po programu za pacienty nestihli jít. V tomto případě jim sestry na oddělení poskytnou edukační příručku, kterou si perioperační sestry vytvořily (Matlochová, 2012, s. 42-42).

Pacienti před operačním výkonem nejčastěji čerpají informace četbou odborné či populární literatury, rozhovorem s ošetřujícími lékaři – chirurgy a anesteziology, rozhovorem se zdravotními sestrami, ale i s rodinou známými, ostatními pacienty aj. (Hošková, 2010, s. 28).

Důležitou roli v komunikaci mezi lékařem a pacientem hraje osobnost lékaře i pacienta, předchozí zkušenost, temperament, nálada, etika, neznalost životního příběhu pacienta a sociálního prostředí, ve kterém žije. V dnešní době hrají velkou roli i odlišné rady od léčitelů, kteří se zabývají alternativní medicínou. Proto je třeba k pacientům přistupovat individuálně (Irmiš, 2014, s. 6).

Schopnost efektivně komunikovat je základem pro dobrý vztah lékař – pacient. Lékař by měl být schopen vcítění se do nemocného, tzv. empatie a měl by se zajímat o pacienta samotného a ne „jen“ o jeho problém (Hošková, 2010, s. 28). Chirurgičtí pacienti však vztah lékař-pacient

jako partnerský nevnímají. Za partnerský ho považuje pouze 15% nemocných (Ptáček et al., 2016, s. 81).

2.6.3 Muzikoterapie

Tato metoda pracuje na principu odvádění pozornosti. K rozvoji došlo od poloviny 19. století. Muzikoterapie poskytovaná zdravotníky zahrnuje pasivní poslouchání hudby. U muzikoterapie prováděné muzikoterapeuty nemocní poslouchají hudbu, mohou hrát na hudební nástroj, kombinovat hudbu s pohybem apod.

V klinické praxi je doporučováno poslouchat pomalou hudbu, bez textu, dle přání nemocného. Poslech by měl trvat minimálně 30 minut.

Hlavním účelem, proč by měl být poslech hudby nabízen pacientům s předoperačním i pooperačním obdobím je snaha o minimalizování úzkosti. Poslech hudby je bez nežádoucích účinků a finanční náklady také nejsou nikterak velké, proto by se tato metoda měla stát součástí péče o nemocné, které čeká operační nebo jiný nepříjemný invazivní zákrok (Janíková et al., 2013, s. 89-91).

2.6.4 Premedikace

Cílem premedikace je pomocí podaných léků zklidnit nemocného, částečně tlumit bolest a usnadnit úvod do anestezie. Nejdůležitější funkcí premedikace je anxiolýza, dále anterográdní amnézie, antikonvulzivní účinek, antipsychotický účinek, profylaxe anafylaktické reakce, antiemetický účinek, profylaxe aspirace, antisalivační účinek a analgezie. K tomuto účelu se podávají léky patřící do skupiny benzodiazepinů, jejichž hlavním zástupcem je Diazepam (Janíková et al., 2013, s. 90).

Pre-premedikace se podává večer před operací s cílem prožít klidné noci. U neodkladných výkonů se nepodává.

Premedikace se podává v operační den. Podává se před celkovou, tak i před místní anestézií. V případě podání intra muskulárně podáváme cca 30 minut před výkonem, u podání intra venózně podáváme 5-10 minut před operací, u rektálního podání je interval 45-60 minut před operací a při podání per os je to cca 60 minut. U akutních výkonů se premedikace také nepodává, nebo se podává intravenózně přímo na operačním sále (Jedličková et al., 2012, s. 236-237).

2.6.5 Další techniky

Kromě výše zmíněných metod se v rámci snížení strachu a úzkosti může využít relaxace, aromaterapie, reflexologie či humor (Janíková et al., 2013, s. 91).

2.6.6 Pacient na operačním sále

Pacient je sanitářem a všeobecnou sestrou z oddělení dovezen na sálový vstupní filtr. Zde je sálovým sanitářem přeložen na sálový vozík. Sestra z oddělení předá veškerou pacientovu dokumentaci a případné léky anesteziologické sestře. Ta pacienta přebírá a provádí **první fázi perioperační bezpečnostní procedury**, tzv. Perioperačního bezpečnostního protokolu. Anesteziologická sestra ověřuje identitu pacienta, ptá se na jeho jméno a příjmení, rok narození, kontroluje, zda má vyplněné a podepsané informované souhlasy s operací, s anestezií případně s podáním krevních derivátů, ptá se na alergii pacienta, kontroluje předoperační přípravu pacienta (bandáže, oholené operační pole aj.), všímá si zavedených vstupů u nemocného, ptá se na diabetes mellitus, případně na hladinu glykémie před odjezdem na sál, zjišťuje počet objednaných krevních derivátů, ATB na sál aj. Poté pacient odjíždí na operační sál (Kutílková, 2013, s. 8).

Pacient přijíždí na operační sál. Sálový sanitář, případně s pomocí dalších pracovníků na operačním sále, přeloží pacienta na operační stůl. Sálová sestra – tzv. cirkulující nebo obíhající sestra se nemocnému představí a zeptá se ho na jeho jméno a příjmení, na ročník narození, k jakému typu operačního výkonu přišel, v případě stranového výkonu, na jaké straně budeme operovat, a zda nemá nějaké alergie, zejména na léky či desinfekční prostředky (Kutílková, 2013, s. 9). Dále se pacientovi věnuje anesteziolog – opět kontroluje identitu pacienta, typ a stranu operačního výkonu, podepsané souhlasy pacienta s výkonem a anestezií, prověří funkčnost anesteziologického přístroje a pulzního oxymetru, ptá se na alergie, případné překážky v dýchacích cestách a pokračuje se úvodem do anestezie (Wichsová, 2012, s. 43). Anestezii zajišťuje anesteziologický tým, který se skládá z lékaře – anesteziologa a z anesteziologické sestry (Seidlová, 2018, s. 23).

Druhá fáze perioperační bezpečnostní procedury probíhá před kožním řezem. Této chvíli operační tým potvrdí opět jméno pacienta, typ operačního výkonu, v případě stranového výkonu operovanou stranu, anestezie potvrdí podání ATB případně počet připravených krevních derivátů. Operatér sdělí, jaká je předpokládaná délka výkonu a případné nerutinní postupy. Provede se kožní řez a operační výkon (Kutílková, 2013, s. 10).

Třetí fáze perioperační bezpečnostní procedury se provádí dříve, než pacient opustí operační sál. Před uzavřením operační rány sestry instrumentárka spolu s obíhající sestrou spočítají mulový materiál, který byl u operace použit, spočítají operační nástroje a zkontrolují jejich funkčnost a celistvost, spočítají jehly a vše nahlásí operatérovi. Dále zkontrolujeme označení a uložení odebraného histologického materiálu či kultur. Případné problémy s vybavením operačního sálu, zdravotních prostředků nebo nástrojů, které bylo nutno řešit, poznamenejeme do dokumentace, stejně jako případnou mimořádnou událost (Kutílková, 2013, s. 11).

Perioperační bezpečnostní proces nebo protokol se tedy skládá ze tří fází, první se provádí před podáním anestezie, druhá před provedením kožního řezu a třetí fáze před ukončením operace. Celý proces trvá asi dvě minuty a prověří nejdůležitější rizika každého operačního výkonu (Wichsová, 2012, s. 43).

Že je nezbytnou součástí práce na operačním sále dokazuje i pilotní studie z roku 2008, která proběhla v osmi městech světa (Toronto, London, Amman, Manila, Auckland, New Delhi, Ifakara, Seattle). V těchto městech se jeden rok důsledně prováděl checklist. Výsledkem byl o třetinu menší výskyt komplikace a o polovinu menší výskyt úmrtí (Wichsová, 2012, s. 44).

3 VÝZKUMNÁ/PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů výzkumu a studia odborné literatury k tématu jsem stanovila tyto výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1

Jakou míru úzkosti mají nemocní před plánovaným operačním výkonem?

Výzkumná otázka 2

Čeho konkrétně se nemocní nejvíce obávají?

Výzkumná otázka 3

Souvisí prožívání strachu a úzkosti s vybranými proměnnými (pohlaví, věk, předchozí zkušenost s operací, vzdělání, typ operace?)

Výzkumná otázka 4

Jakou potřebu informovanosti mají pacienti před plánovaným operačním výkonem?

3.2 Metodika výzkumu

Moje diplomová práce je teoreticko-průzkumná/výzkumná. Pro získání empirických dat jsem použila metodu kvantitativního výzkumu v podobě dotazníkového šetření.

3.2.1 Soubor respondentů

Kritérium pro výběr byla plánovaná operace tříselné kýly nebo žlučníku a ochota spolupracovat. Osloveno bylo 90 nemocných před operací tříselné kýly nebo žlučníku. 10 nemocných odmítlo spolupráci a dalších 10 dotazníků jsem z důvodu neúplnosti vyplnění vyřadila. Jednalo se zejména o nevyplněnou část B, dotazník po operaci. Celkem je tedy ve výzkumu zahrnuto 70 respondentů.

Soubor 70ti nemocných tvořilo 37 (53 %) žen a 33 (47 %) mužů. Průměrný věk v souboru byl 49 let, nejvíce zastoupenou skupinou byli lidé 41-50 let. Téměř polovina měla středoškolské vzdělání s maturitou, čtvrtina střední odborné učiliště a šestina byla vysokoškoláků. Nejčastěji pacienti podstupovali laparoskopickou operaci žlučníku (39 %), dále (30 %) klasickou operaci tříselné kýly, (24 %) laparoskopickou operaci tříselné kýly a nejméně zastoupenou skupinou v mém výzkumu byli nemocní podstupující klasickou operaci žlučníku. Jednalo se o 7 % nemocných.

3.2.2 Výzkumný nástroj

Jedná se částečně o nestandardizovaný, mnou vytvořený dotazník a APAIS dotazník, vytvořený pro získání relevantních údajů pro diplomovou práci (viz. Příloha A). Dotazník obsahoval dvě části.

První část, v dotazníku jako část A, vyplňoval pacient před operací. Zaměřovala se na zjištění, odkud pacient získával informace k operaci, k jaké operaci byl přijat, zda zná jméno lékaře, který ho bude operovat, zda už v minulosti operaci prodělal a jakou má zkušenost, čeho se pacient bojí, co by mu pomohlo strach snížit. Tato část obsahovala celkem 9 otázek. Součástí první části byl i dotazník APAIS (Janíková et al., 2013, s. 86), který hodnotil úzkost pacientů před operací. Škála hodnotí úzkost z anestezie a z operace (4 otázky) a potřebu informací z anestezie a z operace (2 otázky). Pacient otázky hodnotí na stupnici od 1 do 5ti. 1 znamená vůbec ne a 5 hodně. Vyhodnocuje se každá oblast zvlášť. Nejdřív oblast hodnotící úzkost (4 otázky – 1+2 a 4+5). V této oblasti mohl pacient dosáhnout 4 body (žádná úzkost) až 20 bodů (maximální stupeň úzkosti). Pokud nemocnému vyšlo na škále 11 bodů a více, můžeme ho na základě hodnocení vnímat jako úzkostného nemocného. Dále oblast hodnotící potřebu dalších informací (2 otázky – 3+6). Zde mohl pacient získat 2 body (tento pacient se cítí být informován a nevyžaduje další informace) až 10 bodů (tento pacient naopak potřebuje informace jak z oblasti operace, tak z oblasti anestezie). Pacienti, kterým v oblasti informovanosti vyjde 5 bodů a více by měli být dále edukováni podle jejich potřeb (Janíková et al., 2013, s. 86). Jak již bylo uvedeno výše, dotazník je standardizovaný a běžně používaný k hodnocení úzkosti a potreby informovanosti v zahraničí. V České republice dotazník použila Pavlína Homzová, která jej pro potřeby své diplomové práce nechala přeložit. Ve studii, která byla publikována v roce 2017 v recenzovaném časopise *Journal of PeriAnesthesia Nursing* zaměřujícím se na platnost a spolehlivost české verze APAIS (Validity and Reliability of the Czech Version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) je závěrem uvedeno, že APAIS je užitečným nástrojem pro měření předoperační úzkosti u českých pacientů podstupujících elektivní operaci (Zeleníková et al., 2017, s. 437). Tento dotazník jsem vybrala pro tuto diplomovou práci z důvodu možnosti porovnání výsledků právě s prací Homzové.

Druhou část, v dotazníku jako část B, vyplňoval pacient po operaci. Tato část zjišťovala, jak se pacient před operací vyspal, zda mu někdo ze zdravotníků pomohl zmírnit strach před operací, případně kdo a jak a na konci dotazníku se nacházely identifikační otázky. Tato část obsahovala celkem 8 otázek.

3.2.3 Metoda sběru dat

Pilotní výzkum probíhal v listopadu 2018. Dotazník jsem osobně donesla pacientům přijatým k plánovaným operacím tříselné kýly nebo žlučníku na chirurgická oddělení, požádala je o spolupráci a vyslechla jejich případné komentáře a připomínky k dotazníku. Z tohoto předběžného šetření dotazník vyšel dobře, oslovení pacienti otázkám porozuměli, z obsahového hlediska neměli připomínek.

Vlastní výzkum probíhal od ledna 2019 do března 2019 na chirurgických odděleních nemocnice fakultního typu. Dle časových možností jsem pacientům přijatým k plánované operaci žlučníku či tříselné kýly den před operací dotazník donesla a požádala je o spolupráci. V případě zájmu se výzkumu zúčastnit jsem je poučila o vyplňování dotazníku a požádala, aby jej po operaci předali zdravotní sestře, která dotazníky ukládala do označené krabice na inspekčním pokoji sester. V případě mé nepřítomnosti předaly dotazník a požádaly o spolupráci staniční sestry na odděleních, které pacienty taktéž poučily. Všechny sestry na příslušných odděleních byly poučeny, jak s dotazníky nakládat.

3.2.4 Metoda analýzy dat

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla zpracována a vyhodnocena pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2016. Byly zvoleny sloupcové a koláčové grafy. Statistická významnost byla ověřena pomocí chí-kvadrát testování v programu Excel 2016 na hladině významnosti 0,05.

3.3 Analýza získaných dat

3.3.1 APAIS dotazník

APAIS dotazník byl vyhodnocen u všech 70ti respondentů. V Tabulce 1 jsou přehledně znázorněny výsledky v jednotlivých otázkách. Je patrné, že nejvíce pacientu by chtělo více informací o operaci (průměr 3,04) a o anestezii (průměr 2,6).

Tabulka 1 - APAIS výsledky jednotlivě

	počet	průměr	medián	modus	minimum	maximum
1. Bojím se anestezie.	70	2,1	2	2	1	5
2. Neustále myslím na anestezi	70	1,8	2	1	1	5
3. Chtěl/a bych vědět co nejvíce o anestezi	70	2,6	2	4	1	5
4. Bojím se operace	70	2,47	2	2	1	5
5. Neustále myslím na operaci	70	2,37	2	2	1	5
6. Chtěl/a bych vědět co nejvíce o operaci	70	3,04	4	4	1	5

V Tabulce 2 jsem rozdělila oblasti na oblast úzkosti a oblast informovanosti. V oblasti úzkosti, které se týkaly otázky 1, 2, 4, a 5 z Tabulky 1, bylo možné dosáhnout 4 – 20ti bodů. Průměrně vyšlo 8,74 bodu. V oblasti informovanosti, které se týkaly otázky 3 a 5 bylo možné získat 2 – 10 bodů. Zde vyšel průměr 5,64 bodu.

Tabulka 2 - APAIS výsledky kategorie úzkost a informovanost

	počet	průměr	medián	modus	minimum	maximum
APAIS celkem	70	14,39	14	9	6	30
APAIS Úzkost (1+2+4+5)	70	8,74	8	6	4	20
APAIS Informovanost (3+6)	70	5,64	6	8	2	10

Tabulka 3 vyhodnocuje úzkost konkrétněji. APAIS (1+2) hodnotí úzkost z anestezie. Zde bylo možné získat 2 – 10 bodů. Průměrem vyšlo 3,9. APAIS (4+5) hodnotí úzkost z operace. Také zde bylo možné získat 2 – 10 bodů a výsledkem byl průměr 4,84 bodu. Sloučením všech 4 otázek (1, 2, 4, 5) byla zjištěna úzkost jak z operace, tak i z anestezie. Bylo zde možné získat 4 -20 bodů. Výsledkem byl průměr 8,74 bodu.

Tabulka 3 - APAIS úzkost rozdělení + informovanost

	počet	průměr	medián	modus	minimum	maximum
APAIS (1+2)	70	3,90	4	2	2	10
APAIS (4+5)	70	4,84	4,5	4	2	10
APAIS (1+2+4+5)	70	8,74	8	6	4	20
APAIS (3+6)	70	5,64	6	8	2	10

Jak již bylo zmíněno výše, dle APAIS hodnocení je za úzkostného možné označit toho pacienta, kterému vyšla hodnota u otázek 1+2+4+5 vyšší než 11 bodů z 20ti. Z Tabulky 4 je patrné, že úzkostných pacientů v mém souboru dotázaných bylo 19 (37,25 %).

Tabulka 4 - APAIS hodnocení úzkosti

Hodnocení úzkosti dle APAIS	N	%
Klinicky nevýznamný strach a úzkost (<11)	51	62,75
Klinicky významný strach a úzkost (≥ 11)	19	37,25

Výsledky, které plynou z otázky 3 a 6 na potřebu dalších informací zobrazuje Tabulka 5. Z ní je patrné, že 25 pacientů (35,71 %) nemá další potřebu informací. V dotazníku získali u těchto otázek 2 – 4 body. Průměrnou potřebu informací má 25 nemocných (35,71 %). Tito respondenti získali 5 – 7 bodů. Vysokou potřebu dalších informací měli ti lidé, kterým vyšlo 8 – 10 bodů z 10ti za otázku 3 a 6. Takových pacientů bylo z mnou dotázaných 70ti celkem 20 (28,58 %).

Tabulka 5 - APAIS výsledky potřeby informací

Potřeba informovanosti	Počet bodů	N	%
Žádná/malá potřeba informovanosti	2 – 4 body	25	35,71
Průměrná potřeba informovanosti	5 – 7 bodů	25	35,71
Vysoká potřeba informovanosti	8 – 10 bodů	20	28,58

V Tabulce 6 je znázorněno, že celkem o další informace dle APAIS stojí 45 (64,29 %) nemocných. 25 dotázaných (35,71 %) další informace nevyžaduje.

Tabulka 6 - APAIS výsledky potřeby informací shrnutí

Potřeba informovanosti	Počet bodů	N	%
Nepotřebují více informací	2 – 4 body	25	35,71
Potřebují více informací	5 – 10 bodů	45	64,29

Mezi 25 nemocnými, kteří se cítí být dostatečně informováni a nepotřebují žádné další informace (APAIS 3+6 2-4 body) je 14 mužů a 11 žen. Vzděláním se jedná o 2 nemocné s vyšším odborným vzděláním, 11 středoškoláků s maturitou, 10 nemocných se střední odborným učilištěm a 2 nemocné se základním vzděláním. 24 těchto pacientů byli nekuřáci a jeden byl kuřák.

Dále jsem zjišťovala, jakou míru úzkosti podle APAIS měli nemocní (25 – 35,71 %), kteří dle APAIS (3+6 2-4 body) nepotřebovali další informace. Z Tabulky 7 je patrné, že průměrná míra úzkosti u pacientů, kteří se dle APAIS cítili dobře informováni je nižší než v celém souboru. Míra úzkosti z anestezie ukazuje hodnotu 3, v celém souboru je pak tato hodnota 3,90. Míra úzkosti z operace je u dobře informovaných 3,28, v celém souboru je pak tato míra 4,84 dle APAIS.

