

**Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave**  
**FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA SO SÍDLOM V BANSKEJ BYSTRICI**

**ŠPECIFIKÁ JEDNODŇOVEJ ANESTÉZIOLOGICKEJ**  
**STAROSTLIVOSTI**

**DIPLOMOVÁ PRÁCA**

2014

Bc. Iveta Thonhauserová

**Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave**  
**FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA SO SÍDLOM V BANSKEJ BYSTRICI**

**ŠPECIFIKÁ JEDNODŇOVEJ ANESTÉZIOLOGICKEJ  
STAROSTLIVOSTI**

**Diplomová práca**

Študijný program: Ošetrovatel'stvo

Študijný odbor: 7.4.1 Ošetrovatel'stvo

Vedúci záverečnej práce/školiťel': PhDr. Jarmila Bramuškova, PhD.

Banská Bystrica 2013

Bc. Iveta Thonhauserová



SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA v Bratislave

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

Katedra ošetrovateľstva FZ SZU

## **ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE**

**Evidenčné číslo: 7317**

**Názov záverečnej práce:**

**Špecifiká jednodňovej anesteziologickej starostlivosti**

**Pokyny pre vypracovanie:**

**Odbor:** 7.4.1. ošetrovateľstvo

**Študijný program:** ošetrovateľstvo

**Typ záverečnej práce:** Diplomová práca Mgr.

**Akademický rok:** 2013/2014

**Autor záverečnej práce:** Bc. Iveta Thonhauserová, rod.  
Klobetzová

**Vedúci záverečnej práce:** PhDr. Jarmila BRAMUŠKOVÁ, PhD.

**Konzultant záverečnej práce:**

**Dátum zadania záverečnej práce:** 11.09.2013

### **Pod'akovanie**

Ďakujem PhDr. Jarmile Bramuškovéj PhD. za cenné rady,  
pripomienky a odborné vedenie pri vypracovávaní  
diplomovej práce.

# OBSAH

## ABSTRAKT

## ABSTRACT

## ZOZNAM SKRATIEK

## ZOZNAM TABULIEK

## ZOZNAM GRAFOV

ÚVOD.....	11
<b>1 SÚČASNÝ STAV SKÚMANEJ PROBLEMATIKY.....</b>	<b>12</b>
1.1 Jednodňová zdravotná starostlivosť.....	13
1.2 Výhody pre pacienta a spoločnosť.....	14
<b>2 JEDNODŇOVÁ ANESTETICKÁ STAROSTLIVOSŤ.....</b>	<b>16</b>
2.1 Historický vývoj jednodňovej anestézie.....	16
2.2 Vývoj jednodňovej anestetickkej starostlivosti v Európe.....	17
2.3 Vývoj jednodňovej anestetickkej starostlivosti na Slovensku.....	17
2.4 Výber pacientov pre jednodňovú zdravotnú starostlivosť.....	18
<b>3 PREDOPERAČNÁ PRÍPRAVA PACIENTA.....</b>	<b>21</b>
3.1 Predanestetické vyšetrenie.....	21
3.2 Význam edukácie pacienta v zariadení jednodňovej chirurgie.....	23
3.3 Premedikácia pacienta.....	23
<b>4 LIEKY A ANESTETICKÉ TECHNIKY V AMBULANTNEJ ANESTÉZII.....</b>	<b>25</b>
4.1 Intravenózne a inhalačné anestetiká.....	25
4.2 Opioidy.....	26
4.3 Celková anestézia.....	27
4.4 Regionálna anestézia.....	27
<b>5 POOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA.....</b>	<b>29</b>
5.1 Kritériá prepustenia pacienta z prebúdzacej miestnosti.....	30
5.2 Prepustenie pacienta do domácej starostlivosti.....	31
<b>6 PRIESKUM.....</b>	<b>33</b>
6.1 Vymedzenie prieskumného problému.....	33
6.2 Formulácia problému.....	33
6.3 Ciele prieskumu.....	34
6.4 Úlohy prieskumu.....	34
6.5 Metódy a metodika prieskumu.....	34

6.6 Charakteristika prieskumnej vzorky.....	35
6.7 Organizácia a realizácia prieskumu.....	36
<b>7 ANALÝZA A VÝSLEDKY PRIESKUMU.....</b>	<b>37</b>
7.1 Základné demografické údaje.....	37
7.2 Vyhodnotenie otázok dotazníka.....	40
7.3 Záverečné zhrnutie výsledkov prieskumu.....	62
<b>ODPORÚČANIA PRE PRAX.....</b>	<b>69</b>
<b>ZÁVER.....</b>	<b>70</b>
<b>ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV.....</b>	<b>71</b>
<b>PRÍLOHY</b>	

## ABSTRAKT

THONHAUSEROVÁ, Iveta: *Špecifiká jednodňovej anestéziologickej starostlivosti*. (Diplomová práca). Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici. Školiteľ: PhDr. Jarmila Bramušková, PhD.

Autorka spracovala diplomovú prácu na tému: Špecifiká jednodňovej anestéziologickej starostlivosti. Cieľom diplomovej práce bolo prezentovať verejnosti nové spôsoby poskytovania zdravotnej starostlivosti v zariadeniach jednodňovej chirurgie so zameraním na anestéziu a pooperačnú analgéziu.

V teoretickej časti diplomovej práce sa autorka venovala vývoju jednodňovej zdravotnej starostlivosti v Európe a na Slovensku, poukázala na súčasný stav a na výhody jednodňovej starostlivosti. Autorka upozornila na dôležitosť výberu pacientov vhodných na operačný výkon v režime jednodňovej chirurgie. V ďalšej kapitole sa venovala predoperačnej príprave pacienta, zdôraznila význam edukačného pôsobenia sestry v predoperačnom období. Pozornosť venovala špecifikám jednodňovej anestetickkej starostlivosti, liekom a anestéziologickým technikám, ktoré sú vhodné pre ambulantnú anestéziu. V poslednej kapitole teoretickej časti opísala pooperačnú starostlivosť o pacienta, zdôraznila dôležitosť pooperačnej analgézie a prevencie pooperačného zvracania.

V praktickej časti autorka zisťovala a analyzovala názory pacientov, ktorí sa podrobili operačnému výkonu v zariadení jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Cieľom bolo zistiť, v čom je jednodňová anestetická starostlivosť prínosom pre samotných pacientov. Autorka realizovala prieskum medzi pacientmi metódou dotazníka s 21 otázkami. Odpovede respondentov analyzovala, výsledky zhrnula a prehľadne zaznamenala v tabuľkách a grafoch.

Autorka pri písaní diplomovej práce pracovala s odbornou literatúrou, ktorú citovala v zmysle platnej normy STN ISO 690.

**Kľúčové slová:** Jednodňová zdravotná starostlivosť. Jednodňová anestetická starostlivosť. Edukácia. Analgézia. Prieskum. Pacient.

## **ABSTRACT**

THONHAUSEROVÁ, Iveta: Specifics of one day anesthetic care (Diploma thesis).

Slovak Medical University in Bratislava. Faculty of Health established in Banská Bystrica.

Supervisor: Mgr. Jarmila Bramušková, PhD.

The author wrote the thesis on: Specifics of one day anesthetic care. The aim of the thesis was to present new ways of delivery of health care in one day surgery centres with a focus on anesthesia and postoperative analgesia.

In the teoretical part, the author describes the development of one day health care in Europe and Slovakia, highlights its current status and benefits. The author shows the importance of selecting patients suitable for operating in the mode of one day surgery. The next chapter is devoted to the patient´s surgery preparation, the author highlights the importance of nurse´s educational activity in the perioperative period. The author pays attention to the specifics of one day anesthesia care, medicaments and anesthetic technics which are suitable for outpatient anesthesia. In the last chapter of the theoretical part, she describes postoperative patient care, highlights the importance of postoperative analgesia and prevention of postoperative vomiting.

In the practical part, the autor investigates and analyses the views of patients who underwent an operational performance in one day care centres. The aim was to determine how patients can benefit from one day anesthetic care. The author carried out a survey in the form of questionnaire of 21 questions among patients. She analyzed, sumarized and reported the answers of respondets in tables and graphs.

During writing the thesis, the autor worked with the literature which she quoted under valid norm STN ISO 690.

**Key words:** One day health care, One day anesthetic care, Education, Analgesia, Research Patient



## ZOZNAM SKRATIEK

ASA	American Society of Anaesthesiologists
BBSK	Banskobystrický samosprávny kraj
EKG	elektrokardiogram
ETK	endotracheálna kanyla
CA	celková anestézia
JAS	jednodňová anestetická starostlivosť
JCH	jednodňová chirurgia
JZS	jednodňová zdravotná starostlivosť
LMA	laryngeálna maska
MAP	stredný arteriálny tlak
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
ORL	otorinolaryngológia
PONV	pooperačná nauzea a zvracanie
RA	regionálna anestézia
RTG	röntgenové vyšetrenie
SAJCH	Slovenská asociácia jednodňovej chirurgie
SAT. O2	saturácia kyslíka
SSAIM	Slovenská spoločnosť anestéziológie a intenzívnej medicíny
TIVA	totálna intravenózna anestézia
VTE	venózne tromboembolizmus

## ZOZNAM TABULIEK

<b>Tabuľka A</b>	Klasifikácia anestéziologického rizika podľa ASA
<b>Tabuľka B</b>	Zloženie súboru podľa veku respondentov
<b>Tabuľka C</b>	Počet respondentov mužského a ženského pohlavia
<b>Tabuľka D</b>	Najvyššie ukončené vzdelanie respondentov
<b>Tabuľka 1</b>	Skúsenosti respondentov s JZS
<b>Tabuľka 2</b>	Výber zariadenia JZS
<b>Tabuľka 3</b>	Faktory ovplyvňujúce výber zariadenia JZS
<b>Tabuľka 4</b>	Názor respondentov na anestéziu v zariadeniach JZS
<b>Tabuľka 5</b>	Informovanosť o potrebe interného predoperačného vyšetrenia
<b>Tabuľka 6</b>	Predanestetické vyšetrenie
<b>Tabuľka 7</b>	Poskytovateľ informácií o spôsobe anestézie
<b>Tabuľka 8</b>	Dostatočnosť a zrozumiteľnosť informácií
<b>Tabuľka 9</b>	Dôležitosť informácií pred operačným zákrokom
<b>Tabuľka 10</b>	Zvyšovanie rizika komplikácií v prípade prítomnosti iných ochorení
<b>Tabuľka 11</b>	Informovanosť o ťažkostiach a komplikáciách súvisiacich s anestéziou
<b>Tabuľka 12</b>	Strach z anestézie pred operačným zákrokom
<b>Tabuľka 13</b>	Najväčšie obavy respondentov z anestézie
<b>Tabuľka 14</b>	Rozhovor s anestéziológom
<b>Tabuľka 15</b>	Pocit na zvracanie po operačnom zákroku
<b>Tabuľka 16</b>	Bolesť po operačnom zákroku
<b>Tabuľka 17</b>	Druh operačného zákroku
<b>Tabuľka 18</b>	Ošetrovateľské výkony
<b>Tabuľka 19</b>	Sprevádzajúca osoba pri odchode domov
<b>Tabuľka 20</b>	Pomoc inej osoby v domácom prostredí
<b>Tabuľka 21</b>	Kontakty v prípade komplikácií po operačnom zákroku