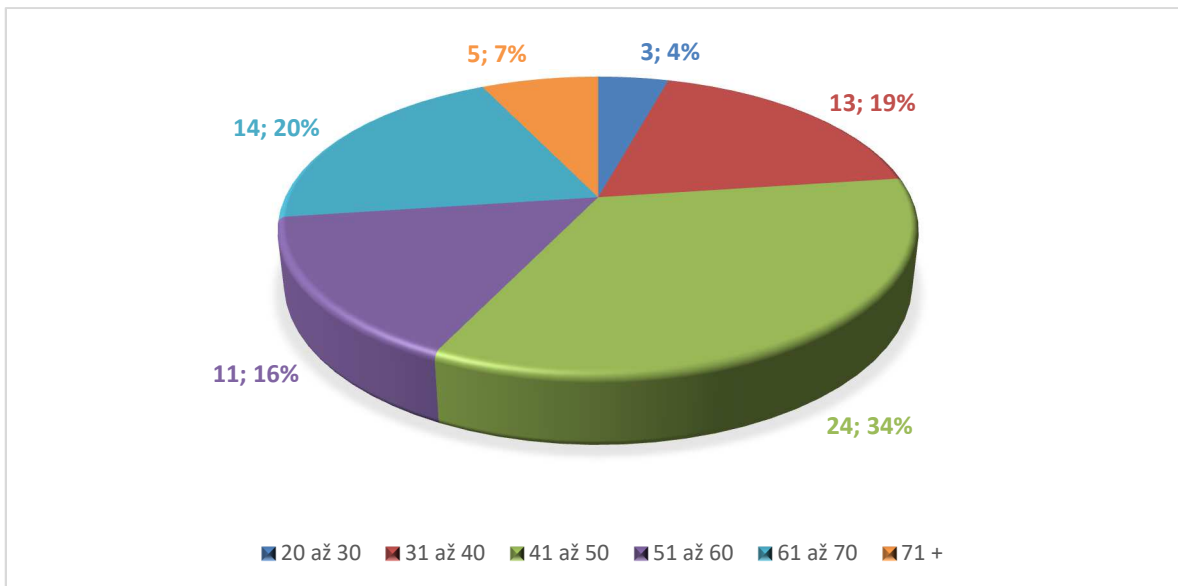
Tabulka 7 - APAIS u dobře informovaných nemocných

	průměr	medián	modus	minimum	maximum
APAIS (1+2)	3	3	2	2	10
APAIS (3+4)	3,28	3	3	2	10
APAIS (1+2+4+5)	6,28	9	9	4	20

3.3.2 Věk

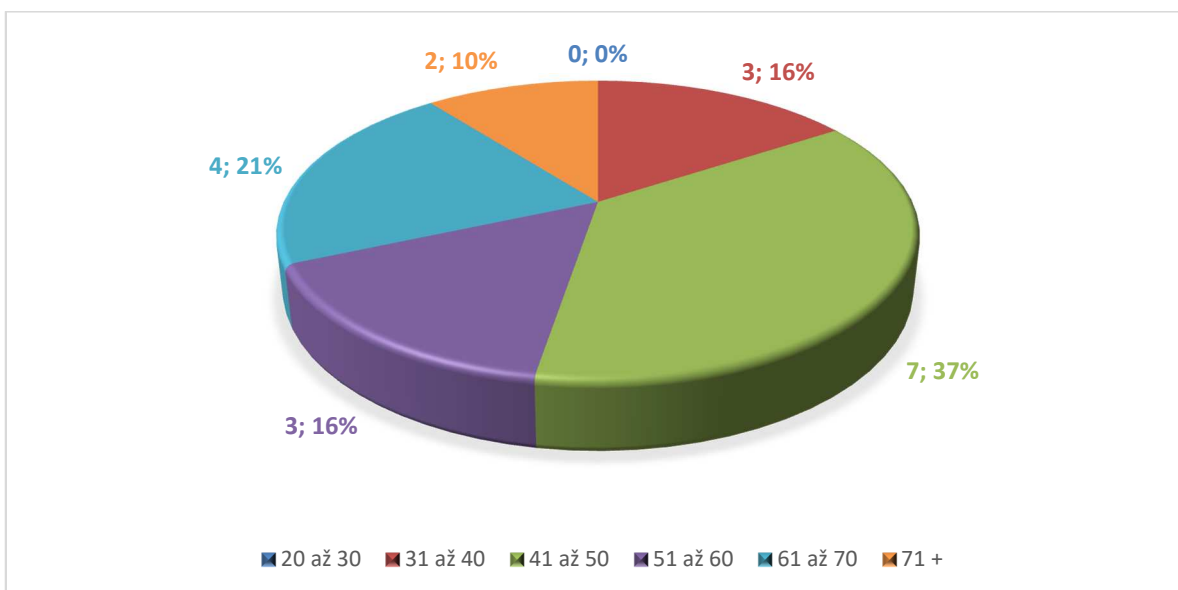
Dále mě zajímalo věkové rozložení respondentů. Rozdělila jsem je tedy do 6ti skupin. Ve věku 20-30 byli operováni 3 (4 %), ve věku 31-40 13 (19 %), ve věku 41-50 24 (34 %), ve věku 51-

60 11 (16 %), ve věku 61-70 14 (20 %) a nad 71 let 5 (7 %) nemocných. Graficky znázorněno na Obrázku 1.



Obrázek 1 : Graf - Věk respondentů

Zajímalo mě, zda věk souvisí s prožíváním úzkosti před operací. 19 respondentů, kteří vyšli dle APAIS jako úzkostní jsem tedy vztáhla vzhledem k věku. Z výsledků je na Obrázku 2 patrné, že nejvíce úzkostných pacientů dle APAIS bylo ve věkové skupině 41-50, bylo to 7 (37 %) nemocných, dále ve skupině pacientů 61-70 – 4 (21 %) a ve skupině 51-60 – 3 (16 %), ve skupině 31-40 – 3 (16 %) a ve skupině 71+ 2 (10 %).



Obrázek 2 : Graf - Věk respondentů versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 1

1H₀: Věk nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

1H_a Věk má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi věkem a prožíváním úzkosti. K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 8 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

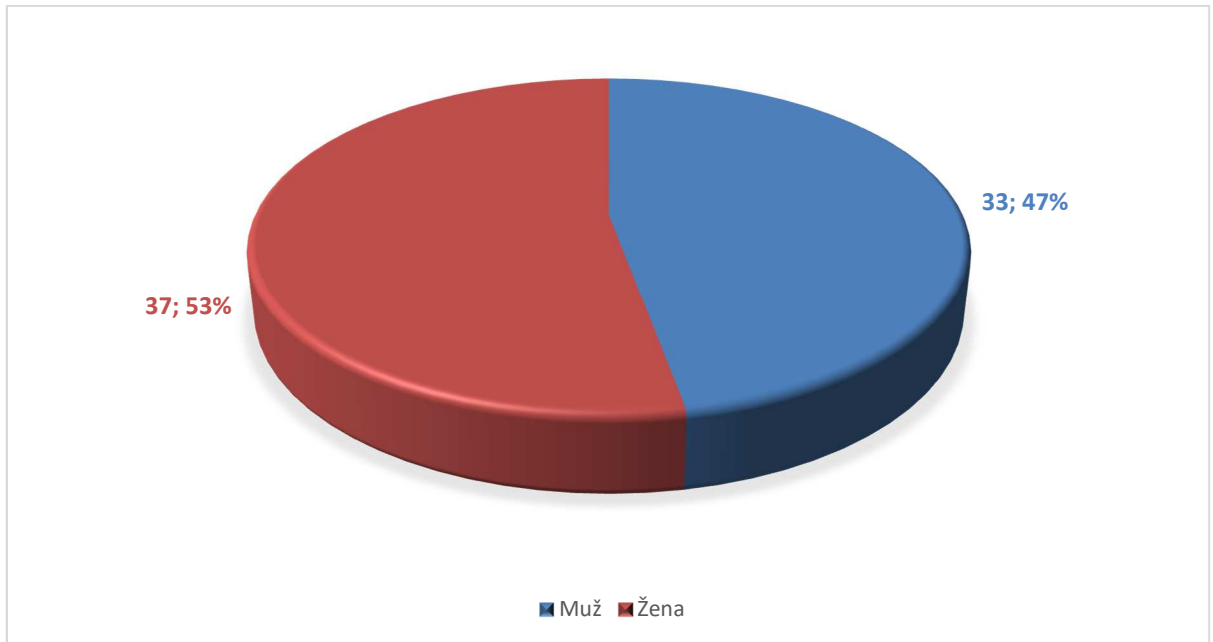
Tabulka 8 – Chí-kvadrát test věk

Věk	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
20-30 let	3	0	3
31-40 let	10	3	13
41-50 let	17	7	24
51-60 let	8	3	11
61-70 let	10	4	14
70+	3	2	5
Celkem	51	19	70

Hladinu statistické významnosti porovnááme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,887$. Nulovou hypotézu zamítnout nemůžeme. **Není** statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a věkem.

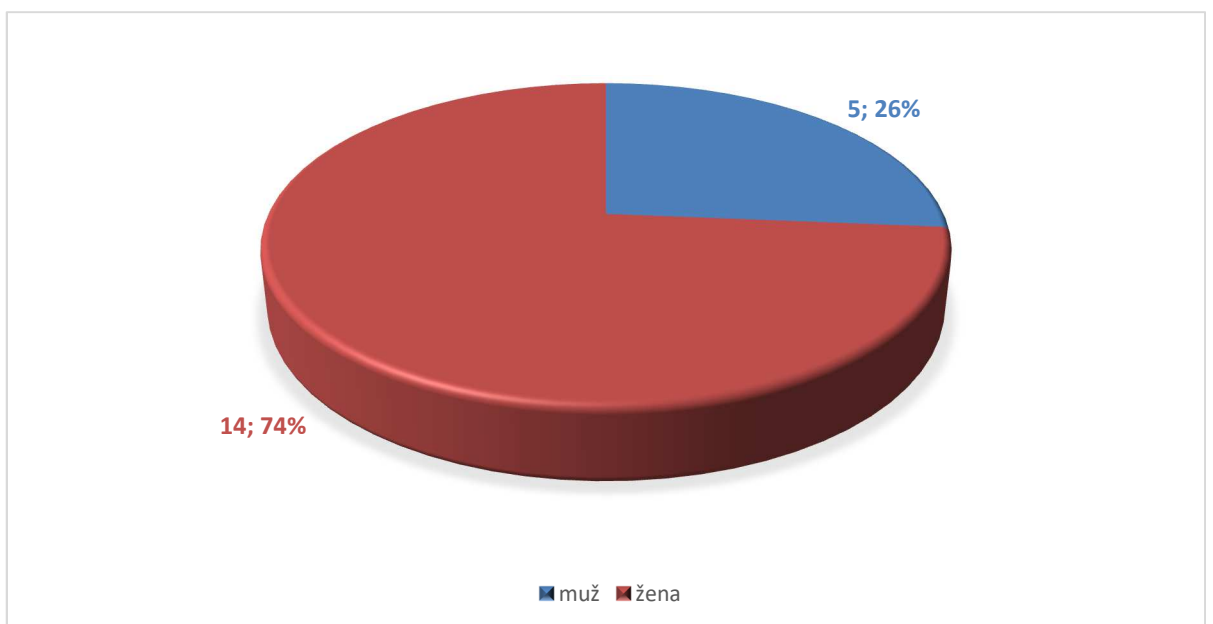
3.3.3 Pohlaví

Dle Obrázku 3 je patrné, že počet mužů a žen v mém vzorku byl téměř vyrovnaný. 37 (53 %) dotazníků odevzdaly ženy, 33 (47 %) dotazníků bylo od mužů.



Obrázek 3 : Graf - Pohlaví respondentů

Zajímalo mne, zda pohlaví souvisí s prožíváním úzkosti u operovaných. Na Obrázku 4 je patrné, že výrazně úzkostnější jsou ženy 14 (74 %) oproti mužům, kterých bylo dle APAIS úzkostných 5 (26 %).



Obrázek 4 : Pohlaví respondentů versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 2

2Ho: Pohlaví nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

2Ha Pohlaví má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi prožíváním úzkosti s pohlavím. K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 9 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

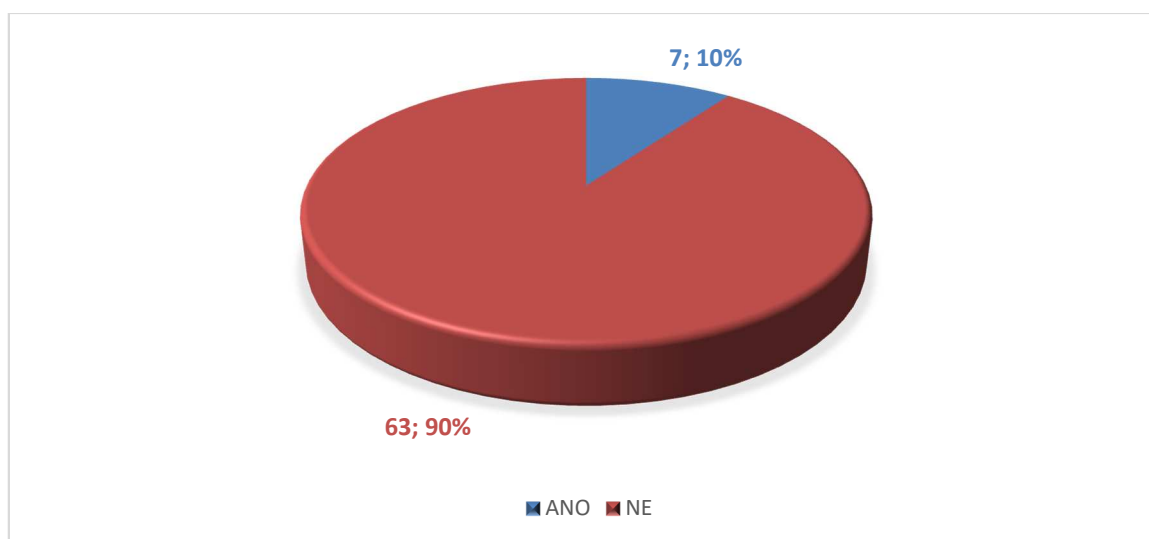
Tabulka 9 – Chí-kvadrát test pohlaví

Pohlaví	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
Žena	23	14	37
Muž	28	5	33
Celkem	51	19	70

Hladinu statistické významnosti porovnááme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,033$. Nulovou hypotézu zamítáme. Je statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a pohlavím.

3.3.4 Kouříte?

U pacientů jsem dále zjišťovala, zda kouří. Výsledkem bylo, že valná většina 63 (90 %) byly nekuřáci. Odpověď, že kouří, zaškrtnlo 7 (10 %) dotázaných. Viz. Obrázek 5.

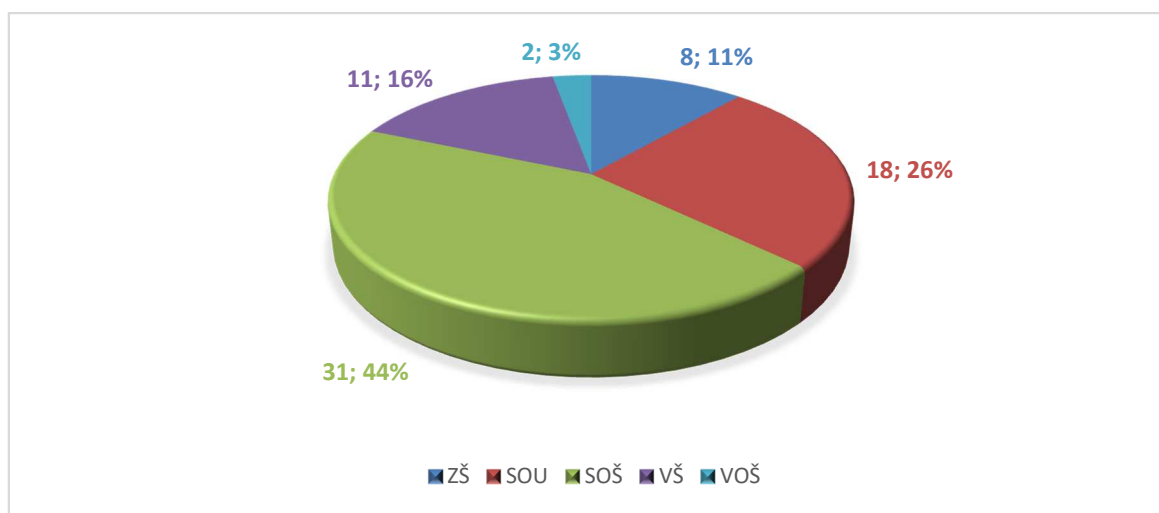


Obrázek 5 : Graf - Kouříte?

Všichni nemocní, kteří z výzkumu dle APAIS vyšli jako úzkostní (19), byli nekuřáci.

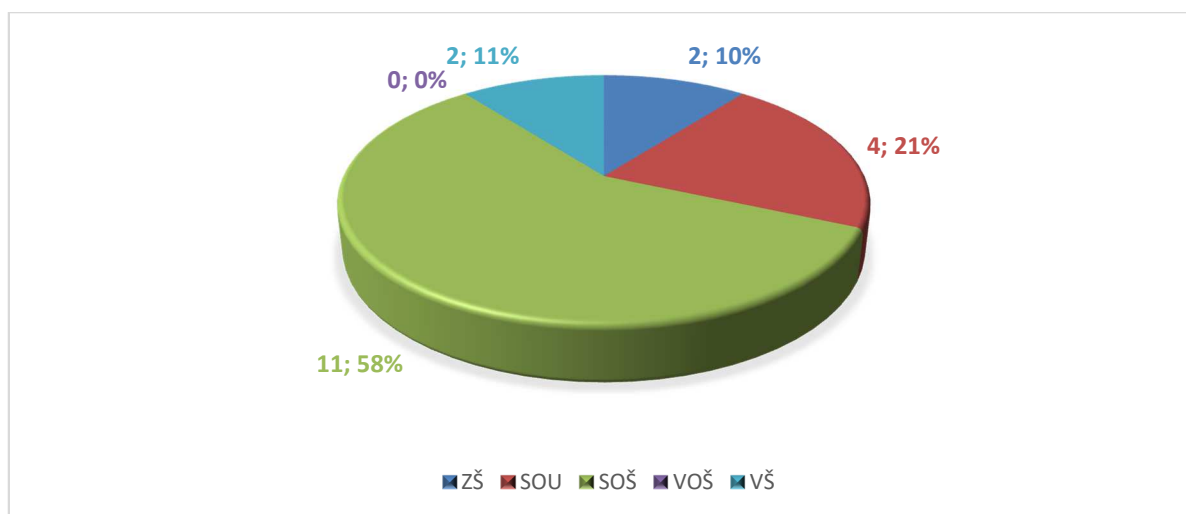
3.3.5 Nejvyšší dosažené vzdělání

Zajímalo mě, zda vzdělání souvisí s prožíváním úzkosti před operací. 70 respondentů bylo rozděleno do skupin podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejpočetnější skupinou byli středoškoláci s maturitou, jednalo se o 31 (44 %) respondentů. Dále 18 (26 %) pacientů se středním odborným učilištěm, 11 (16 %) vysokoškoláků, 8 (11 %) nemocných se základním vzděláním, 2 (3 %) měli vyšší odborné vzdělání. Viz. Obrázek 6.



Obrázek 6 : Graf - Nejvyšší dosažené vzdělání

V mém výzkumu mě zajímalo, zda má vzdělání vliv na vnímání úzkosti před operací. Na Obrázku 7 je patrné, že 11 (58 %) úzkostných pacientů dle APAIS bylo středoškoláků, 4 (21 %) byli pacienti se středním odborným učilištěm, 2 (11 %) vysokoškoláků, 2 (10 %) pacientů se základním vzděláním.



Obrázek 7 : Vzdělání versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 3

3Ho: Vzdělání nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

3Ha: Vzdělání má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi prožíváním úzkosti a stupněm vzdělání. K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 10 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

Tabulka 10 – Chí-kvadrát test vzdělání

Vzdělání	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
ZŠ	6	2	8
SOU	14	4	18
SOŠ	20	11	31
VOŠ	2	0	2
VŠ	9	2	11
Celkem	51	19	70

Hladinu statistické významnosti porovnáváme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,640$. Nulovou hypotézu zamítnout nemůžeme. **Není** statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a vzděláním.