## ZOZNAM GRAFOV

- Graf 1** Skúsenosti respondentov s JZS
- Graf 2** Výber zariadenia JZS
- Graf 3** Faktory ovplyvňujúce výber zariadenia JZS
- Graf 4** Názor respondentov na anestéziu v zariadeniach JZS
- Graf 5** Informovanosť o potrebe interného predoperačného vyšetrenia
- Graf 6** Predanestetické vyšetrenie
- Graf 7** Poskytovateľ informácií o spôsobe anestézie
- Graf 8** Dostatočnosť a zrozumiteľnosť informácií
- Graf 9** Dôležitosť informácií pred operačným zákrokom
- Graf 10** Zvyšovanie rizika komplikácií v prípade prítomnosti iných ochorení
- Graf 11** Informovanosť o ťažkostiach a komplikáciách súvisiacich s anestéziou
- Graf 12** Strach z anestézie pred operačným zákrokom
- Graf 13** Najväčšie obavy respondentov z anestézie
- Graf 14** Rozhovor s anestéziológom
- Graf 15** Pocit na zvracanie po operačnom zákroku
- Graf 16** Bolesť po operačnom zákroku
- Graf 17** Druh operačného zákroku
- Graf 18** Ošetrovateľské výkony
- Graf 19** Sprevádzajúca osoba pri odchode domov
- Graf 20** Pomoc inej osoby v domácom prostredí
- Graf 21** Kontakty v prípade komplikácií po operačnom zákroku

## ÚVOD

Poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti je veľmi populárnym a čoraz častejšie využívaným modelom zdravotnej starostlivosti. Jednodňová chirurgia je vo svete považovaná za moderný trend v medicíne. Na Slovensku až do roku 2004 nebola takáto forma poskytovania zdravotnej starostlivosti upravená zákonom. Stalo sa tak až prijatím zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti na Slovensku existuje približne 60 špecializovaných pracovísk jednodňovej chirurgie.

Veľa operačných zákrokov je možné vykonať v režime jednodňovej chirurgie, nevyžadujú si drahú hospitalizáciu, čo má pozitívny vplyv na ekonomiku. Jednodňová chirurgia zvyšuje komfort pacienta a šetrí finančné prostriedky. Pre pacienta to znamená rýchly návrat do domáceho prostredia, skráti sa čas rekonvalescencie a pacient sa môže skôr vrátiť do bežného života. Pacient však musí vedieť, že skracovanie liečby nejde nikdy na úkor kvality. Príjem pacienta do takéhoto zariadenia je podmienený viacerými faktormi. Lekár zhodnotí mieru anestéziologického rizika, domáce podmienky pacienta, vzdialenosť do najbližšej nemocnice od miesta jeho bydliska. Tento systém starostlivosti si vyžaduje dobrú tímovú spoluprácu lekárov, sestier a ostatného personálu. Dôležitá je spolupráca s pacientom a vzájomná komunikácia. Ku každému pacientovi pristupujeme individuálne a vnímame ho ako bio – psycho – sociálnu bytosť so svojimi potrebami. Pacient často nepozná, ako má prebiehať odborný výkon, ale hodnotí kvalitu starostlivosti na základe vlastnej skúsenosti. Ambulantná anestézia sa stala významnou súčasťou práce anestéziológa. Pre spokojnosť pacienta je dôležité zabezpečiť jeho bezpečné prebudenie po anestézii, minimalizovať pooperačnú bolesť, zmierniť nauzeu, alebo zabrániť vracaniu. Preto je dôležitá predoperačná príprava, ktorá zahŕňa aj mnohé preventívne opatrenia. Do predoperačného obdobia patrí aj edukácia pacienta, ktorá je zameraná na poskytnutie informácií o pooperačnom období. Nové anestéziologické postupy a lieky umožňujú pacientovi skoré zotavenie po zákroku. Na napísanie práce o špecifikách jednodňovej anestetickú starostlivosti sme sa rozhodli preto, lebo pracujem ako anestéziologická sestra v zariadení, ktoré poskytuje jednodňovú zdravotnú starostlivosť.

Cieľom našej práce bolo poukázať na výhody jednodňovej zdravotnej starostlivosti a na špecifiká ambulantnej anestézie. Chceli sme zistiť mieru informovanosti pacientov o spôsoboch, postupoch a možnostiach podávania anestézie a jej komplikáciách a taktiež zistiť, či pooperačný manažment pacienta bol dostatočne účinný.

# 1 SÚČASNÝ STAV SKÚMANEJ PROBLEMATIKY

Súčasnú zmeny v zdravotníctve nútia zdravotnícke zariadenia hľadať nové spôsoby liečby mnohých ochorení. Ich účelom je nielen zefektívnenie poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ale aj skrátenie času rekonvalescencie pacientov a ich rýchlejší návrat do bežného života. K novým spôsobom liečby patria aj operačné zákroky vykonávané miniinvazívnou cestou v zariadeniach jednodňovej zdravotnej starostlivosti (Nagyová, 2013). Jednodňová chirurgia je veľmi efektívna forma poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá je prínosom tak pre pacienta, ako aj pre zdravotné poisťovne, zamestnávateľov aj pre štát. Vo všeobecnosti je možné povedať, že jednodňová chirurgia šetrí peniaze nielen zdravotným poisťovňam, ktoré priamo ovplyvňujú liečbu pacienta, ale aj sociálnej poisťovni a zamestnávateľom, pretože sa skracuje doba liečenia a teda aj vyplácanie nemocenských dávok. V JZS sa šetria náklady na ošetrovanie zotavovaním pacientov doma, ktorí potom môžu skôr nastúpiť do zamestnania. Týmto mechanizmom sa môže vytvárať v nemocniciach priestor na hospitalizáciu ťažšie chorých pacientov. Pre pacienta, predstavuje tento typ starostlivosti určite veľký prínos v kvalite starostlivosti, pretože mu umožňuje absolvovať invazívne výkony alebo diagnostiku za jeden deň. Prípadne umožňuje skrátenie doby hospitalizácie pacienta na čas nevyhnutný na jeho zotavenie. Pacient nie je traumatizovaný pobytom v nemocnici (Bušová, 2006).

Ak porovnáваме úroveň a rozsah jednodňovej chirurgie na Slovensku s vyspelými európskymi krajinami, tak to vyznie veľmi deprimujúco. Na Slovensku sa robí formou jednodňovej chirurgie asi 7 % všetkých operácií. V USA s vo Veľkej Británii chcú dosiahnuť, aby 75 % všetkých plánovaných zákrokov bolo urobených v zariadeniach jednodňovej starostlivosti (Firment, 2008). V každom prípade je tento podiel u nás veľmi nízky. Príčinou je nespôlupráca vedenia rezortu zdravotníctva a zdravotných poisťovní vytvoriť pre rozvoj jednodňovej chirurgie motivačné prostredie (Vidová, 2006). Napriek tomu má jednodňová chirurgia stúpajúci trend, pretože čoraz viac zákrokov sa posúva do tejto sféry. Už teraz sa výhody jednodňovej chirurgie využívajú v rôznych chirurgických odboroch ako je napríklad gynekológia, urológia, otorinolaryngológia, všeobecná chirurgia, plastická a rekonštrukčná chirurgia, ortopédia alebo chirurgia oka. Jedným z hlavných argumentov pre zvyšovanie podielu ambulantnej starostlivosti je aj vyššia efektivita práce a tým znižovanie nákladov. Dosiahnuť takýto cieľ je možné len pri dobrej organizácii

práce. Optimálne postupy neexistujú, líšia sa v závislosti od spektra poskytovaných výkonov a zloženia populácie pacientov (Vateha, 2011).

### **1.1 Jednodňová zdravotná starostlivosť**

Rýchly spôsob života ľudí, ekonomické faktory a rozvoj miniinvazívnych metód v medicíne vedie k hľadaniu nových spôsobov poskytovania zdravotnej starostlivosti a úspor tam, kde je to možné (Czudek, 2009). Alternatívny spôsob riešenia daného problému musí byť výhodný pre pacientov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zdravotné poisťovne. Tieto požiadavky spĺňajú zariadenia jednodňovej zdravotnej starostlivosti. V praxi sa tento typ zdravotnej starostlivosti označuje názvom „jednodňová chirurgia“, prevzatý z anglickej terminológie „one-day surgery“. Ešte stále je v povedomí verejnosti, že operácia rovná sa hospitalizácia. Ale v dnešnej „uponáhľanej“ dobe mnohí pacienti potrebujú chirurgický zákrok a nechcú byť hospitalizovaní (Bušová, 2006). V zariadeniach jednodňovej chirurgie je pacient operovaný v deň prijatia do zdravotníckeho zariadenia a prepustený je do 12 hodín, niekedy do 24 hodín do domáceho prostredia, kde má blízku osobu, ktorá mu v pooperačnom období vie pomôcť s určitými úkonmi. O tom hovorí aj vyhláška MZ SR č. 770/2004 §3, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, je to *„taká zdravotná starostlivosť, ktorá je určená na vykonávanie chirurgických výkonov v príslušných špecializovaných odboroch alebo na vykonávanie takých diagnostických a liečebných výkonov, pri ktorých sa predpokladá, že zdravotný stav osoby bude vyžadovať pobyt osoby na lôžku nepresahujúci 24 hodín“* (Vyhláška, 2004). Pacient počas svojho pobytu v tomto type zariadenia nie je vystavený riziku vzniku nozokomiálnej nákazy, tak ako v nemocnici.

Zariadenie jednodňovej zdravotnej starostlivosti by malo byť situované v prostredí s dobrou dopravnou dostupnosťou a so samostatným parkoviskom. Pokiaľ sú pacienti aj mimo regiónu, mali by byť možnosti prenocovania, resp. ponúknutý hotel. Budova musí spĺňať základné požiadavky stanovené pre lôžkové zdravotnícke zariadenia. Ideálne pracovisko jednodňovej zdravotnej starostlivosti má samostatný príjem, ambulanciu a operačnú časť, pooperačné izby a administratívne priestory (Pavlátová, 2010).

Jednotlivé zariadenia poskytujúce jednodňovú zdravotnú starostlivosť musia spĺňať náročné kritériá na minimálne personálne a materiálne – technické vybavenie podľa vyhlášky MZ SR č. 428/2006 (Vyhláška, 2006). Personálne tieto zariadenia zabezpečujú lekári so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovaná

jednodňová zdravotná starostlivosť. Ak zariadenie poskytuje aj anestéziologickú starostlivosť, personálne zabezpečenie tvorí lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna medicína a anestéziologická sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna medicína. Po splnení týchto kritérií môže zariadenie jednodňovej zdravotnej starostlivosti uzavrieť zmluvy so zdravotnými poisťovňami. Toho času zdravotné poisťovne zazmluvňujú s poskytovateľmi viac ako 50% z celkového počtu 450 výkonov jednodňovej zdravotnej starostlivosti (Hudecová, 2010). Platby za zazmluvnený výkon hradí zdravotná poisťovňa, pacient zaplatí poplatok za nadštandardné služby. Výkony, ktoré poisťovňa neprepláca, si hradí pacient v plnej miere sám. Jedná sa napríklad o korekčné zákroky plastickej chirurgie, umelé prerušenie tehotenstva a sterilizáciu (Jušková, 2013).

Každé zariadenie jednodňovej chirurgie musí mať uzatvorenú zmluvu o tzv. záložnej nemocnici, spravidla s najbližším lôžkovým zariadením. To znamená, že v prípade potreby presne vie, ako má postupovať a kam urýchlene pacienta previezť tak, aby sa minimalizovalo riziko pre pacienta na najnižšiu možnú mieru.