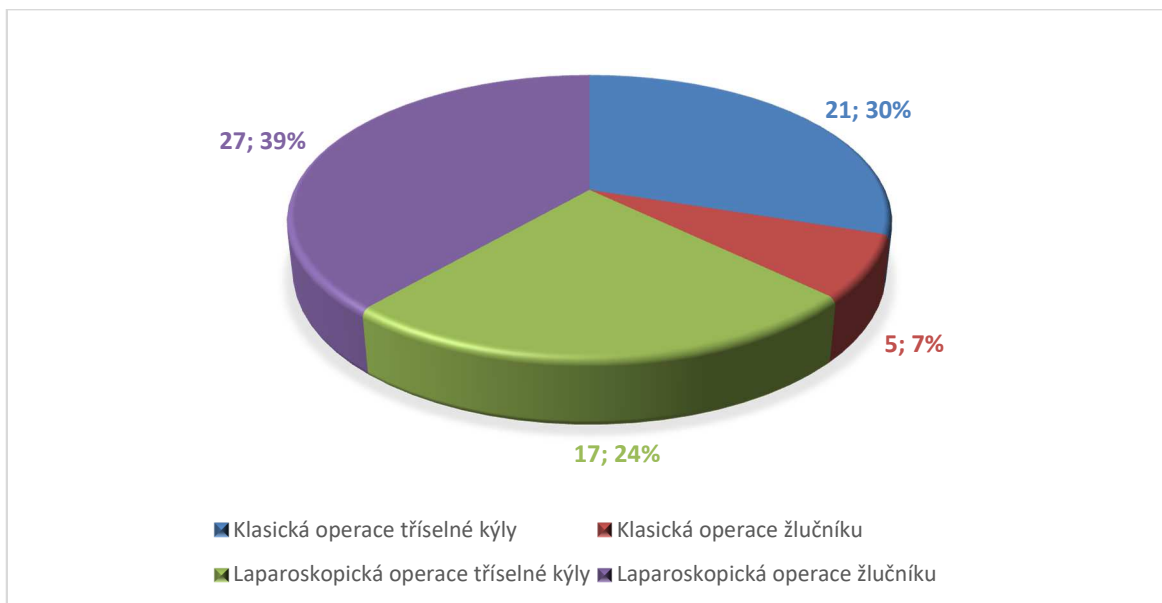
3.3.6 K jakému operačnímu výkonu jste byl přijat/přijata?

Dotazníky mé diplomové práce byly rozdávány pouze pacientům podstupujícím plánovaný operační výkon – konkrétně klasická operace tříselné kýly, laparoskopická operace tříselné kýly, klasická operace žlučníku, laparoskopická operace žlučníku. Tyto operace byly vybrány záměrně, jelikož jsou poměrně časté, relativně rychlé a odpadá u nich strach z onkologické diagnózy.

Tato otázka měla monitorovat, jaké zastoupení jednotlivých operací ve zkoumaném vzorku bylo.

Obrázek 8 ukazuje, že nejvíce pacientů, 27 (39 %), v mém vzorku uvedlo, že podstoupilo laparoskopickou operaci žlučníku. Druhou nejpočetnější skupinou byla klasická operace

tříselné kýly, tu podstoupilo 21 (30 %) pacientů. Dále následuje laparoskopická operace tříselné kýly, 17 (24 %) nemocných. Nejméně početně zastoupenou skupinou v mém výzkumu byli pacienti přijati ke klasické operaci žlučníku, těch bylo 5 (7 %).

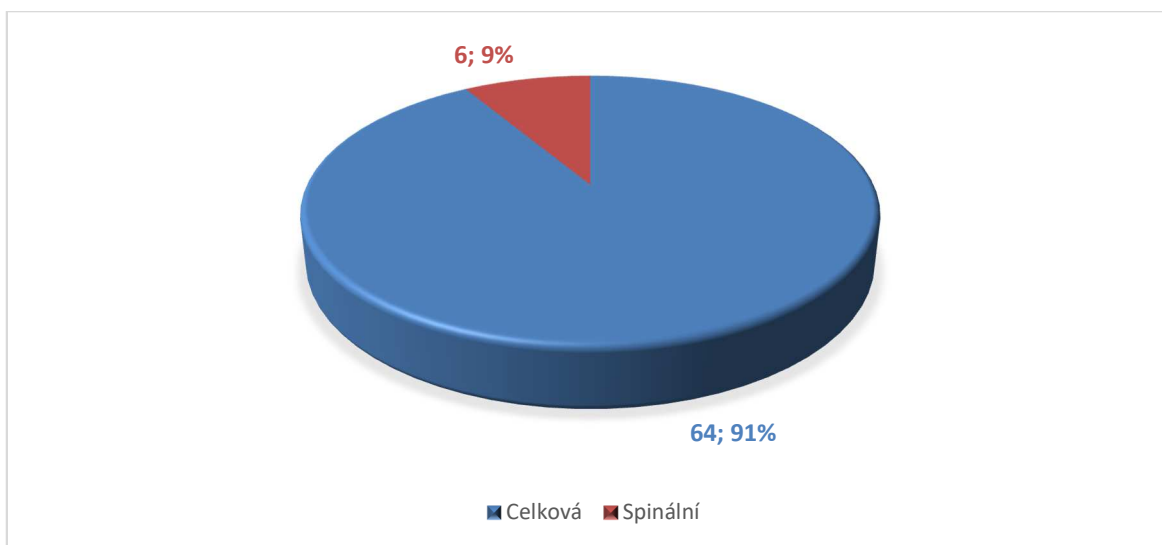


Obrázek 8 : Graf - Typ operačního výkonu

3.3.7 V jaké anestezii (narkóze) bude Vaše operace provedena?

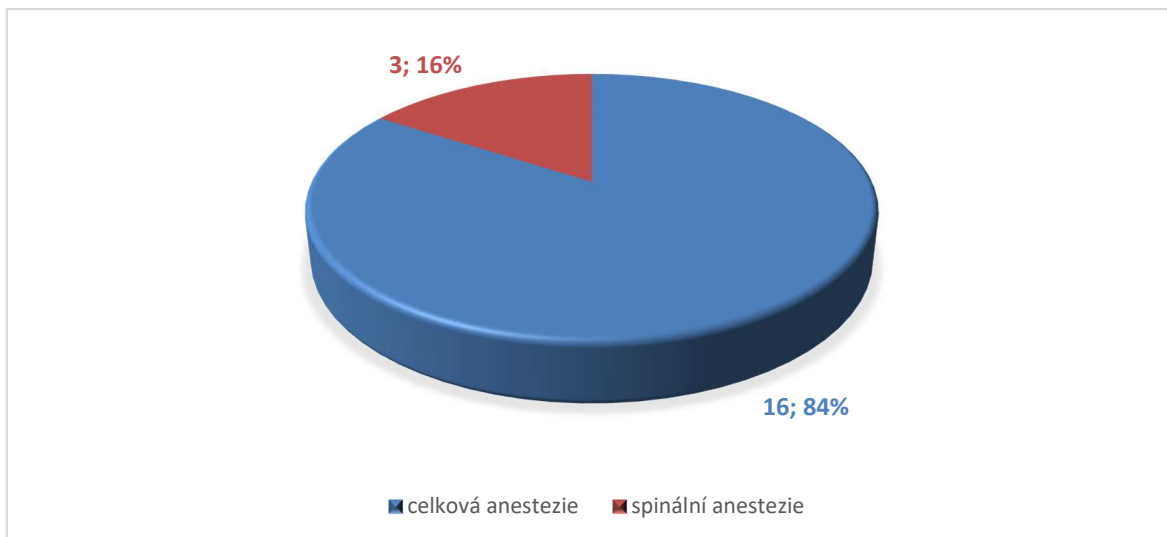
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda typ anestezie souvisí s prožíváním úzkosti před operací.

Z Obrázku 9 je patrné, že většina - 64 (91 %) dotázaných byla operována v celkové anestezii. 6 (9 %) pacientů podstoupila operaci – klasickou operaci tříselné kýly ve spinální anestezii.



Obrázek 9 : Graf - Typ anestezie

Zajímalo mě, zda typ anestezie souvisí s prožívání úzkosti. Z výsledků výzkumu vyplývá, že z 19ti pacientů, kteří dle APAIS vyšli jako úzkostní, byli 3 (16 %) operováni ve spinální anestezii a 16 (84 %) v celkové anestezii. Výsledky znázorňuje Obrázek 10.



Obrázek 10 : Graf - Typ anestezie versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 4

4H₀: Typ anestezie nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

4H_a Typ anestezie má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi prožíváním strachu a úzkosti s typem anestezie. K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 11 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

Tabulka 11 – Chí-kvadrát test typ anestezie

Typ anestezie	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
Celková	48	16	64
Spinální	3	3	6
Celkem	51	19	70

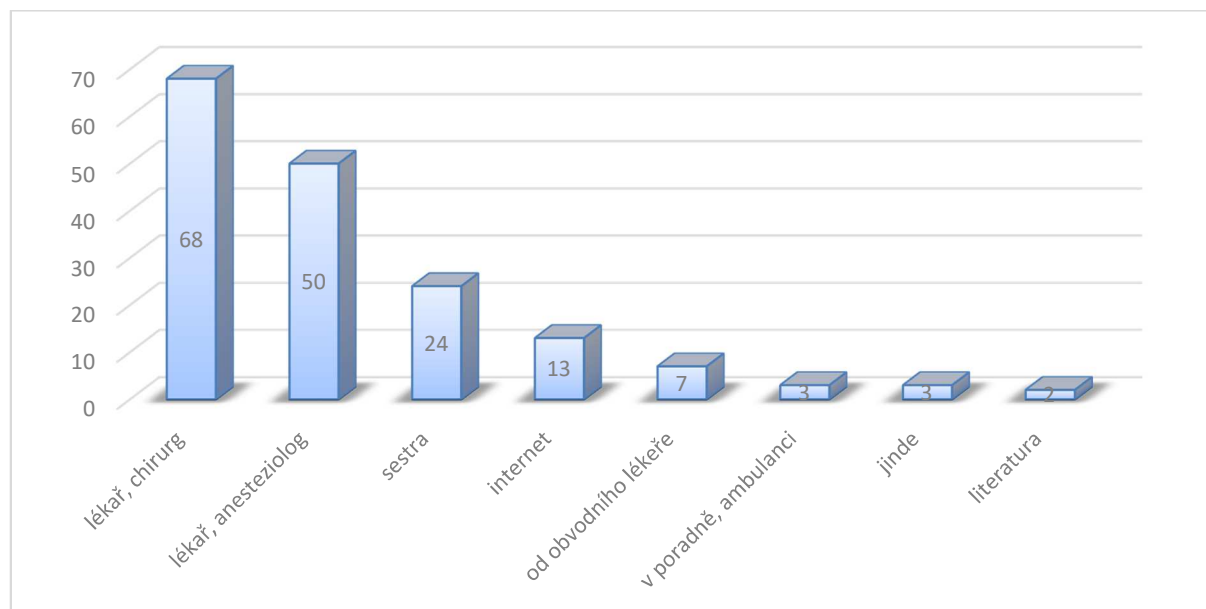
Hladinu statistické významnosti porovnáváme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,187$. Nulovou hypotézu zamítnout nemůžeme. **Není** statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a typem anestezie.

3.3.8 Odkud jste získával informace k Vaší operaci?

Jednou z mých výzkumných otázek bylo zjistit, odkud pacienti získávali informace o jejich operačním výkonu.

Na výběr měli následující možnosti: lékař, chirurg – formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu; lékař, chirurg – pouze formou rozhovoru; lékař, chirurg – pouze přečtení Poučení o zdravotním výkonu; lékař, anesteziolog – formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu; lékař, anesteziolog – pouze formou rozhovoru; lékař, anesteziolog – pouze přečtení Poučení o zdravotním výkonu; anesteziologická sestra; zdravotní sestra na oddělení; zdravotní sestra na operačním sále; internet; literatura; v poradně nebo ambulanci; od obvodního lékaře; jinde.

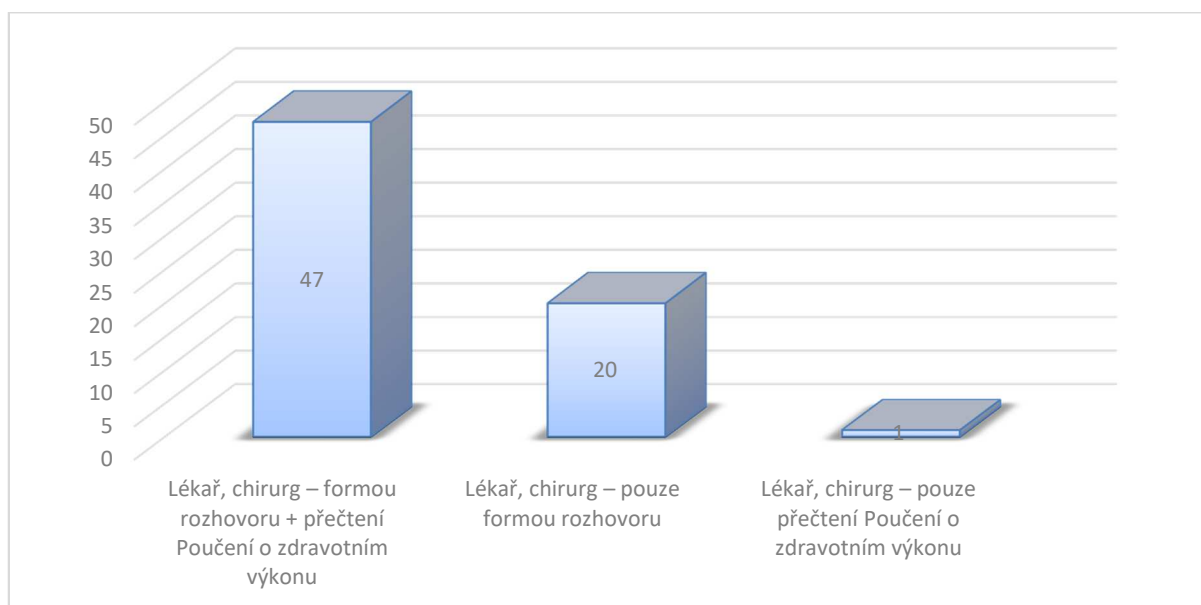
Z výsledku výzkumu vyplývá, že nemocné nejčastěji informoval lékař chirurg, tuto odpověď byla zaškrtnuta 68x, dále lékař anesteziolog 50x a zdravotní sestra 24x. Ostatní výsledky graficky znázorněny na Obrázku 11.



Obrázek 11 : Graf - Odkud jste získával informace k operaci

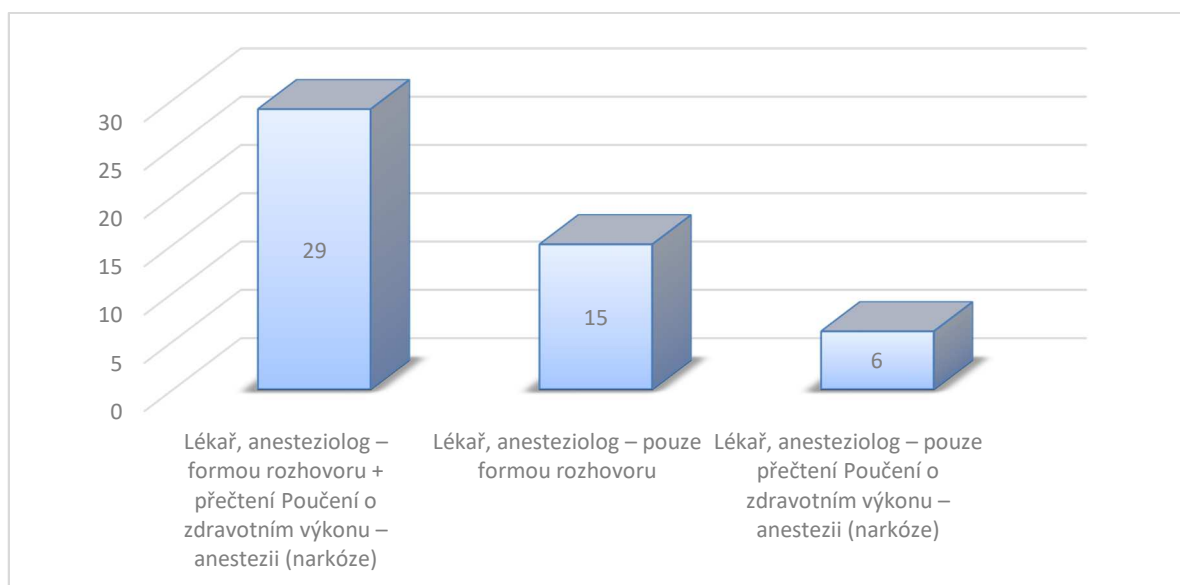
Kategorie lékař chirurg, lékař anesteziolog a zdravotní sestra jsem pak ještě pro lepší přehlednost rozdělila do následujících grafů.

Obrázek 12 se věnuje formě, jakou informovali chirurgové. Nejčastěji pacienti udávali, že byli informováni formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu, tato možnost byla označena 47x. Dále pak pouze formou rozhovoru, toto bylo označeno 20x, 1x pacient uvedl, že byl poučen pouze přečtením Poučení o zdravotním výkonu.



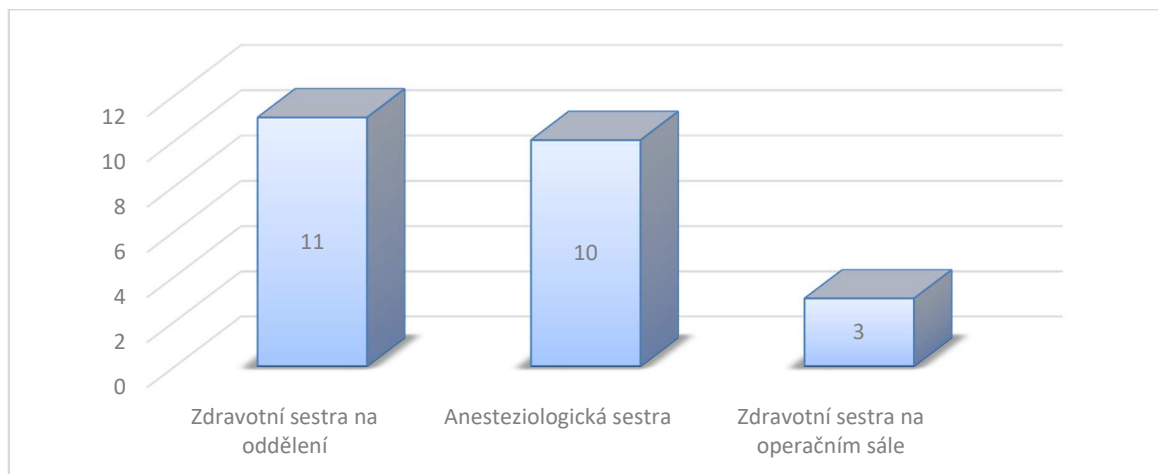
Obrázek 12 : Graf - Informace od lékaře chirurga

Obrázek 13 informuje o tom, jakou formou byli nemocní poučeni od anesteziologů. Zde byla nejčastější odpověď odpověď formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu – anestezii, toto bylo označeno 29x. 15x bylo uvedeno, že byli poučeni pouze formou rozhovoru. 6x nemocní uvedli, že si pouze přečetli Poučení o zdravotním výkonu – anestezii.



Obrázek 13 : Graf - Informace od lékaře anesteziologae

Obrázek 14 ukazuje, od jakých sester nejčastěji nemocní získávali informace k jejich operačnímu výkonu. Nejčastěji informace získávali od zdravotních sester na oddělení, ty byly označeny 11x, dále pak od anesteziologické sestry 10x a 3x nemocní uvedli zdravotní sestru na operačním sále.

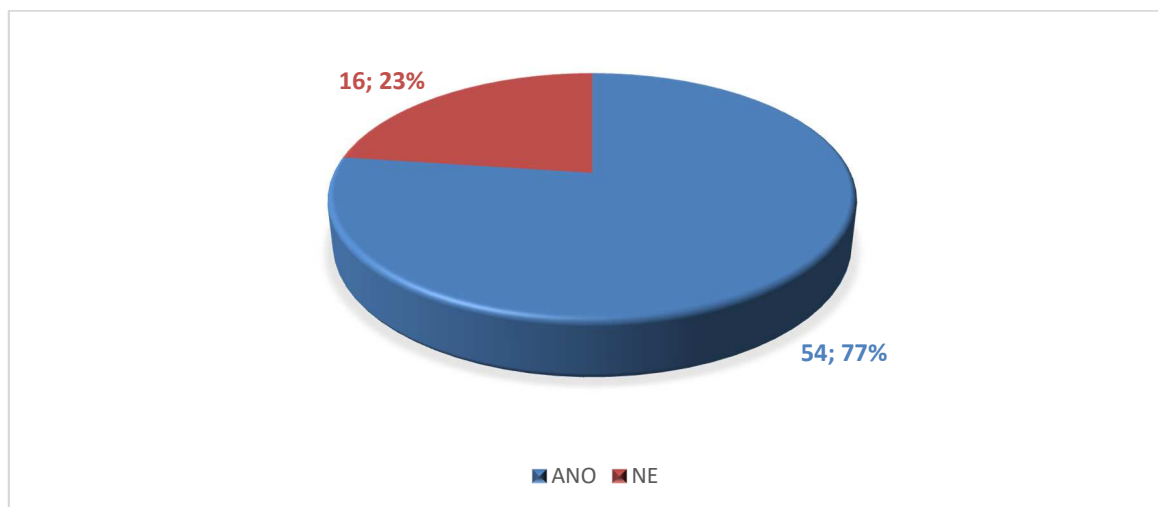


Obrázek 14 : Graf - Informace od zdravotní sestry

3.3.9 Znáte jméno lékaře?

Druhá otázka v mém dotazníku, kterou pacienti vyplňovali před operací, byla zaměřena na informovanost. Zde jsem se ptala, jestli znají jméno lékaře (chirurga), který je bude operovat.

Ze 70ti dotázaných 54 respondentů (77 %) uvedlo, že jméno operátora zná. Naopak 16 respondentů (26 %) uvedlo, že jméno chirurga nezná. Výsledky graficky znázorňuje Obrázek 15.

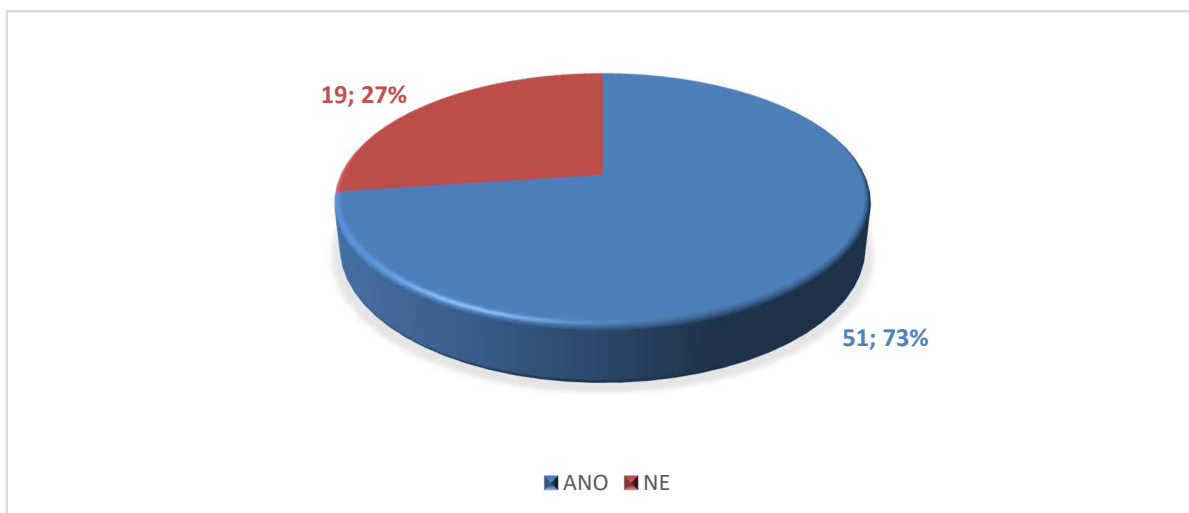


Obrázek 15 : Graf - Znáte jméno chirurga

3.3.10 Prodělal jste v minulosti operaci?

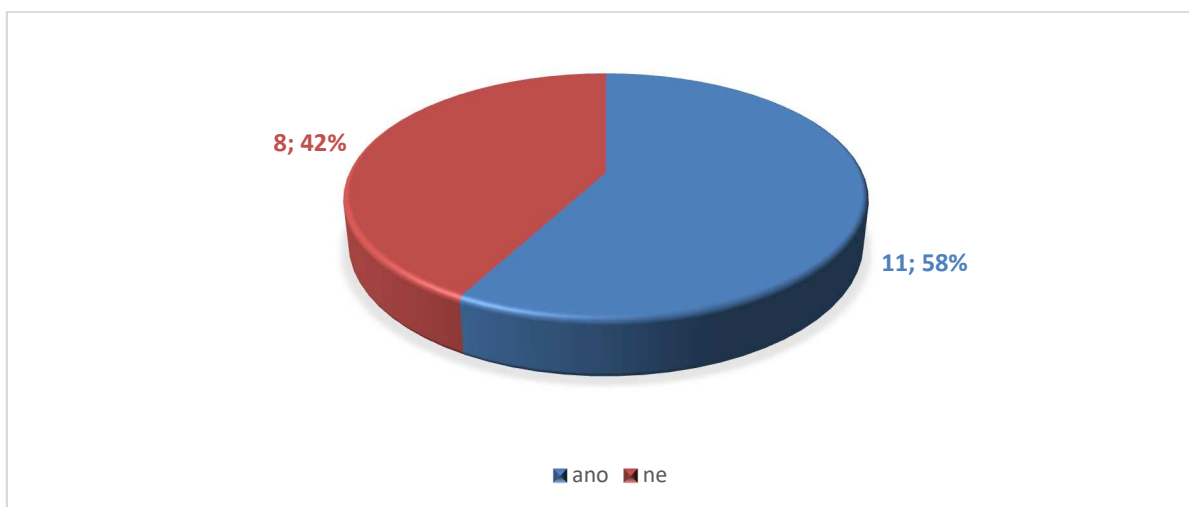
Tato otázka slouží ke zjištění předchozí zkušenosti s operačním výkonem a její případný vliv na prožívání strachu a úzkosti.

Z Obrázku 16 je patrné, že 51 (73 %) nemocných už bylo v minulosti operováno. 19 (27 %) respondentů zatím zkušenost s operačním výkonem nemělo.



Obrázek 16 : Graf - Prodělal jste v minulosti operaci?

Z Obrázku 17 je patrné, že větší obavy z operačního výkonu měli pacienti, kteří v minulosti operaci podstoupili. 11 (58 %) úzkostných nemocných dle APAIS už v minulosti operováno bylo, 8 (42 %) úzkostných pacientů předchozí zkušenost s operací nemělo.



Obrázek 17 : Graf - Prodělal jste v minulosti operaci versus úzkost

Výsledek testování hypotézy č. 5

5Ho: Předchozí zkušenost nemá vliv na prožívání úzkosti před operací.

5Ha: Předchozí zkušenost má vliv na prožívání úzkosti před operací.

Testování, zda je souvislost mezi prožíváním úzkosti s předchozí zkušeností s operací.

K výpočtu hladiny statistické významnosti jsem použila chí-kvadrát testování. Tabulka 12 obsahuje absolutní četnosti k výpočtu chí-kvadrátu.

Tabulka 12 – Chí-kvadrát test předchozí zkušenost

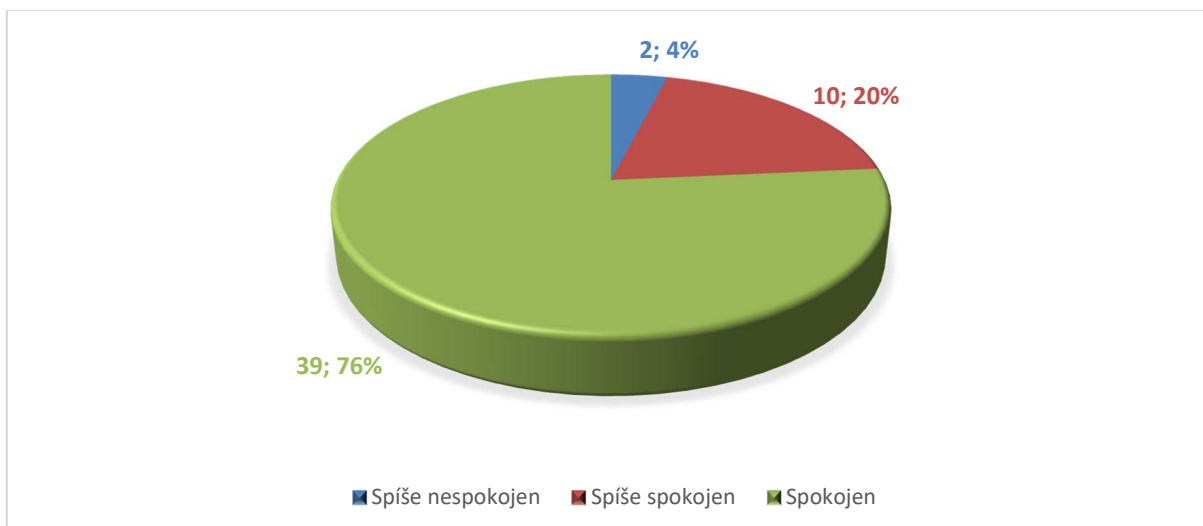
Předchozí zkušenost	APAIS < 11	APAIS > 11	Celkem
Ano	42	11	53
Ne	9	8	17
Celkem	51	19	70

Hladinu statistické významnosti porovnáváme s hodnotou 0,05. Hladina statistické významnosti $p=0,033$. Nulovou hypotézu zamítáme. Je statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a předchozí zkušeností.

Skupina respondentů, která měla předchozí zkušenost s operačním výkonem ((51 (73 %) respondentů)), dále odpovídala na další otázky týkající se zkušenosti se zdravotnickým personálem, zkušenosti se zdravotnickým zařízením a zkušenosti s vlastním operačním zákrokem.

3.3.10.1 Zkušenost se zdravotnickým personálem

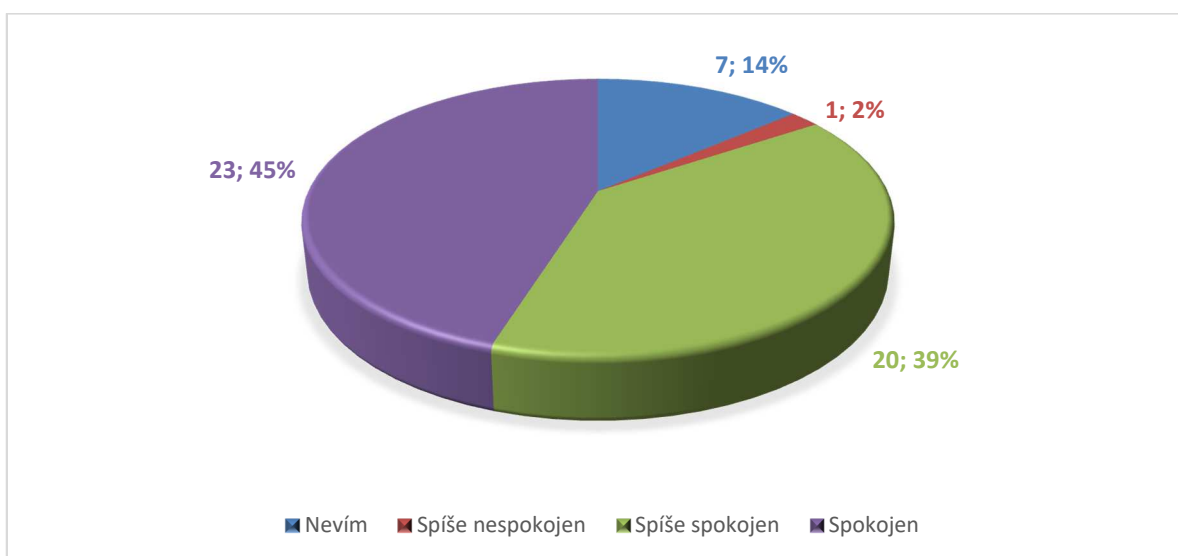
Z Obrázku 18 vyplývá, že více než $\frac{3}{4}$ pacientů s přechodí zkušeností s operací uvedli, že byli se zdravotnickým personálem „spokojeni“. Jednalo se o 39 (76 % respondentů). Dalších 10 (20 %) bylo se zdravotníky „spíše spokojeno“. Pouze 2 (4 %) pacienti byli s péčí zdravotníků „spíše nespokojeni“.



Obrázek 18 : Graf - Zkušenost se zdravotnickým personálem

3.3.10.2 Zkušenost se zdravotnickým zařízením

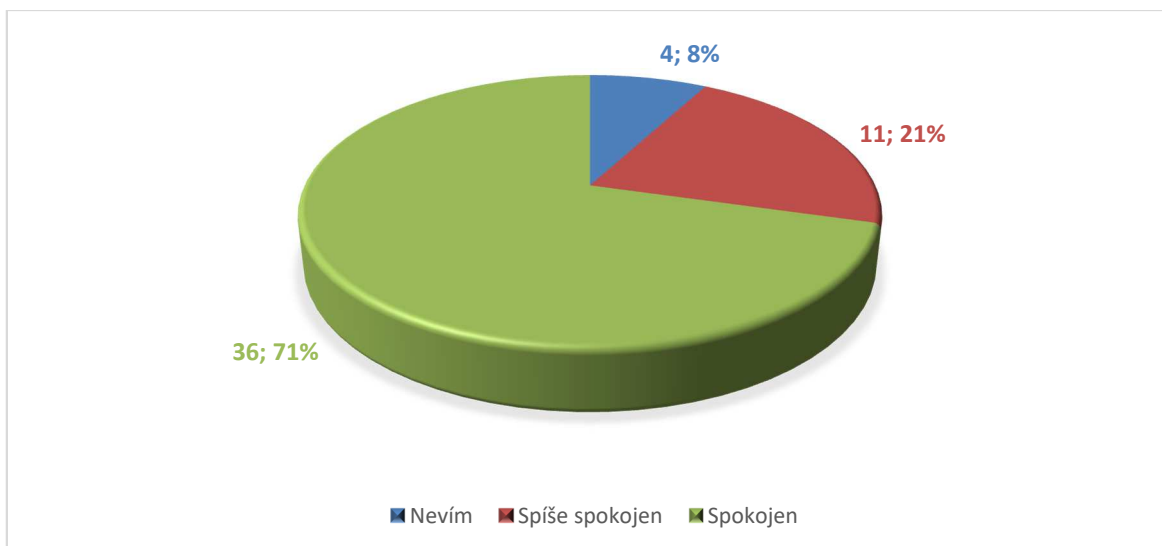
Se zdravotnickým zařízením bylo při předchozí operaci „spokojeno“ 43 (84 %) dotázaných. 7 (14 %) uvedlo, že „nevím“ a 1 (2 %) byl se zdravotnickým zařízením „spíše nespokojen“. Viz. Obrázek 19.



Obrázek 19 : Graf - Zkušenost se zdravotnickým zařízením

3.3.10.3 Zkušenost s kvalitou zdravotnické péče

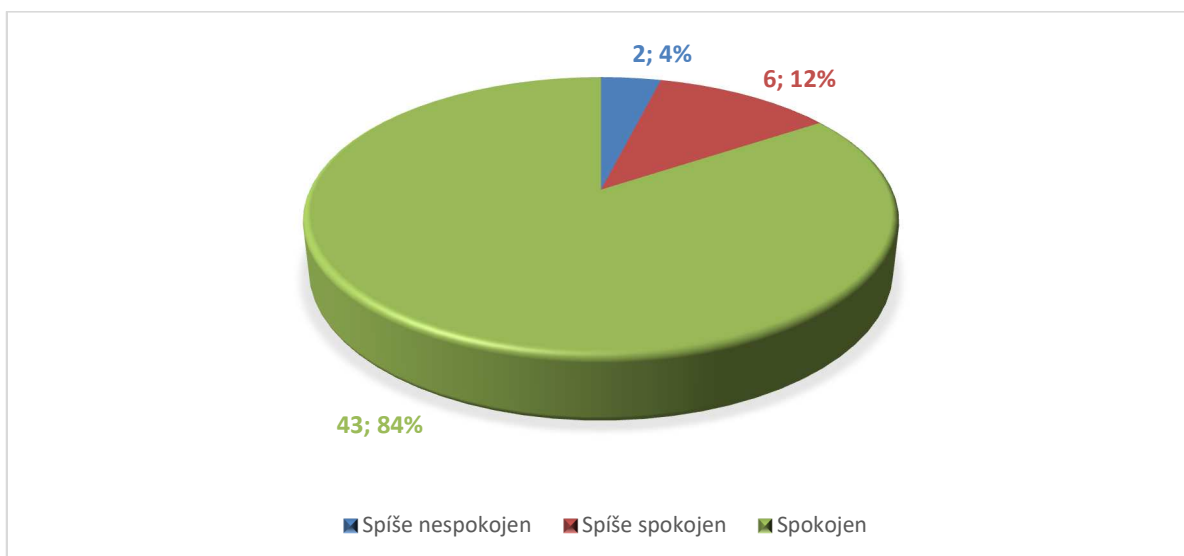
S kvalitou zdravotnické péče bylo „spokojeno“ 47 (92 %) nemocných. Pouze 4 (8 %) vybrali možnost „nevím“. Výsledky zobrazuje Obrázek 20.



Obrázek 20 : Graf - Zkušenost s kvalitou zdravotnické péče

3.3.10.4 Zkušenost s vlastním operačním výkonem

S operačním výkonem a jeho výsledkem bylo „spokojeno“ 49 (96 %) nemocných. 2 (4 %) uvedli, že byli s operačním výkonem „spíše nespokojeni“. Jeden z těchto pacientů poznámkou uvedl, že to bylo z důvodu recidivy. Viz. Obrázek 21.

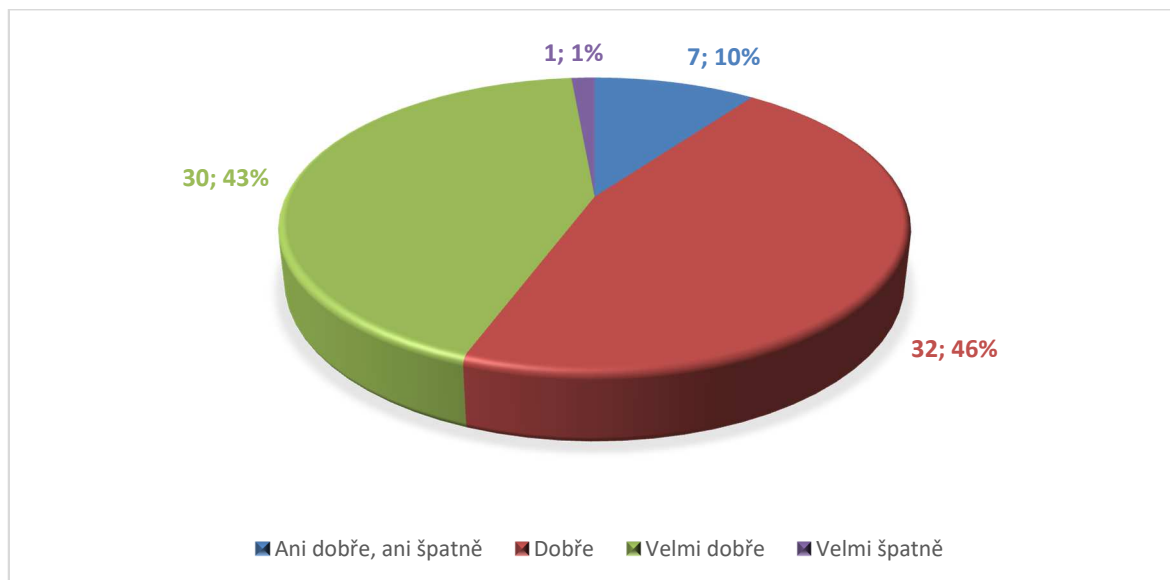


Obrázek 21 : Graf - Zkušenost s vlastním operačním výkonem

3.3.11 Jak se cítíte být informován?

V této otázce měli nemocní na škále od 1 do 5 označit, jak se cítí být informování v souvislosti s operačním výkonem. 1 bylo velmi dobře, naopak 5 označili nemocní, kteří se cítili být informování velmi špatně.