V roku 2002 vznikla Slovenská asociácia jednodňovej chirurgie (SAJCH), ktorej predsedníčkou je MUDr. Eva Vidová. Hlavným cieľom SAJCH je pomôcť vytvárať také podmienky na vznik a fungovanie pracovísk jednodňovej chirurgie, aby sa do tejto sféry presunulo aspoň 30 % všetkých operácií vykonaných na Slovensku (Vidová, 2006).

## **1.2 Výhody pre pacienta a spoločnosť**

Jednodňová zdravotná starostlivosť znižuje liečebné náklady, šetrí čas pacienta. Rešpektuje jeho súkromie a osobnosť a je ideálne pre tých ktorý sa zle adaptujú v nemocničnom prostredí, uprednostňujú rýchle riešenie svojho zdravotného problému a včasný návrat k svojej rodine. Vo všeobecnosti je hodnotená pacientmi veľmi pozitívne. V porovnaní s lôžkovými zariadeniami badať aj rozdiel v lepšom a individuálnejšom prístupe k pacientom, pretože v malých zariadeniach je menší priestor na anonymitu, ktorá je vo veľkých nemocniciach. Poskytované služby sú z pohľadu pacientov veľmi dobré, kladne hodnotia moderné prostredie a milý personál a ľudský prístup (Kollár, 2006).

Okrem toho má jednodňová zdravotná starostlivosť pre pacienta ďalší rad výhod :

- možnosť výberu termínu a operátora,
- kratšie čakacie doby na operačný zákrok,
- eliminácia stresu a strachu z dlhšieho pobytu v zdravotníckom zariadení,

- minimalizácia pooperačných ťažkostí a bolestí,
- zníženie výskytu tromboembolického ochorenia,
- znížené riziko infekcie a nozokomiálnych nákaz,
- starostlivosť po operácii v domácom prostredí,
- včasný návrat do bežného života (Hraško, 2009).

Vhodnými kandidátmi na operačné výkony v ambulantnej sfére sú deti, pretože nemajú závažnejšie základné alebo chronické pridružené ochorenia a ich rekonvalescencia je krátka a nekomplikovaná. V detskom veku je možné vykonať viac ako 60 % chirurgických výkonov. Veľmi vhodné sú tieto zákroky u detí v predškolskom veku, pretože sa odstráni strach a odlúčenie od rodičov (Gašparec, 2011).

Nemocničný systém elektívnej chirurgickej liečby je často ekonomicky nezvládnuteľný, preto sa hľadajú nové formy a spôsoby liečenia. Jednoducho povedané, ak pacient po operačnom výkone môže chodiť fajčiť na balkón alebo pozerať televíziu, nepatrí do nemocnice, pretože nemocnica je veľmi drahý hotel. Tento problém nevzniká v zariadeniach jednodňovej starostlivosti, pretože tam sa šetria náklady na ošetrovanie tým, že pacient sa zotavuje doma a môže skôr nastúpiť do zamestnania (Babiak, 2006).

Jednodňová zdravotná starostlivosť je výhodná ekonomicky nielen pre pacienta, ale aj pre spoločnosť. Celkové náklady na prevádzku jednodňovej zdravotnej starostlivosti sa pohybujú okolo 10 % v porovnaní s 90 % nákladov na hospitalizácie v nemocnici (Hudecová, 2010). Len 7 % operácií sa u nás vykonáva formou jednodňovej chirurgie, čo je v porovnaní s vyspelými štátmi Európy veľmi málo. Presunom operácií do režimu jednodňovej starostlivosti by došlo k výraznej úspore verejných zdrojov, pretože výkony jednodňovej chirurgie sú v priemere o 30 % lacnejšie ako v nemocniciach.



## 2 JEDNODŇOVÁ ANESTETICKÁ STAROSTLIVOSŤ

Pod pojmom jednodňová anestetická starostlivosť (JAS) rozumieme podávanie anestézie v jednodňovej chirurgii pre neakútne a plánované chirurgické výkony u dôsledne vybratých pacientov, ktorí absolvujú všetky činnosti v ten istý deň. Môžeme sa stretnúť aj s pojmami ambulatná anestetická starostlivosť alebo starostlivosť v jednodňovej chirurgii. V zahraničnej literatúre je to day-case anaesthesia, day care anaesthesia, outpatient anaesthesia, ambulatory anaesthesia alebo office-based anaesthesia (Firment, 2011).

Obrovský pokrok fyzikálnych vied – optiky, vodičov svetla, využitie lasera, miniaturizácia zobrazovacích techník umožnili rozšírenie endoskopických metód a invazívnej sonografie. Pokroky vo farmakológii viedli s syntetizovaním nových intravenózných a inhalačných anestetík, myorelaxancií s rýchlou metabolizáciou a krátkym biologickým polčasom. Nové anestéziologické postupy, metódy a kvalitný manažment pooperačnej bolesti umožňujú pacientom skoré zotavenie po operácii.

Toto všetko viedlo k rozvoju nových chirurgických disciplín, ktoré znižujú stres pacienta počas operačného zákroku a skracujú potrebu dlhodobej hospitalizácie. Výber zákrokov pre jednodňovú chirurgiu musí byť veľmi starostlivý a musí brať do úvahy nielen odbornú medicínsku stránku, ale aj sociálne podmienky pacienta, jeho zdravotný stav, transportné podmienky, možnosti ošetrovania v domácnosti a možnosť telefonického kontaktu (Války, 2006).