Z Obrázku 22 je patrné, že téměř polovina dotazovaných 32 (46 %) se cítí být informována „dobře“. 30 (43 %) hodnotí svou informovanost jako „velmi dobrou“. 7 (10 %) nemocných ji vnímá jako „ani dobrou a ani špatnou“. 1 (1 %) pacient se cítí být „velmi špatně“ informován. Žádný z dotazovaných pacientů nevolil možnost „spíše špatně“.

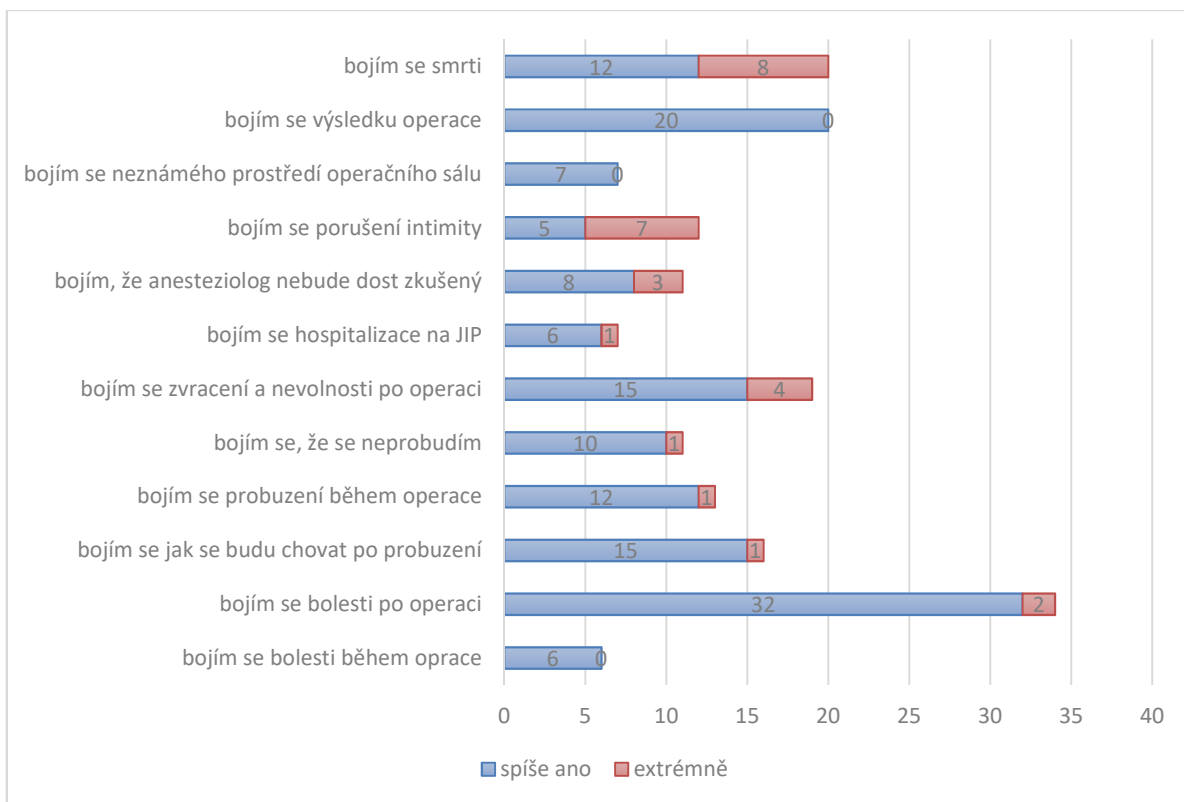


Obrázek 22 : Graf - Jak se cítíte být informován?

3.3.12 Strach z jednotlivých situací

V dotazníku měli nemocní označit, čeho se nejvíce obávají. Možnosti na výběr měli „extrémně“, „spíše ano“, „jak kdy“, „spíše ne“ a „vůbec ne“. Obrázek 23 obsahuje jednotlivé situace, kterých se nemocní často obávají a pro lepší přehlednost pouze odpovědi „spíše ano“ a „extrémně“. Jednotlivé otázky více rozpracovány dále.

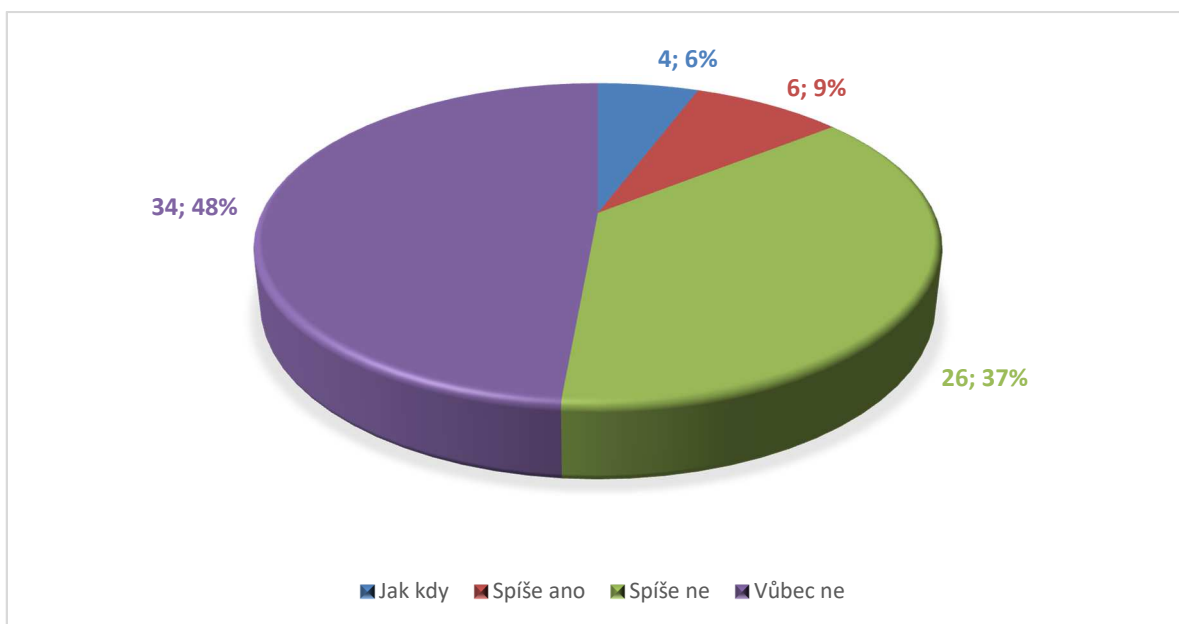
Z výsledků výzkumu je patrné, že se nejvíce lidé obávají bolesti po operaci, 32 nemocných se „spíše“ bojí a 2 se bojí „extrémně“. Druhou nejvíce obávanou věcí, je výsledek operace, toho se „spíše“ obává 20 nemocných. Stejně jako smrti, té se „spíše bojí“ 12 nemocných a 8 se bojí „extrémně“. Další obávanou situací je zvracení a nevolnost po operaci, toho se „spíše“ bojí 15 nemocných a 4 se toho bojí „extrémně“. Z toho, jak se bude chovat po probuzení má „extrémní“ strach 1 nemocný, 12 se toho „spíše“ bojí. Porušení intimity se „spíše“ bojí 5 a extrémně 7 dotazovaných pacientů. Další výsledky uvedeny v Obrázku 23



Obrázek 23 : Graf - Čeho se lidé nejvíce obávají?

3.3.12.1 Bojím se bolesti během operace

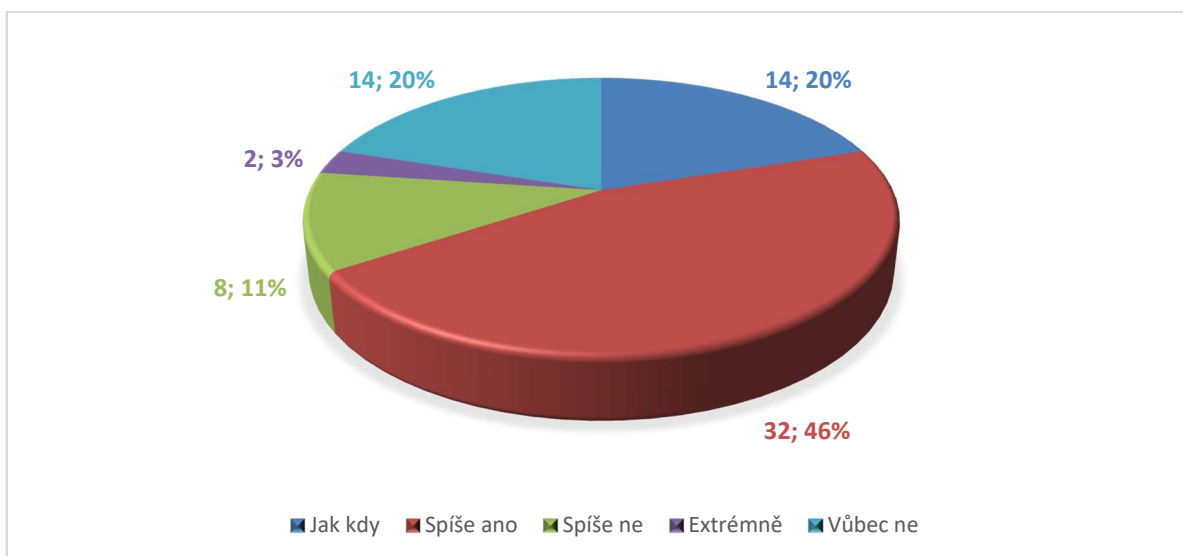
Bolesti během operace se „spíše bojí“ 6 (9 %) dotázaných. Možnost „jak kdy“ zvolili 4 (6 %) pacientů. Valná většina 60 (85 %) se bolesti během operace neobává. Viz. Obrázek 24.



Obrázek 24 : Graf - Bojím se bolesti během operace

3.3.12.2 Bojím se bolesti po operaci

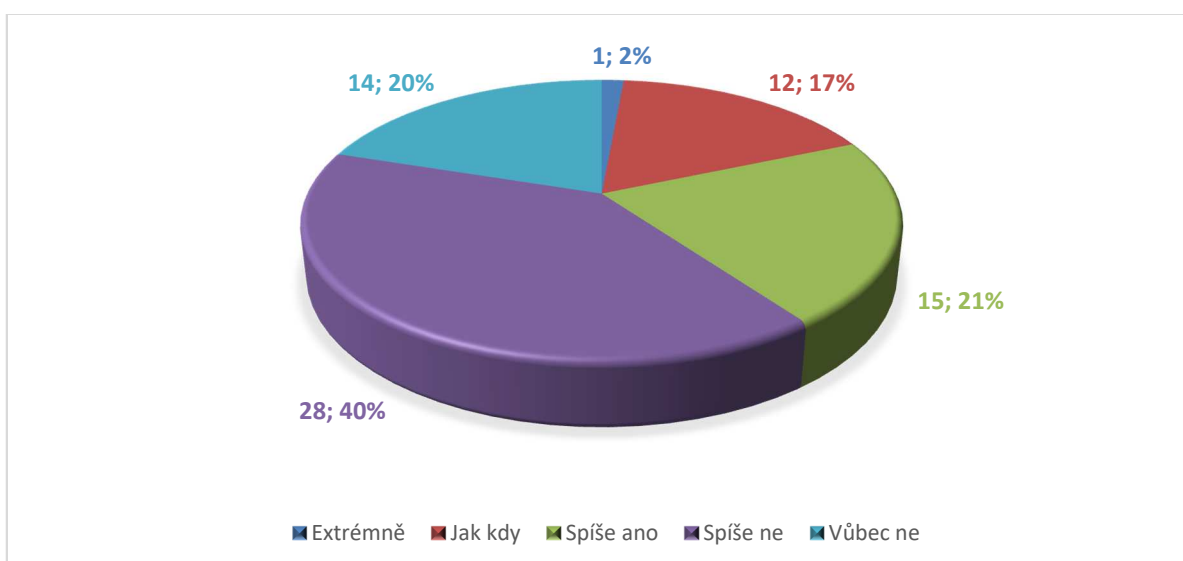
Na otázku, zda se nemocní bojí bolesti po operaci, už byly odpovědi zajímavější. Z výsledků výzkumu vyplývá, 2 (3 %) dotázaní, se bolesti po operaci bojí extrémně. Téměř polovina 32 (46 %) respondentů se „spíše bojí“ bolesti po operaci. 14 (20 %) si vybralo možnosti „jak kdy“. Pouze 22 (31 %) se bolesti po operaci neobává. Výsledky graficky znázorněny v Obrázku 25.



Obrázek 25 : Graf - Bojím se bolesti po operaci

3.3.12.3 Bojím se, jak se budu chovat po probuzení

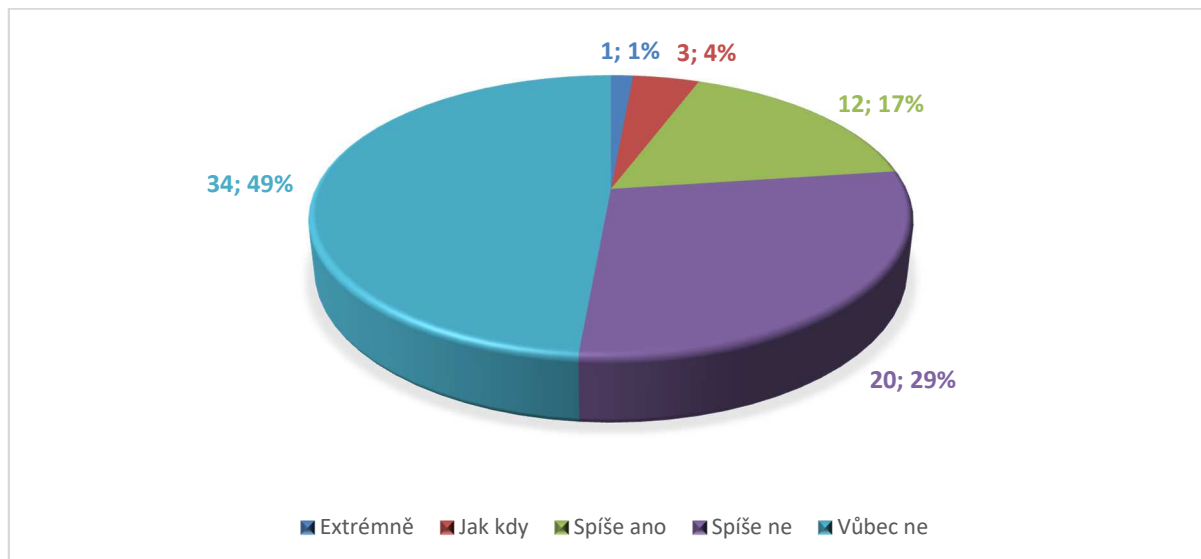
Z Obrázku 26 vyplývá, že z chování po operaci má „extrémní“ strach 1 (2 %) dotázaný. 15 (21 %) s této situace spíše bojí. Odpověď „jak kdy“ označilo 12 (17 %) nemocných. 42 (60 %) pacientů obavy z této situace nepociťuje.



Obrázek 26 : Graf - Bojím se jak se budu chovat po probuzení

3.3.12.4 Bojím se probuzení během operace

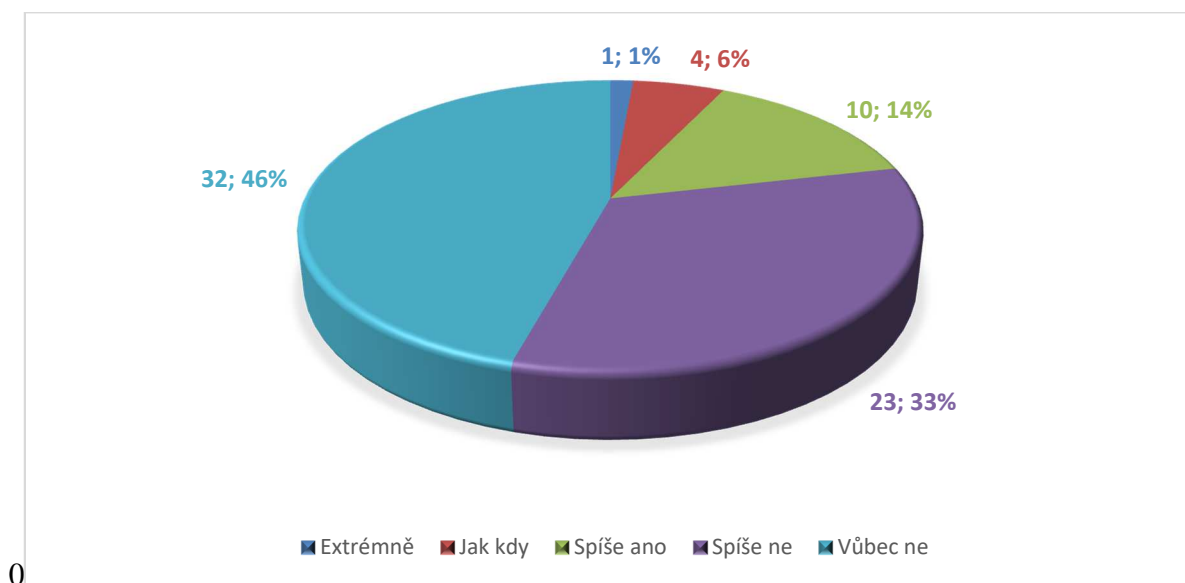
Tato otázka zjišťovala, zda se nemocní obávají probuzení během operačního výkonu. Odpověď „vůbec ne“ nebo „spíše ne“ označilo 54 (78 %) nemocných. Odpověď „jak kdy“ preferovali 3 (4 %) nemocní. 12 (17 %) se této situace spíše bojí a 1 (1 %) se bojí probuzení během operace „extrémně“. Viz. Obrázek 27.



Obrázek 27 : Graf - Bojím se probuzení během operace

3.3.12.5 Bojím se, že se neprobudím

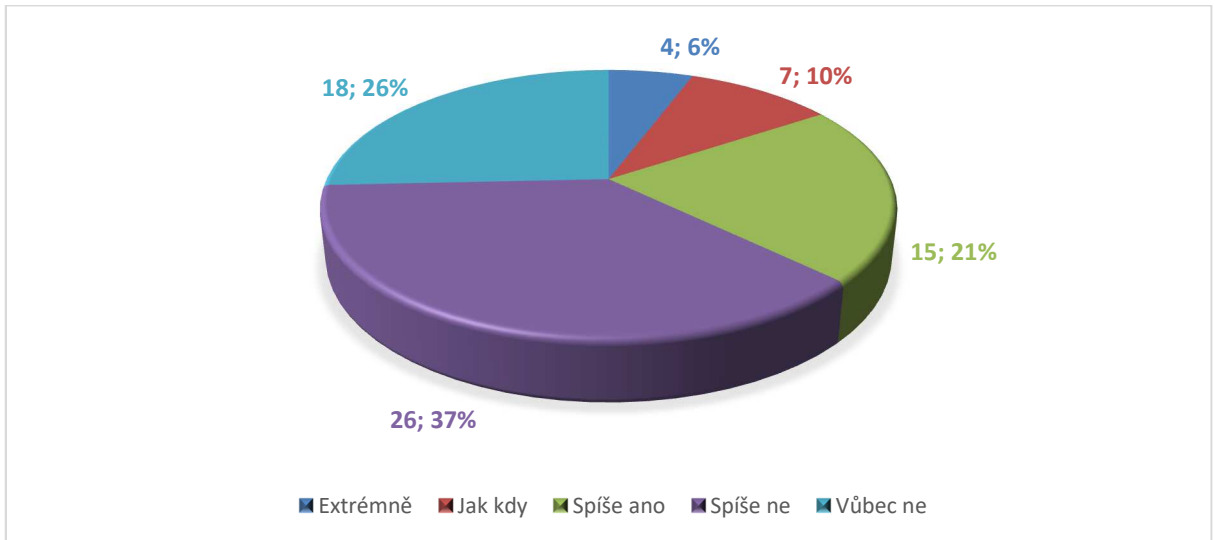
Na Obrázku 28 je patrné, že většina pacientů 55 (79 %) se toho, že se z narkózy neprobudí, nebojí. 4 (6 %) pacientů vybralo možnost „jak kdy“. Možnost „spíše ano“ zvolilo 10 (14 %) nemocných. 1 (1 %) se toho, že se neprobudí bál „extrémně“.



Obrázek 28 : Graf - Bojím se, že se neprobudím

3.3.12.6 Bojím se zvracení a nevolnosti po operaci

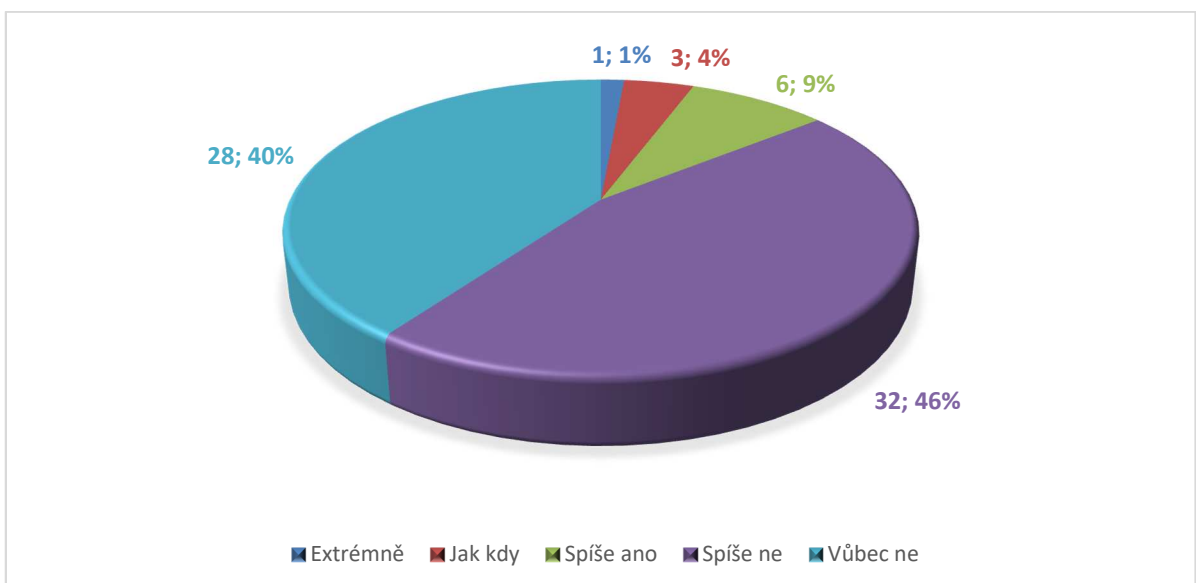
Zvracení a nevolnosti se neobává 44 (64 %) pacientů. Možnost „jak kdy“ označilo 7 (10 %) nemocných. 15 (21 %) se nevolnosti a zvracení po operaci obává a další 4 (6 %) mají z těchto problémů strach dokonce „extrémně“. Viz. Obrázek 29.



Obrázek 29 : Graf - Bojím se zvracení a nevolnosti po operaci

3.3.12.7 Bojím se hospitalizace na JIP

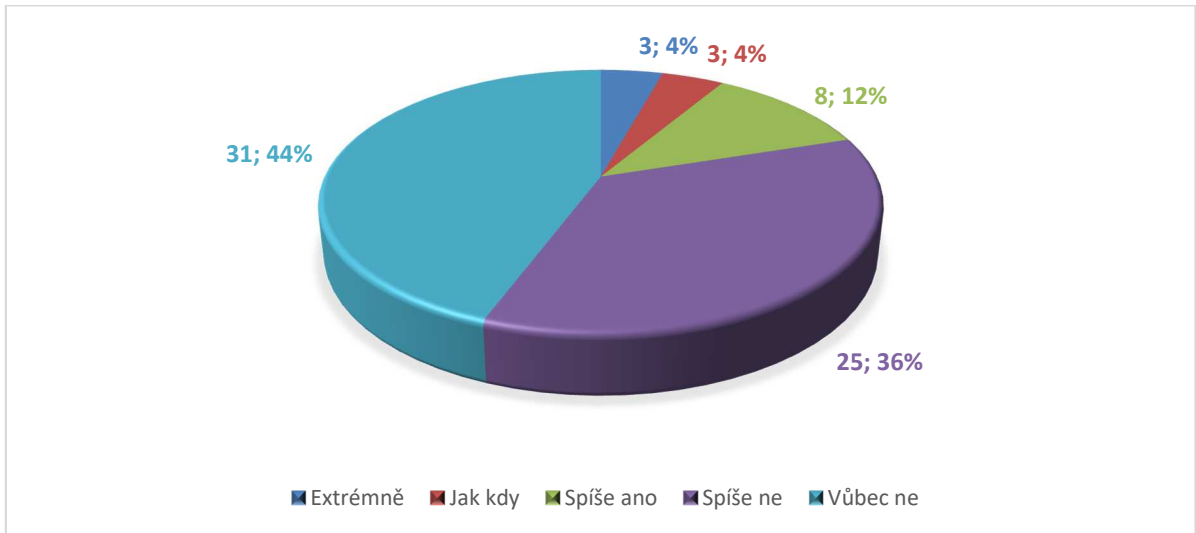
Z výzkumu vyplývá, že hospitalizace na JIP se valná většina dotázaných nebojí. Odpověď „spíše ne“ nebo „vůbec ne“ označilo 60 (86 %) dotázaných. Možnost „jak kdy“ vybrali 3 (4 %) respondenti. 6 (9 %) se hospitalizace na JIP obává a jeden pacient vybral možnost „extrémně“. Výsledky graficky znázorněny na Obrázku 30.



Obrázek 30 : Graf - Bojím se hospitalizace na JIP

3.3.12.8 Bojím se, že anesteziolog nebude dost zkušený

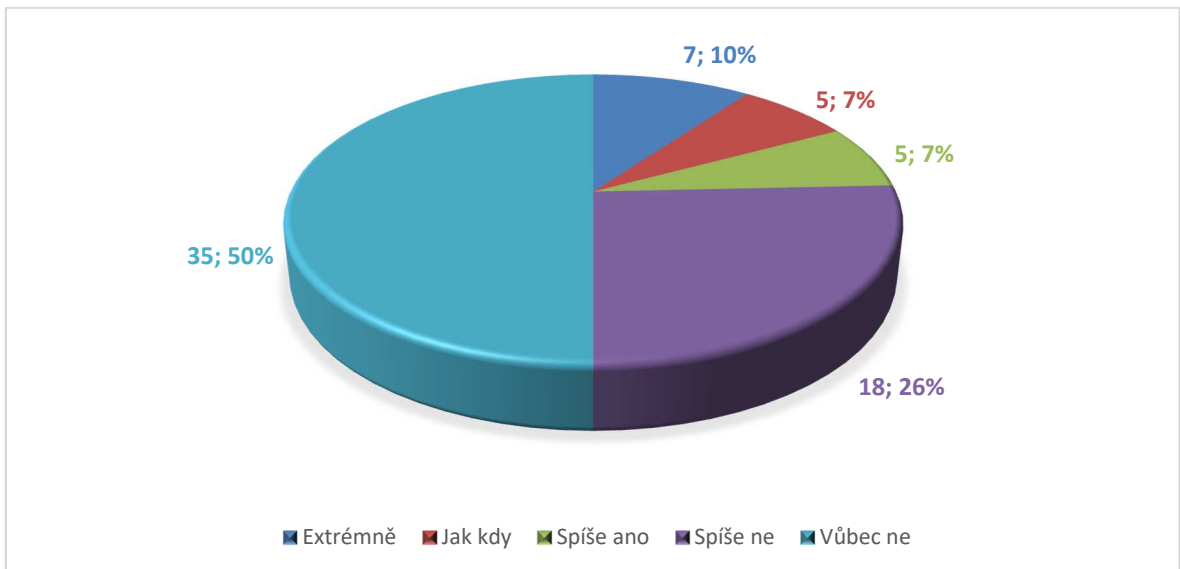
Z málo zkušeného anesteziologa nepocítuje obavy 56 (80 %) dotázaných. 3 (4 %) pacienti označili možnost „jak kdy“. 8 (12 %) se toho, že anesteziolog nebude mít dost zkušeností, obává a 3 (4 %) nemocní se toho obávají „extrémně“. Viz. Obrázek 31.



Obrázek 31 : Graf - Bojím se, že anesteziolog nebude dost zkušený

3.3.12.9 Bojím se porušení intimity

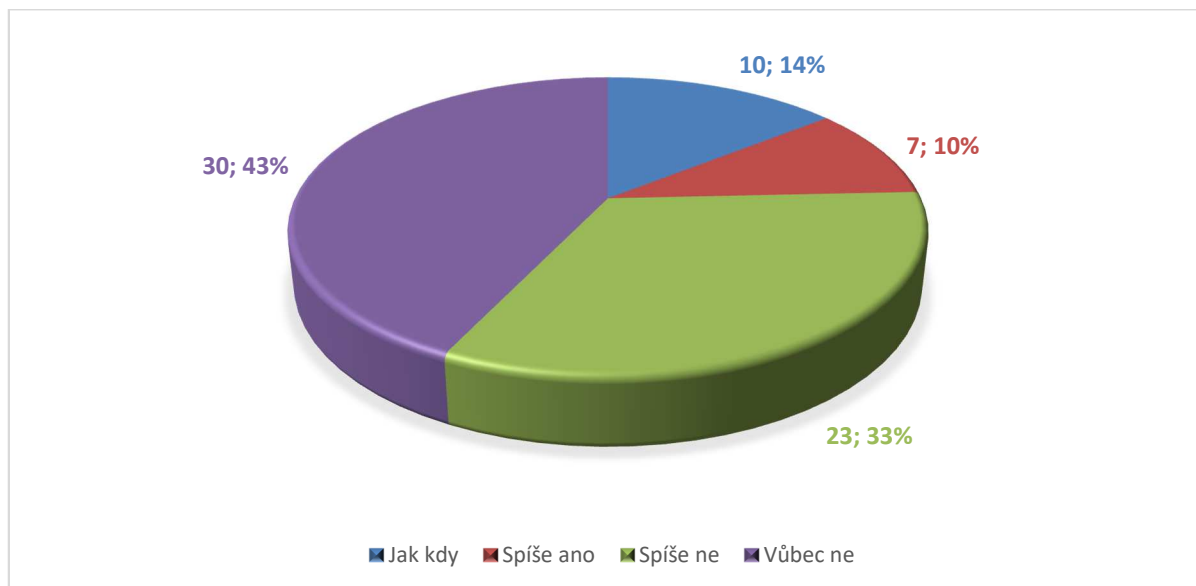
Další otázka měla zjistit, zda se nemocní obávají porušení intimity v době anestezie. Na Obrázku 32 je patrné, že 53 (76 %) z porušení intimity strach nepocítuje. 5 (7 %) uvedlo, že mají strach „jak kdy“. 5 (7 %) se této situace obává. 7 (10 %) se porušení intimity na operačním sále bojí dokonce „extrémně“.



Obrázek 32 : Graf - Bojím se porušení intimity

3.3.12.10 Bojím se neznámého prostředí operačního sálu

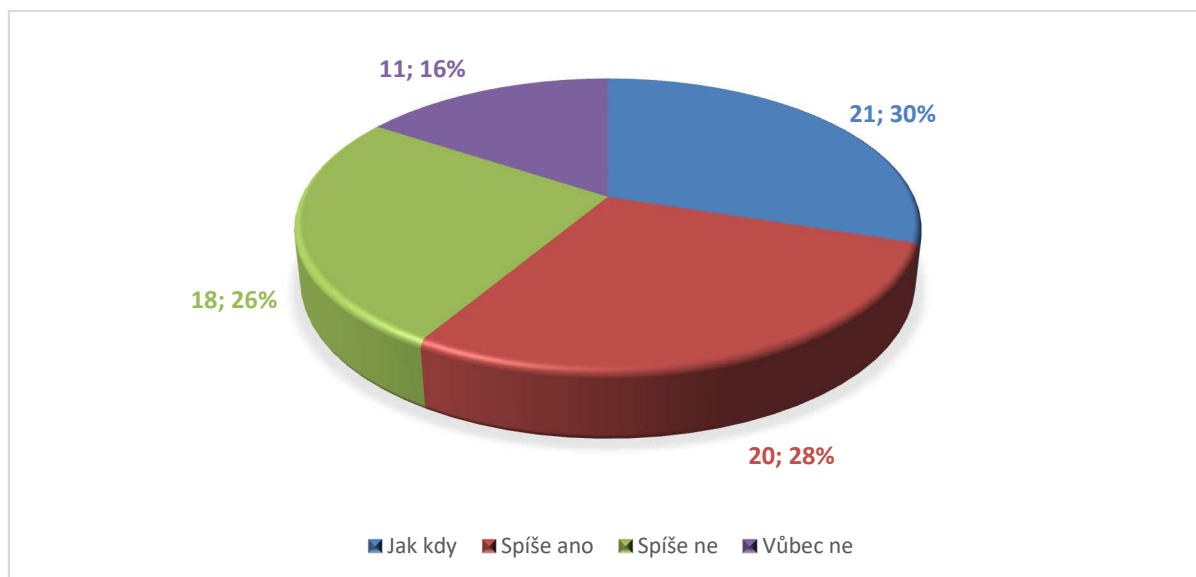
Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda se nemocní obávají neznámého prostředí operačního sálu. 53 (76 %) nemocných odpovědělo „spíše ne“ nebo „vůbec ne“. 10 (14 %) nemocných si vybralo možnost „jak kdy“ a 7 (10 %) se neznáma operačního sálu bojí. Viz. Obrázek 33.



Obrázek 33 : Graf - Bojím se neznámého prostředí operačního sálu

3.3.12.11 Bojím se výsledku operace

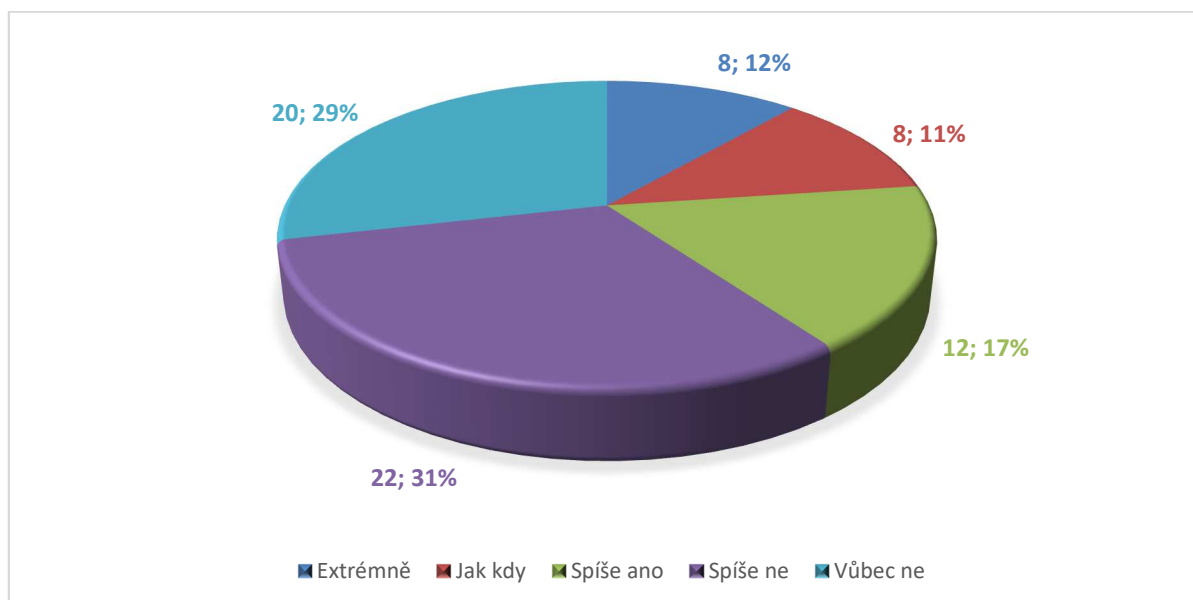
Obrázek 34 zobrazuje výsledky na otázku, zda se nemocní bojí výsledku operace. Odpověď „vůbec ne“ nebo „spíše ne“ označilo 29 (42 %) respondentů. Odpověď „jak kdy“ 21 (30 %) dotázaných. 20 (28 %) nemocných se výsledku operace bojí.



Obrázek 34 : Graf - Bojím se výsledku operace

3.3.12.12 Bojím se smrti

Nejvážnější komplikací operačního výkonu je smrt. Proto mne zajímalo, jak se pacienti obávají smrti v souvislosti s operací. Výsledky jsou znázorněny v Obrázku 35. 42 (60 %) nemocných se smrti nebojí. Možnost „jak kdy“ označilo 8 (11 %) nemocných. 12 (17 %) pacientů, se smrti bojí a 8 (12 %) dokonce „extrémně“.

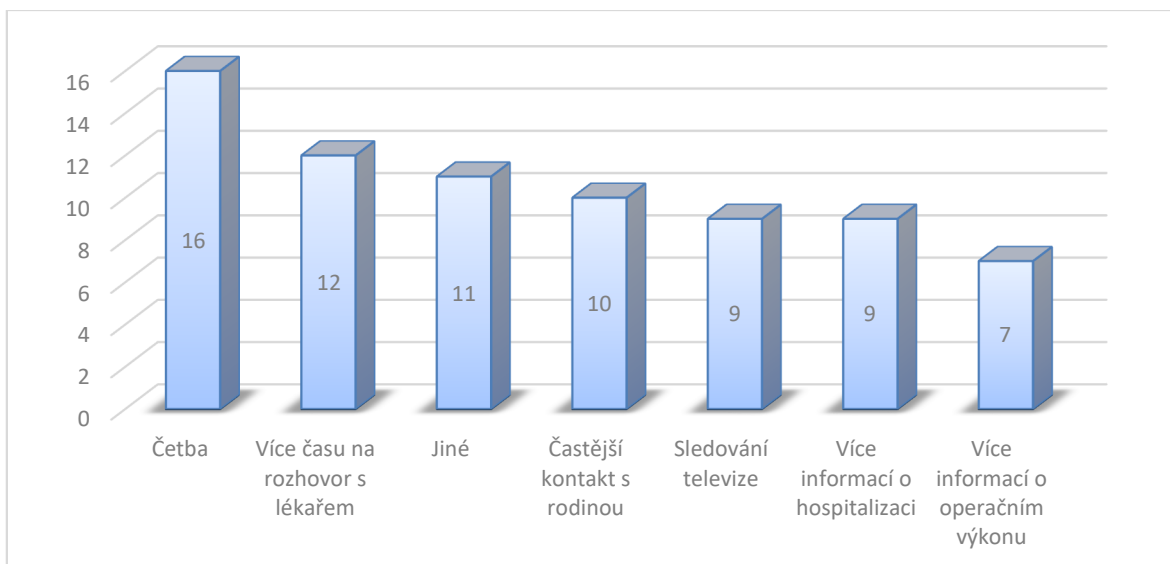


Obrázek 35 : Graf - Bojím se smrti

3.3.13 Co by Vám pomohlo strach snížit?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, co by pacientům pomohlo snížit strach před operací. Bylo zde možné označit i více odpovědí. Nejčastěji pacienti uvedli, že by jim pomohla ke snížení strachu četba, tato možnost byla označena 16x (22 %). Dále více času na rozhovor s lékařem 12x (16 %), častější kontakt s rodinou 10x (14 %) a sledování televize 9x (12 %). Další možnosti znázorněny na Obrázku 36.