### 2.1 Historický vývoj jednodňovej anestézie

Anestézia v jednodňovej zdravotnej starostlivosti je relatívne mladá a rýchlo sa rozvíjajúca subšpecializácia. Jej história je taká stará, ako história samotnej celkovej anestézie. Ako samostatná disciplína sa formuje iba v posledných desaťročiach. Americký anestéziológ Ralph Waters v roku 1900 otvoril prvé pracovisko ambulatnej anestézie v Sioux City v štáte Iowa, kde sa vykonávali stomatologické zákroky a malé chirurgické výkony v anestézii. Zaujímavé je, že o takéto služby vzrástol záujem až v 60. rokoch 20. storočia, kedy začali vznikať v Spojených štátoch amerických prvé zariadenia ambulatnej chirurgie (Firment, 2011). Rozvoj takejto formy poskytovania zdravotnej starostlivosti bol veľmi dynamický. V Spojených štátoch je v jednodňovej chirurgii ošetrovaných 90 % pacientov podstupujúcich plánovaný operačný zákrok (Hudecová, 2010).

## **2.2 Vývoj jednoduchovej anestetickéj starostlivosti v Európe**

V Európe nastal rozvoj jednoduchovej anestetickéj starostlivosti v 80. rokoch minulého storočia, prevažne v súkromnom sektore. V štátnych nemocniciach prejavili záujem o JAS až v 90. rokoch, keď boli vypracované nové anestéziologické postupy vyhovujúce tejto forme poskytovania zdravotnej starostlivosti. Hlavný dôraz sa kládol na rýchle zotavenie a primeranú analgéziu. Vývoj bol pomalší v porovnaní so Spojenými štátmi a Kanadou z ekonomických dôvodov. Zdravotné poisťovne uhrádzali vyššie platby za zákrok vykonaný u hospitalizovaných pacientov ako za rovnaký zákrok urobený v ambulantných podmienkach. Toto sa zmenilo až vtedy, keď zdravotné poisťovne zmenili paušálnu platbu za deň hospitalizácie na platbu za vykonaný zákrok bez ohľadu na dĺžku hospitalizácie.

V rokoch 1996 – 1997 sa vo Francúzsku a Belgicku vykonalo 6 – 7 % inguinálnych herniotómií ambulantným spôsobom, ale v Spojených štátoch v tom istom období to bolo 83 %. Vo Francúzsku bolo ambulantne urobených 12 % operácií varixov dolných končatín, kým v Spojených štátoch to bolo až 88 %. Tieto rozdiely v poskytovaní zákrokov formou jednoduchovej starostlivosti neboli spôsobené rozdielnou operatívou a rozdielnymi anestetickými postupmi, ale rozdielnym systémom v uhrádzaní výkonov zdravotnými poisťovňami (Firment, 2011).

## **2.3 Vývoj jednoduchovej anestetickéj starostlivosti na Slovensku**

Ambulantná anestézia je jedným z najmladších odborov v rámci anestéziológie, hoci z historického hľadiska bola anestézia podávaná pacientom v mimonemocničnom prostredí aj v minulosti. Prvé zariadenia jednoduchovej starostlivosti na Slovensku vznikali za situácie, keď nemali pre svoju existenciu oporu ani v legislatíve. Vznikali výlučne vo veľkých mestách, ako je Bratislava či Banská Bystrica v rokoch 1997 – 1999. Boli to pracoviská, ktoré poskytovali zdravotnú starostlivosť v odboroch ORL, oftalmológia, gynekológia, ortopédia a chirurgia. Zdravotné poisťovne len veľmi opatrne pristupovali k uzatváraniu zmlúv v týchto zariadeniach. Ako prvá pristúpila k uzatváraniu zmlúv Všeobecná zdravotná poisťovňa. Situácia sa zmenila v roku 2004 prijatím zákona v Národnej rade Slovenskej republiky o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti č.578/2004 Z.z., v ktorom je zadefinované, že zdravotnú starostlivosť je možné poskytovať v zariadeniach jednoduchovej zdravotnej starostlivosti. V roku 2005 došlo k rozšíreniu zoznamu výkonov jednoduchovej chirurgie o výkony plastickej chirurgie a laparoskopickej cholecystectómie.

V súčasnosti je na Slovensku približne 60 pracovísk poskytujúcich jednodňovú zdravotnú starostlivosť. Ak porovnáваме úroveň a rozsah jednodňovej chirurgie na Slovensku s vyspelými európskymi krajinami, zaostávame výrazne v počte zrealizovaných výkonov k celkovému počtu operačných zákrokov (Vidová, 2006).

Súčasná miera vykonávania ambulantných výkonov v anestézii na Slovensku je okolo 7% v porovnaní s Belgickom (30 %) a Dánskom (55 %) (Firment, 2011). Priekopníkom v jednodňovej anestetickú starostlivosti na Slovensku je prednosta Kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach doc. MUDr. Jozef Firment, PhD. Je členom SSAIM. Skúsenosti a prax získal v nemocniciach vo Švédsku, kde sa venoval predovšetkým anestézii v jednodňovej ambulantnej starostlivosti

## **2.4 Výber pacientov pre jednodňovú zdravotnú starostlivosť**

Pri výbere pacientov vhodných pre režim jednodňovej starostlivosti je okrem typu operačného zákroku nutné posúdiť aj mieru anestéziologického rizika, sociálne a domáce podmienky pacienta, ale aj vzdialenosť od najbližšieho nemocničného zariadenia. Sú pacienti, ktorí nie sú vhodní podrobiť sa operačnému zákroku v režime jednodňovej starostlivosti. Často ide o kontraindikáciu zo zdravotných dôvodov (Vidová, 2006). Prítomnosť komplikujúcich ochorení zvyšuje riziko pooperačných komplikácií. Dôležitý je aj vek pacienta, a v tomto prípade sa viacej zohľadňuje biologický vek než kalendárny. Benefit z jednodňovej chirurgie majú deti a treba to využívať. Pre deti je veľmi vhodná ambulantná anestézia, pretože väčšina pediatrických pacientov nemá závažné základné ochorenia a väčšinou netrpia chronickými ochoreniami (Voháňková, 2002). Je však potrebné vytvoriť pre deti vhodné podmienky so špecializovaným personálom v rámci jednotky JAS zariadenia pre dospelých. Deti do dvoch rokov nie je vhodné operovať v rámci jednodňovej chirurgie (Firment, 2008).