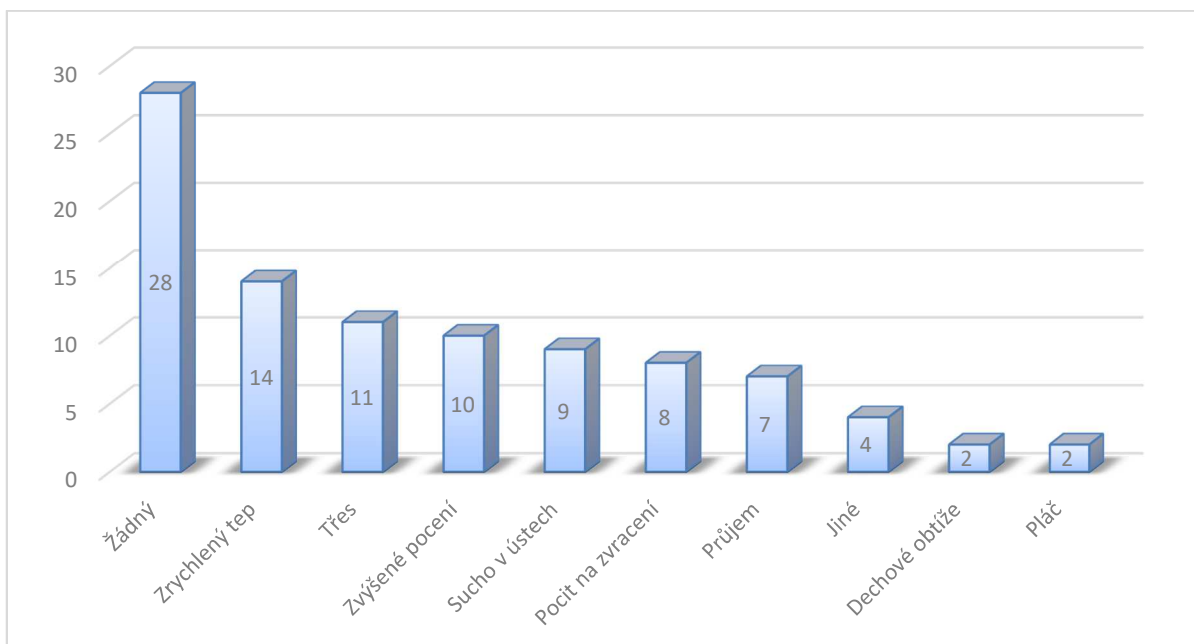
Z možnosti „jiné“ pacienti uváděli např. hudba, léky, aby dlouho nečekali před operací nebo více času na rozhovor se sestrou či jiným odborným zdravotnickým pracovníkem. Dva pacienti uvedli, že by jim nepomohlo strach snížit asi nic, protože jim v těchto situacích připadá přirozený.



Obrázek 36 : Graf - Co by Vám pomohlo strach snížit

3.3.14 Pociťujete některý z následujících projevů?

Obrázek 37 znázorňuje výskyt fyzických projevů strachu a úzkosti u nemocných. Pacienti mohli opět vyplnit i více odpovědí. Nejčastěji označenou odpovědí bylo, že žádný projev nepociťují, to pacienti uvedli 28x, dále pláč 14x (15 %) odpovědí. Dále třes 11x (12 %), zvýšené pocení 10x (11 %) a sucho v ústech 9x (10 %) odpovědí.

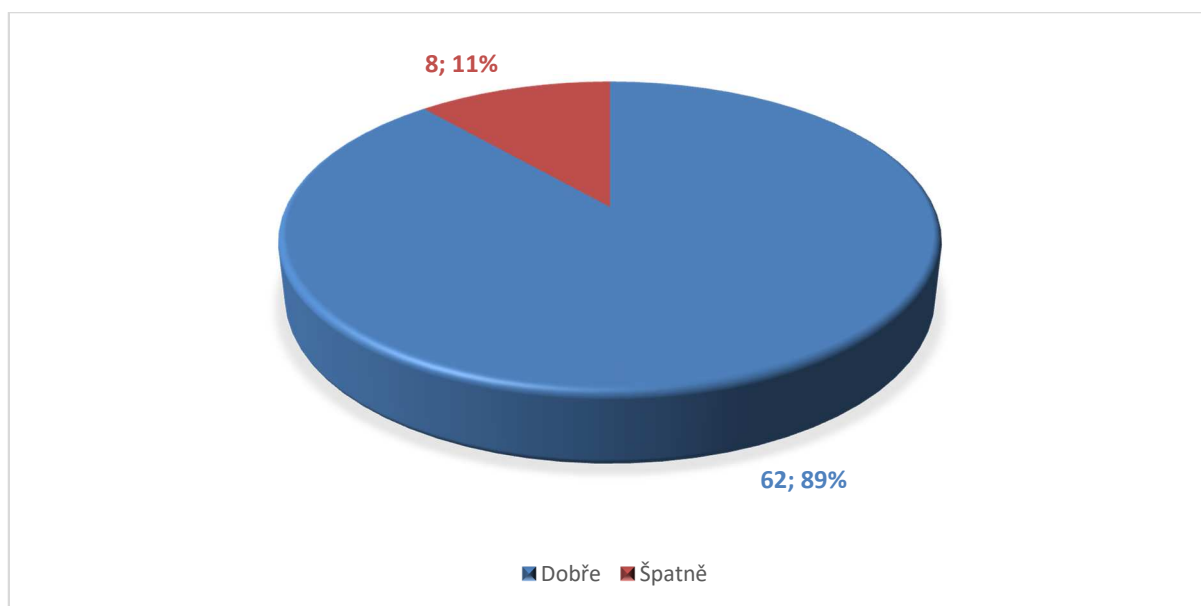


Obrázek 37 : Graf - Pociťujete některý z následujících projevů

Z dalších projevů, které nebyly uvedeny v tabulce, pacienti zmínili nervozitu z důvodu dlouhého čekání na operační výkon, nespavost a pocit, že je jim zima.

3.3.15 Jak jste se před operací vyspal?

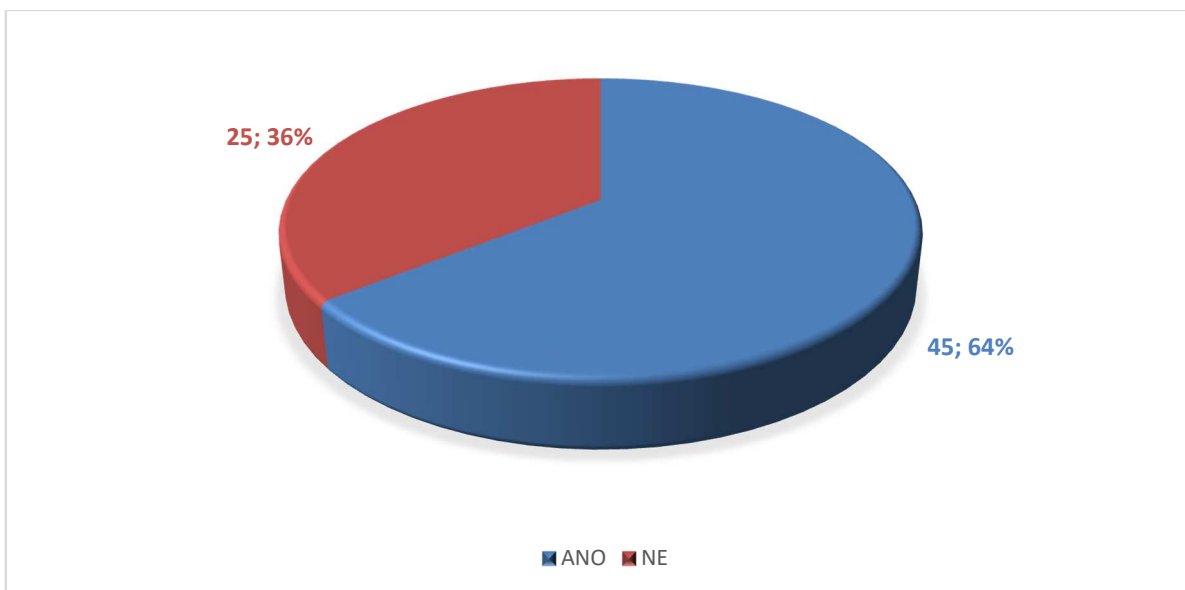
Obrázek 38 zobrazuje výsledky odpovědí na otázku, jak se nemocní den před operací vyspali. 62 (89 %) uvedlo, že se vyspalo „dobře“. 8 (11 %) naopak uvedlo, že se vyspali před operací „špatně“.



Obrázek 38 : Graf - Jak jste se před operací vyspal?

3.3.16 Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit Váš strach před operací?

Další otázkou jsem chtěla zjistit, zda zdravotnický personál pomohl pacientovi strach před operací snížit. 45 (64 %) dotázaných uvedlo, že jim zdravotnický personál pomohl snížit strach před operací. 25 (36 %) nemocných naopak uvedlo, že jim zdravotníci strach před operací snížit nepomohli. Výsledky graficky znázorněny na Obrázku 39.

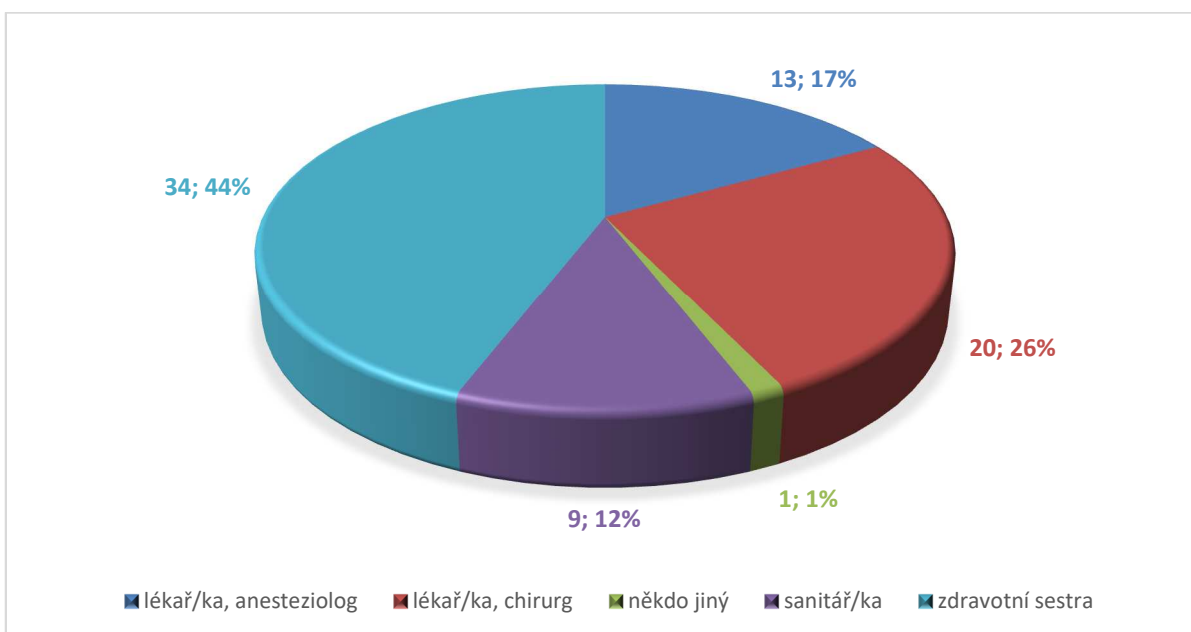


Obrázek 39 : Graf - Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit strach před operací?

3.3.16.1 Pokud ANO, kdo to byl?

Pokud pacienti na předchozí otázku odpověděli ano, ptala jsem se dále, kdo ze zdravotníků jim strach pomohl snížit. Mohli opět zaškrtnout více odpovědí.

Na Obrázku 40 jsou výsledky graficky znázorněny. Nejčastěji označenou možností byla zdravotní sestra, tu pacienti zaškrtnuli 34x (44 %). Dále lékař chirurg 20x (26 %), lékař anesteziolog 13x (17 %), sanitář 9x (12 %) a někdo jiný 1x (1 %). Pacient, který vybral možnosti „někdo jiný“ myšlenku dále specifikoval a uvedl, že se jednalo o spolupacienta.



Obrázek 40 : Graf - Kdo Vám pomohl zmírnit Váš strach před operací?

3.3.16.2 Pokud ANO, jakým způsobem?

Pacienti, kteří uvedli, že jim zdravotníci pomohli strach snížit, dále měli prostor na zmínění, jakým způsobem k „uklidnění od zdravotníků“ došlo. Odpovědi byly následující.

Nejčastěji pacienti uváděli optimistický rozhovor, laskavý přístup, optimismus, klidné a rozvážné jednání, klid, poskytnuté informace, trpělivost, úsměv, premedikace, empatie, rozptýlování, vysvětlení operačního výkonu a léky.

3.3.17 Je něco, čeho se obáváte po operaci?

Tato otázka byla otevřená. 32 (46 %) nemocných uvedlo, že se ničeho dalšího po operaci neobává. Nejčastěji pacienti uváděli jako důvod dalších obav strach z bolesti po operaci, obavy z komplikací, obavy, že se operace nepovede, obavy z nevolnosti a zvracení, špatné hojení operační rány, že se o sebe nepostarají, strach z toho, jak jim bude po probuzení, strach ze vzniku kýly v jizvě a strach, jestli tím zdravotní problémy, které doposud měli, zmizí.

4 DISKUZE

Tato diplomová práce se zabývá tématem strach úzkost pacienta před operací. Výzkum probíhal pomocí dotazníku v nemocnici fakultního typu na chirurgických odděleních. Dotazníky byly rozdány pacientům podstupujícím operaci žlučníku nebo tříselné kýly. Celkem bylo získáno 70 plně vyplněných dotazníků. Věkový průměr zkoumaného vzorku byl 49 let, zhruba polovina byla mužů a polovina žen, nejčastěji se jednalo o středoškoláky s maturitou, nekuřáky, většina nemocných byla operována v celkové anestezii.

Stanoveny byly 4 výzkumné otázky a 5 hypotéz.

K porovnání zjištěných dat byly využity následující bakalářské a diplomové práce a zahraniční studie.

Diplomová práce Pavlína Homzové Hodnocení předoperační úzkosti a strachu z roku 2013 z Ostravské univerzity v Ostravě. Cílem práce bylo zhodnotit předoperační úzkost a strach u pacientů s plánovaným operačním výkonem. K hodnocení předoperační úzkosti u nemocných použila také dotazník APAIS. Výzkum probíhal v nemocnici v Moravskoslezském kraji 7/2012-12/2012 a soubor nemocných tvořilo 344 pacientů.

Diplomová práce Pavlína Nestrojilové Problematika anestezie a perioperační péče z pohledu pacientů z roku 2015 z Masarykovy univerzity v Brně.

Diplomová práce Kristýny Kovářové Hodnocení předoperačního strachu u seniorů před plánovanou operací z roku 2017 z Ostravské univerzity v Ostravě. Soubor nemocných tvořilo 332 pacientů chirurgického oddělení a ortopedie, výzkum probíhal 9/2016-12/2016.

Bakalářská práce Petry Mráčkové Zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem z roku 2010 z Univerzity Karlovy v Praze.

Studie Fatma Celik Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score z roku 2018. Výzkum probíhal 5/2016-5/2017 a soubor pacientů byl 637. V této studii byla také zkoumána míra úzkosti a informovanosti před operačním výkonem.

Studie Anne Thushara Matthias Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit z roku 2012. Výzkum probíhal na Srí Lance, zaměřuje na předoperační strach a úzkost nemocných. Studie probíhala v roce 2012 a soubor obsahuje 100 nemocných před operačním výkonem.

Studie Hansjoerg Aust Coping strategies in anxious surgical patients z roku 2016. Výzkum probíhal v Německu a obsahoval 1205 nemocných.

Vyhodnocení výzkumných otázek

První výzkumná otázka: Jakou míru úzkosti mají nemocní před plánovaným operačním výkonem?

Zacharová ve své publikaci uvádí, že přiměřený strach je prospěšný, varuje nás před možným rizikem (Zacharová et al., 2011, s. 143). Míra úzkosti byla zjišťována podle dotazníku APAIS. 1/3 nemocných v mém výzkumu měla klinicky významnou úzkost před operací, 2/3 pak měli úzkost nevýznamnou nebo méně významnou. Homzové (2013) v diplomové práci vyšel výsledek téměř stejný, také 1/3 nemocných měla významnou úzkost dle APAIS a 2/3 nevýznamnou (Homzová, 2013, s. 65).

V mém souboru 70ti nemocných vyšla úzkost z anestezie dle APAIS průměrně 3,9, úzkost před operací pak průměrně 4,84. Ve studii, kterou prováděla Anne Thushara Matthias (2012), vyšla úzkost z anestezie dle APAIS průměrně 4,63. Úzkost z operace vyšla Matthias průměrně 4,17 (Matthias, 2012). V práci Homzové (2013) úzkost z anestezie průměrně 4,06 a úzkost z operace 4,92 (Homzová, 2013, s. 64).

Homzová (2013) ve svém výzkumu také použila dotazník APAIS. Její práce ovšem zahrnovala větší spektrum operačních výkonů, jednalo se o nemocné podstupující operace prsou, gynekologické operace, onkologické operace a chirurgické operace bez onkologické diagnózy. Hodnocení úzkosti dle APAIS pouze u chirurgických nemocným bez onkologické diagnózy (otázky 1+2+4+5) v její práci ukázala průměrnou hodnotu 8,5 (Homzová, 2013, s. 66-67). V mé práci vyšla průměrná hodnota obdobně – 8,74.

Ve všech třech pracích vyšly výsledky velmi podobně a to jak z úzkosti z anestezie tak i úzkosti z operace.

Druhá výzkumná otázka: Čeho konkrétně se nemocní nejvíce obávají?

Z mého výzkumu je patrné, že nejvíce se lidé obávají bolesti po operaci, bojí se jí polovina respondentů. Výsledku operace se obává čtvrtina nemocných, stejně jako zvracení a nevolnosti po operaci a smrti. Strach z bolesti po operaci zkoumala ve své bakalářské práci i Mráčková (2010). Ano nebo spíše ano označila v jejím vzorku také téměř polovina dotazovaných, stejně jako v mém výzkumu (Mráčková, 2010, s. 93). Nemocní se dle mého výzkumu nejvíce obávají právě bolesti po operaci, výsledku operace a smrti. Tato informace může být zkrácená, pacienti

nemuseli strach ze smrti chápat v souvislosti s výkonem, ale obecně. I v práci Homzové (2013) nemocní označovali jako nejobávanější také právě bolest po operaci (Homzová, 2013, s. 62).

Třetí výzkumná otázka: Souvisí prožívání strachu a úzkosti s vybranými proměnnými (pohlaví, věk, předchozí zkušenost s operací, vzdělání, typ operace?)

Hypotéza č. 1

V první hypotéze jsme ověřovali možné souvislosti mezi věkem a prožíváním úzkosti před operací. Nejvíce úzkostných nemocných bylo ve věkové skupině 41-50 let, byla to téměř třetina úzkostných. Výsledkem bylo, že není statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a věkem. Lze tedy konstatovat, že byla podpořena dílčí hypotéza (1Ho), že prožívání předoperační úzkosti nesouvisí s věkem.

Hypotéza č. 2

V druhé hypotéze jsme ověřovali možnou souvislost mezi pohlavím a prožíváním úzkosti před operací. V mém souboru nemocných, kteří vyšli dle APAIS dotazníku jako úzkostní (APAIS více než 11), vyšly ¾ žen a ¼ mužů. Výsledkem bylo, že je statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a pohlavím. Nulovou hypotézu (2Ho) proto zamítáme.

K výsledku, že jsou úzkostnější ženy, než muži došli i jiní autoři.

Homzová (2013) ve své diplomové práci také zkoumala souvislost mezi pohlavím a prožíváním předoperační úzkosti. I v této práci se potvrdila souvislost mezi pohlavím a úzkostí (Homzová, 2013, 67-68).

Míru úzkosti a informovanost před operací hodnotil ve své studii i Celik (2018). Výzkum probíhal 5/2016-5/2017 a do studie bylo zařazeno 637 pacientů. I v tomto výzkumu vyšlo, že míra strachu a úzkosti je vyšší u žen než u mužů ($p=0,001$)(Celik, 2018).

I Kovářové (2017) se v diplomové práci potvrdilo, že ženy před operací jsou úzkostnější než muži.

Stejný výsledek vyšel i Anne Thushara Matthias na Srí Lance v roce 2012. I v této práci vyšlo, že ženy mají větší strach a jsou úzkostnější než muži (Matthias, 2012).

Ve všech porovnávaných studiích se prokázalo, že existuje souvislost mezi pohlavím a prožíváním strachu a úzkosti před operací. Domnívám se, že by jedním z důvodů tohoto výsledku mohl být fakt, že většina žen snáze vyjádří své emoce. Muži se snaží být na venek

silní a nechtějí přiznat svoji slabost. Ženy jistě v této situaci více myslí na děti a chod rodiny, která může být hospitalizací narušena. To může být pro ženu stresující. Ženy jistě hůře vnímají i estetické hledisko.

Hypotéza č. 3

V třetí hypotéze jsme ověřovali možnou souvislost mezi vzděláním a prožíváním strachu a úzkosti. Téměř 2/3 úzkostných nemocných mělo dokončenou střední odbornou školu s maturitou. Tento výsledek mohl být zkreslen tím, že lidí s tímto typem vzdělání bylo v mém souboru nejvíce. Výsledkem bylo, že není statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a stupněm vzděláním. Lze tedy konstatovat, že byla podpořena dílčí hypotéza (3H₀), že prožívání předoperační úzkosti nesouvisí se vzděláním.

V práci Homzové (2013) se také souvislost vzdělání s prožíváním úzkosti neprokázala. Nejvíce úzkostných v jejím studovaném souboru však bylo u pacientů se základním a středoškolským vzděláním bez maturity (Homzová, 2013, s. 68).

V se studii Ebirim (2011, s. 3) také nevyšel statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti před operací a vzděláním.

Hypotéza č. 4

Ve čtvrté hypotéze jsme ověřovali možnou souvislost mezi typem anestezie a prožíváním strachu a úzkosti. Téměř 4/5 úzkostných nemocných mělo operaci provedenou v celkové anestezii. Tento výsledek mohl být zkreslen tím, že nemocných s tímto typem anestezie bylo v mém souboru nejvíce. Výsledkem bylo, že není statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a typem anestezie. Lze tedy konstatovat, že byla podpořena dílčí hypotéza (4H₀), že prožívání předoperační úzkosti nesouvisí s typem anestezie.

Hypotéza č. 5

V páté hypotéze jsme ověřovali možnou souvislost mezi předchozí zkušeností s operačním výkonem a prožíváním strachu a úzkosti. Z výsledku mého výzkumu vyplývá, že necelé 2/3 úzkostných nemocných (APAIS více než 11) bylo ve skupině nemocných, kteří operaci v minulosti prodělali, a to i přesto, že většina nemocných byla podle předchozí zkušenosti spokojena se zdravotnickým zařízením, se zdravotnickým personálem, s kvalitou zdravotnické péče i s vlastním operačním výkonem. Výsledkem bylo, že je statisticky významný rozdíl mezi prožíváním úzkosti a předchozí zkušeností. Nulovou hypotézu (5H₀) proto zamítáme.

Dle výsledků v jiných studiích jsem očekávala výsledek opačný. Můj výsledek může být ovlivněn i ne příliš velkým souborem nemocných.

V práci Homzové (2013) vyšla větší míra úzkosti u nemocných, kteří v minulosti zkušenost s operačním výkonem neměli. Souvislost předchozí zkušenosti a prožívání strachu a úzkosti se tedy potvrdila (Homzová, 2013, s. 70-71).

V diplomové práci Kovářové (2017) vyšla největší míra úzkosti u nemocných, kteří v minulosti operaci prodělali a měli s ní špatnou zkušenost. Nemocní, kteří v minulosti operaci prodělali a měli dobrou zkušenost a nemocní, kteří operaci dosud neprodělali, měli míru úzkosti téměř stejnou (Kovářová, 2017, s. 73-74).

Čtvrtá výzkumná otázka: Jakou potřebu informovanosti mají pacienti před plánovaným operačním výkonem?

Potřeba informovanosti byla zjišťována pomocí APAIS dotazníku. Dle výsledků mého výzkumu je patrné, že 1/3 nemocných nemá žádnou potřebu dalších informací, 1/3 má průměrnou potřebu informací a vysokou potřebu dalších informací měla také 1/3 nemocných. Nemocní, kteří v mém studovaném souboru neměli potřebu dalších informací, měli i nižší míru úzkosti. Míra úzkosti u dobře informovaných nemocných je 6,28, v celém souboru je pak míra úzkosti vyšší - 8,74. Z tohoto lze usuzovat, že dostatečná edukace zdravotnickými pracovníky, sestrami, lékaři, ale například i sanitáři je ta správná cesta ke snížení předoperační úzkosti nemocných. Lékaři i sestry by si měli udělat čas na rozhovor s nemocným, aktivně se ho dotazovat, zda všemu porozuměl, zda nemá dalších otázek a dát mu prostor na vyjádření svých obav. Toto je patrné i z velké studie prováděné Austem v Německu, která obsahovala 1205 nemocných s vysokou předoperační úzkostí, kde 2/3 nemocných uvedla, že by jim více informací pomohlo lépe se vyrovnat s předoperační úzkostí (Aust, 2016).

Potřeba informovanosti ve studii Anne Thushara Matthias (2012) byla průměrně 7,49 (Matthias, 2012). V mém souboru se pacienti cítí být informováni lépe, dle APAIS 5,64.

Na otázku, od koho pacienti získávali nejčastěji informace, byla nejčastější odpovědí lékař chirurg (68x) dále lékař anesteziolog (50x) a sestra (24x). Poměrně malý počet pacientů uvedl, že získával informace od sester a to i přesto, že sestra provází nemocného po celou dobu hospitalizace. I přesto, že sestru jako zdroj informací uvedlo tak málo nemocných, je to právě sestra, kterou nemocní nejčastěji uváděli jako toho zdravotníka, který jim pomáhal zmírnit strach před operací.

Nemocní v mém souboru cítili být lépe informování než nemocní v souboru Matthias (2012), a to i přesto, že pouze 47 nemocných ze 70ti bylo chirurgem poučeno tak, jak by mělo být. Jeden nemocný obdržel od chirurga informovaný souhlas pouze k podpisu, a šest nemocných uvedlo, že je takto „poučil“ anesteziolog. Přitom pravidla pro podávání informovaného souhlasu jsou jasná. Nemocný musí být srozumitelně seznámen v dostatečné míře se svým zdravotním stavem, s navrhovaným postupem a musí mu být umožněno klást lékaři otázky, které musí být lékařem srozumitelně zodpovězeny. Zdravotnický pracovník, který pacienta poučoval, by o tom měl provést i záznam do zdravotnické dokumentace

Nestrojilová (2015) ve své diplomové práci zkoumala, zda pacienti podstupující chirurgický operační výkon znají jméno lékaře, který je bude operovat. Dle výsledků její práce vyšlo, že 91 % nemocným jméno lékaře zná a 9 % nezná (Nestrojilová, 2015, s. 46). V mém výzkumu vyšly výsledky hůře. Jméno chirurga nezná 23 % nemocných a jméno chirurga zná 77 % nemocných. Důvodem tohoto výsledku může být fakt, že se lékař nemocnému nepředstaví, pacient před operací je ve stresu a chirurgovo jméno může také snadno zapomenout.

5 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zaměřuje na hodnocení strachu a úzkosti u nemocných před plánovaným chirurgickým výkonem. Cílem práce bylo zjistit, v jaké míře nemocní podstupující plánovaný operační výkon prožívají úzkost, čeho se nejčastěji obávají a zda mají dostatek informací. Zjistit, zda úzkost souvisí s předchozí zkušeností s operací, s pohlavím, s vzděláním, s věkem nebo s typem anestezie. Zjistit, jestli pacientům pomohl zdravotnický personál zmírnit strach před operací, případně jakým způsobem.

Z výsledku mého výzkumu je patrné, že skupina nemocných, kteří se cítili být velmi dobře informováni, měli i menší míru úzkosti než nemocní, kteří měli potřebu dalších informací větší. Z tohoto lze usuzovat, že dostatečná edukace zdravotnickými pracovníky, sestrami, lékaři, ale například i sanitáři je ta správná cesta ke snížení předoperační úzkosti nemocných. Lékaři i sestry by si měli udělat čas na rozhovor s nemocným, aktivně se ho dotazovat, zda všemu porozuměl, zda nemá dalších otázek a dát mu prostor na vyjádření svých obav.

Vzdělání, věk ani typ anestezie nemá dle výsledků mého výzkumu statisticky významný vliv na prožívání úzkosti před operací. Naopak významný vliv na prožívání úzkosti má pohlaví, a to jak v mé práci, tak i v pracích jiných autorů.

Předchozí zkušenost dle mé práce má vliv na prožívání úzkosti před operací. Úzkostnější v mém vzorku byli ti nemocní, kteří předchozí výkon podstoupili. Toto je však v rozporu s ostatními výzkumy, kde byli úzkostnější ti nemocní, pro které byla operace první zkušeností.

Nejvíce se nemocní obávali bolesti po operaci, zvracení a nevolnosti a výsledku samotné operace. Domnívám se, že i tyto výsledky by s lepší edukací od lékařů mohli vyjít o poznání lépe.

Informace nejčastěji nemocní získávali od lékařů. Nejvíce od chirurgů a poté od anesteziologů. Rezervy jsou patrné ve způsobu podávání informovaných souhlasů.

Zdravotnický personál pomoc snížit strach a úzkost před operací 2/3 nemocných. Nejčastěji to byla zdravotní sestra, a to rozhovorem a pozitivním přístupem.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Literární zdroje

1. BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
2. BOUČEK, Jaroslav. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 141 s. ISBN 80-244-1501-1.
3. FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT, Tomáš DĚDEK-editoři. *Chirurgie v kostce: 2. doplněné a přepracované vydání*. Praga: Grada Publishing, 2015. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
4. HONZÁK, Radkin et al. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 132 s. ISBN 80-7262-377-X.
5. JANÍKOVÁ, Eva, Renata ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
6. IRMIŠ, Felix. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014. 139 s. ISBN 978-80-7492-130-8.
7. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
8. KALA, Zdeněk, Vladimír PROCHÁZKA a kol. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2010. 237 s. ISBN 978-80-7013-519-8.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
10. NICHOLLS, Anthony, Iain WILSON. *Perioperační medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 370 s. ISBN 80-7262-320-6.
11. PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, seberřízení a stres 3. doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
12. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK, Jan MACH et al. *Informovaný souhlas*. 1. vyd. Praha: Galén. 2017. 327 s. ISBN 978-80-7492-334-0.
13. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 191 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
14. SEIDLOVÁ, Dagmar, Petr ŠTOURACĚK a kol. *Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. 251 s. ISBN 978-80-204-4857-6.
15. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8
16. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 224 s. ISBN 978-80-247-9885-1.
17. VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. 396 s. ISBN 978-80-247-1315-1.

18. WICHISOVÁ, Jana a kol. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
19. ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Periodické zdroje

1. FILIPOVÁ, Monika., POKOJOVÁ, Radka. Předoperační bezpečnostní proces - úskalí implementace. *In Sestra*. 2011, roč. 21, č. 2, s. 34. ISSN 1210-0404.
2. GULÁŠOVÁ, Ivica a kol. Zvládání strachu pacienta před operací. *In Sestra*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 42-43. ISSN 1210-0404.
3. HOŠKOVÁ, Monika. Práce sestry před celkovou anestezií. *In Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 64-64. ISSN 1210-0404.
4. HOŠKOVÁ, Pavlína. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. *In Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 28. ISSN 1210-0404.
5. MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *In Sestra*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
6. PÁLENÍKOVÁ, Květa, PROSECKÁ, Martina. Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *In Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
7. WICHISOVÁ, Jana. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *In Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 43-44. ISSN 1210-0404.
8. ZELENÍKOVÁ, R., HOMZOVÁ, P., HOMZA, M. a BUŽGOVÁ, R. Validity and Reliability of the Czech Version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *JOURNAL OF PERIANESTHESIA NURSING*. 2017, č. 32, s. 429-437. ISSN 1089-9472.

Elektronické zdroje

1. AUST, Hansjoerg, Dirk RUSCH, Maike SCHUSTER, Theresa STURM, Felix BREHM a Yvonne NESTORIUC. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research* [online]. 2016 [cit. 2019-01-25] s. 1-10. DOI 10.1186/s12913-016-1492-5. Dostupné z:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941033/pdf/12913_2016_Article_1492.pdf
2. CELIK, Fatma, Ipek EDIPOGLU. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European Journal of Medical Research* [online]. 2018 [cit. 2019-01-25]. DOI: 10.1186/s40001-018-0339-4. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131845/>

3. EBIRIM, L., TOBIN, M. Factors Responsible For Pre-Operative Anxiety In Elective Surgical Patients At A University Teaching Hospital: A Pilot Study. *The Internet Journal of Anesthesiology*. 2010;29(2):1-6.
4. KUTÍLKOVÁ, Pavlína. *Bezpečnost pacientů na Oddělení centrálních sálů a sterilizace Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online] 2013 [cit. 2019-01-20]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/ocss/aktuality/vydani-brozurky-pro-pacienty-bezpecnost-pacientu-ocss>
5. MATTHIAS, Anne Thushara, Dharmanbandhu Nandadeva SAMARASEKERA. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Science Direct* [online]. 2012 [cit. 2019-01-25]. DOI: 10.1016/j.aat.2012.02.004. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875459712000057?via%3Dihub>

Diplomové práce

1. HOMZOVÁ, Pavlína. *Hodnocení předoperační úzkosti a strachu*. Ostrava, 2013. Diplomová práce. Ostravská univerzita v Ostravě.
2. KOVÁŘOVÁ, Kristýna. *Hodnocení předoperačního strachu u seniorů před plánovanou operací*. Ostrava. 2017. Diplomová práce. Ostravská univerzita.
3. MRÁČKOVÁ, Petra. *Zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem*. Praha. 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.
4. NESTROJILOVÁ, Pavlína. *Problematika anestezie a perioperační péče z pohledu pacientů*. Brno, 2015. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i>	73
-----------------------------------	----

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

Jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a studuji navazující magisterský obor Perioperační péče.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož cílem je zjistit, co pacienti prožívají před operací.

Dotazník je anonymní, jeho výsledky budou sloužit ke zpracování diplomové práce na téma Strach a úzkost před operací.

Děkuji za Vaši ochotu.

Bc. Michaela Riegerová

A. Dotazník (pacient vyplní **PŘED** operací)

1. Odkud jste získával informace k Vaší operaci? (možno více odpovědí)

- Lékař, chirurg – formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu
- Lékař, chirurg – pouze formou rozhovoru
- Lékař, chirurg – pouze přečtení Poučení o zdravotním výkonu
- Lékař, anesteziolog – formou rozhovoru + přečtení Poučení o zdravotním výkonu – anestezii (narkóze)
- Lékař, anesteziolog – pouze formou rozhovoru
- Lékař, anesteziolog – pouze přečtení Poučení o zdravotním výkonu – anestezii (narkóze)
- Anesteziologická sestra
- Zdravotní sestra na oddělení
- Zdravotní sestra na operačním sále
- Internet
- Literatura
- V poradně, ambulanci
- Od obvodního lékaře
- Jinde, uveďte kde
-

2. Znáte jméno lékaře (chirurga), který Vás bude operovat?
- Ano
 - Ne
3. K jakému výkonu jste byl/a přijat/a?
- Klasická operace tříselné kýly
 - Laparoskopická operace tříselné kýly
 - Klasická operace žlučníku
 - Laparoskopická operace žlučníku
4. V jaké anestezii (narkóze) bude Vaše operace provedena?
- Celková
 - Spinální (vpich do zad; pouze klasická operace tříselné kýly)
5. Prodělal jste v minulosti operaci?
- ANO
 - NE

5b) Pokud ANO, zaškrtněte prosím na škále, jakou jste měl zkušenost. Možnost obodovat 1-5 body. 1= spokojen, 2= spíše spokojen, 3= nevím, 4= spíše nespokojen, 5= nespokojen.

	Spokojen	Spíše spokojen	Nevím	Spíše nespokojen	Nespokojen
	1	2	3	4	5
Se zdravotnickým personálem					
Se zdravotnickým zařízením (zázemí, jídlo, apod)					
S kvalitou zdravotnické péče					
S vlastním operačním výkonem					

6. Jak se cítíte být informován o všem, co souvisí s operací? (zakroužkujte na škále)

Velmi dobře	Dobře	Ani dobře, ani špatně	Spíše špatně	Velmi špatně
1	2	3	4	5

7. Uveďte, jak hodně se bojíte následujících situací. Vaši odpověď zakřížkujte na škále.

	Vůbec ne	Spíše ne	Jak kdy	Spíše ano	Extrémně
	1	2	3	4	5
Bojím se anestezie (narkózy).					
Neustále myslím na anestezii (narkózu).					
Chtěl/a bych vědět co nejvíce o anestezii (narkóze).					
Bojím se operace.					
Neustále myslím na operaci.					
Chtěl/a bych vědět co nejvíce o operaci.					
Bojím se bolesti během operace.					
Bojím se bolesti po operaci.					
Bojím se, jak se budu chovat po probuzení.					
Bojím se probuzení během operace.					
Bojím se, že se neprobudím.					
Bojím se zvracení a nevolnosti po operaci.					
Bojím se hospitalizace na JIP.					
Bojím se, že anesteziolog nebude zkušený.					

Bojím se porušení intimity.					
Bojím se neznámého prostředí sálu.					
Bojím se výsledku operace.					
Bojím se smrti.					
Bojím se... (uveďte, pokud Vás trápí něco, co v tabulce není uvedeno)					

8. Pokud jste uvedl, že se něčeho bojíte, uveďte prosím, co by Vám pomohlo strach snížit?

- Více informací o hospitalizaci
- Více informací o operačním výkonu
- Více času na rozhovor s lékařem
- Četba
- Sledování televize
- Častější kontakt s rodinou
- Jiné (prosím uveďte)
-
-

9. Pociťujete některé z následujících projevů? Označte (možno více odpovědí).

- Třes
- Zvýšené pocení
- Dechové obtíže
- Zrychlený tep
- Pocit na zvracení
- Pláč
- Průjem
- Bolesti na hrudi
- Sucho v ústech
- Žádný z projevů nepociťuji
- Jiné (prosím uveďte)

B. Dotazník (pacient vyplní **PO** operaci)

1. V kolik hodin jste se dostal/a na operační sál? (prosím uveďte).....

2. Jak jste se před operací vyspal?

- Dobře
- Špatně, nevyspal jsem se

3. Pomohl Vám zdravotnický personál zmírnit Váš strach před operací?

- ANO
- NE

3/a Pokud byla odpověď ANO, kdo to byl? (vyberte toho, kdo Vám pomohl nejvíce)

- lékař/ka, chirurg
- lékař/ka, anesteziolog
- zdravotní sestra
- sanitář/ka
- někdo jiný, prosím doplňte kdo.....

3/b Jakým způsobem Vám dotyčný/dotyčná pomohl zmírnit Váš strach před operací?

.....

.....

.....

4. Je něco, čeho se obáváte po operaci? Prosím uveďte.

.....

.....

.....

5. Jaký je Váš věk?

6. Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

7. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Střední odborné bez maturity, střední odborné učiliště
- Střední odborné s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

8. Kouříte?

- Ano
- Příležitostně
- Ne