Medzi komplikujúce ochorenia, ktoré zvyšujú riziko pooperačných komplikácií patrí:

- artériová hypertenzia,
- ischemická choroba srdca,
- bronchiálna astma,
- chronické respiračné ochorenia,
- akútne infekcie horných dýchacích ciest,
- obezita,
- cukrovka,

- renálne a hepatálne ochorenia,
- epilepsia,
- nervovo-svalové ochorenia,
- gastroezofageálny reflux,
- chronické používanie liekov,
- zneužívanie liekov (Firment, 2008).

Na základe vyšetrenia a laboratórnych nálezov sa u pacienta určuje anestéziologické riziko. Pre tento účel sa najčastejšie používa schéma podľa ASA (American Society of Anaesthesiologists) hodnotenie pacienta pred anestéziou (tabuľka A). Ide o päťbodovú stupnicu, ktorá hodnotí pridružené ochorenia pacienta, ich závažnosť vzhľadom k operačnému zákroku v anestézii a výskyt možných komplikácií (Larsen,2004). Za najvhodnejších pre JAS sa považujú pacienti s ASA 1-2 s malým rizikom vzniku komplikácií. Za určitých podmienok sa môžu anestézovať aj pacienti s ASA 3, pokiaľ majú dlhodobo stabilizované chronické ochorenie (Firment, 2008). Zdravotnými kontraindikáciami pre JAS sú: deti do 2 rokov, malígna hypertermia v anamnéze, nedostatočne stabilizovaná epilepsia, vysoko rizikový pacient s ASA 3 a viac, morbidná obezita, neprerušená liečba antidepresívami zo skupiny inhibítorov monoaminoxidázy, pacienti s chronickou závislosťou na drogách (Kotusová, 2009).

Okrem zdravotných kontraindikácií musia byť zohľadnené aj sociálne a psychické aspekty pacienta. Významný aspekt sa týka aj otázky bývania. Ak napríklad pacient býva na vyššom poschodí, je sám a psychicky labilný, musí mať zabezpečenú následnú starostlivosť vo svojom byte inou osobou. Vo všeobecnosti platí, že osamotení pacienti by mali byť operovaní v jednodňovej chirurgii len výnimočne (Lazar, 2006).

Ďalšou sociálnou kontraindikáciou je nespolupracujúci pacient, pacient ktorý býva vo vzdialenosti, ktorá neumožňuje v prípade komplikácií zavolať lekára do 1 hodiny, pacient ktorý nemá dostupnosť k telefónu alebo je imobilný (Kotusová, 2009).

## Tabuľka A

Klasifikácia anestetického rizika podľa ASA (American Society of Anaesthesiologists)

Riziková skupina pacientov	Charakteristika	Letalita v perioperačnom období (do 7 dní po výkone)
ASA 1	Zdravý pacient bez patologického nálezu	0,005% (1 pacient z 5 000)
ASA 2	Pacient s mierne závažným systémovým ochorením.	0,1 – 0,5% (1 pacient z 500)
ASA 3	Závažné systémové ochorenia, ktoré obmedzujú chorého. Znížená kardiopulmonálna rezerva, napr. ICHS, st.p. IM, DM na inzulíne, ťažká obezita, závažná CHOBPCH III, nefropatie s retenciou N-látok	1 - 5% (1 pacient z 20-100)
ASA 4	Závažné potenciálne život ohrozujúce ochorenie s chronickou ťažkou orgánovou dysfunkciou, napr. chronická kardiálna (NYHA III, IV) alebo renálna insuficiencia (na hemodialýze), CHOBPCH IV	5 - 25% (1 pacient zo 4-20)
ASA 5	Moribundný pacient, pre ktorého je operačný výkon poslednou možnosťou záchranu života (šokový stav, septický šok, kardiogénny šok, DIC)	50% (každý druhý pacient)

## **3 PREDOPERAČNÁ PRÍPRAVA PACIENTA**

Súčasťou predoperačnej prípravy pacienta na operačný zákrok v anestézii v podmienkach jednodňovej zdravotnej starostlivosti je dôkladné predoperačné vyšetrenie pacienta. Predoperačná príprava je komplexná, zahŕňa preventívne opatrenia na základe diagnózy, celkového zdravotného stavu pacienta, jeho veku a náročnosti výkonu. Je dôležitou podmienkou pre zvládnutie operačnej záťaže a vedie k dobrému, nekomplikovanému perioperačnému priebehu. Adekvátne predoperačné príprava pacienta spočíva aj v dobrej spolupráci medzi operátorom a anesteziológom. Operačné zákroky, ktoré je možné vykonávať v zariadení jednodňovej chirurgie určuje operátor, ktorý musí byť dobre informovaný o anesteziologických aspektoch. Preto je dôležitá dobrá vzájomná komunikácia operátora a anesteziológa (Firment, 2010). Z chirurgického hľadiska musí byť pacientovi vysvetlený spôsob operácie, možné komplikácie a tiež diétny a pohybový režim po operácii. Potom nasleduje anesteziologické vyšetrenie (Czudek, 2009). Správny výber pacientov a použitie správnej techniky anestézie a anestetík je zárukou úspechu anesteziologickej činnosti.

Takmer všetci pacienti majú pred operáciou a anestéziou strach. V predoperačnom období má preto pre pacientov veľký význam poskytnutie zrozumiteľných informácií, ktoré ovplyvňujú ich psychickú pohodu a celkový stav. A tu v predoperačnom období je priestor najmä pre sestry. Práca sestry je založená na vzájomnej interakcii s pacientom (Beko, 2009).

### **3.1. Predanestetické vyšetrenie**

Je základom pre anesteziologické rozhodovanie o vhodnej anestézii a o spôsobe vedenia anestézie počas celého perioperačného obdobia tak, aby bola zaistená bezpečnosť pacienta počas anestézie, ale aj ochrana anesteziológa pred foreznými následkami v prípade vzniknutých komplikácií (Očenašová, 2008). Pre predoperačné vyšetrenie platia rovnaké pravidlá, ako pre štandardnú plánovanú anestéziu v lôžkovom zariadení. Základom vyšetrenia je dôsledná anesteziologická anamnéza, zhodnotenie aktuálneho zdravotného stavu pacienta, interného predoperačného vyšetrenia, prípadne iných konziliárnych vyšetrení a zhodnotenie laboratórnych vyšetrení. Z laboratórnych vyšetrení sa najčastejšie ordinuje vyšetrenie krvného obrazu, hemokoagulačných parametrov, biochemické

vyšetrenie séra, krvnej skupiny. U pacienta nad 40 rokov je potrebné EKG, vyšetrenie platí 1 mesiac, výberovo sa požaduje RTG pľúc, ktoré platí 12 mesiacov (Málek, 2011).

Pri zisťovaní anesteziologickej anamnézy dáva anesteziológ ciele otázky:

- na aké ochorenie sa pacient lieči,
- aké lieky pacient užíva a aké lieky užil v deň operácie,
- či má pacient na niečo alergiu,
- aké anestézie v minulosti absolvoval,
- aké komplikácie sa počas anestézie vyskytli,
- či má prejavy krvácania,
- či má zubnú protézu, či sa mu nekývajú zuby,
- koľko fajčí a či užíva návykové látky,
- kedy naposledy jedol a pil,
- či nemá akútnu infekciu dýchacích ciest.

Súčasťou vyšetrenia má byť aj poučenie pacienta pred výkonom o tom, že nesmie viesť motorové vozidlo po dobu 24 hodín od zákroku, nebude piť alkohol, obsluhovať stroje, pracovať vo výškach a po dobu 3 hodín po výkone bude mať pri sebe sprevádzajúcu kompetentnú osobu (Firment, 2008). Poučenie pacienta spočíva aj v informovaní pacienta o možných komplikáciách a rizikách spojených s anestéziou. Anesteziológ informuje aj o dôležitosti lačnenia aspoň 6 hodín pred operáciou a o zákaze fajčenia pred operáciou. Prolongované hladovanie pred operáciou nezvyšuje bezpečnosť pacienta, zvyšuje však jeho nepohodu a môže zvýrazniť pooperačné problémy. Ak je pacient zaradený do operačného programu po 13,00 hodine umožňuje mu to prijať ľahké raňajky pred 8,00 hodinou (Firment, 2008). Na záver vyšetrenia anesteziológ zhodnotí všetky zistené parametre a určí individuálne pokyny, ordinácie, premedikáciu, voľbu a vedenie anestézie. Po podrobnom poučení anesteziológom pacient podpíše formulár **o informovanom súhlase** s anestéziou. Každý pacient má právo na prístup k všetkým druhom informácii, týkajúcich sa jeho zdravotného stavu (Tóth, 2005). V dnešnej dobe bez podpísaného informovaného súhlasu nie je možné anestéziu a operáciu absolvovať. Informovaný súhlas je právny úkon a jeho podpísaním pacient súhlasí s určenými podmienkami (Haškovcová, 2007).

### **3.2 Význam edukácie pacienta v zariadení jednodňovej chirurgie**

Edukácia pacienta v zariadení jednodňovej chirurgie má svoje nezastupiteľné miesto. Operačný výkon a tiež anestézia menia životnú situáciu pacienta, na ktorú sa musí na prechodný čas adaptovať a práve sestry môžu svojou edukačnou činnosťou prispieť k lepšej adaptácii pacienta, ale prispievajú tiež k minimalizácii operačného rizika a prevencii intraoperačných a pooperačných komplikácií. Špecifiká edukácie spočívajú v tom, že informácie o celom perioperačnom období musí sestra zaradiť do predoperačného obdobia. Edukácia sa zameriava na pooperačný režim, ako aj na odporúčenia pre pacienta do domácej starostlivosti (Morvicsová, 2008).

Pacient musí dostať jasné inštrukcie a informácie o výkone a prostredníctvom edukácie má byť mobilizovaný k vyššej aktivite, pretože väčšia časť starostlivosti o jeho zdravie je prenesená do domáceho prostredia. Anestézia a operácia sú zväčša spojené so strachom a obavami pacienta. Prostredníctvom edukácie môžeme prispieť aj k redukcii strachu a stresu u pacienta, pretože z psychologického hľadiska vieme, že informovanosť zvyšuje psychickú pohodu pacienta, kým neinformovanosť stupňuje jeho strach. Medzi najčastejšie využívané metódy edukácie patrí rozhovor a vysvetľovanie, ktoré sú niekedy doplnené o informácie z letákov, alebo brožúr (Magerčiaková, 2009).

Pri poskytovaní anestéziologickej starostlivosti je nevyhnutná spolupráca všetkých zdravotníckych pracovníkov a komunikácia s pacientom. Úspešná komunikácia je dôležitým aspektom ošetrovateľskej činnosti a môže byť aj súčasťou terapie (Hornáková, 2009). Práve komunikácia ovplyvňuje celkový postoj pacienta k anestézii i operácii a vytvára ovzdušie bezpečnosti a prispieva k znižovaniu jeho napätia a úzkosti (Morovicsová, 2010). Schopnosť zdravotníkov správne a efektívne komunikovať je ich veľkým aktívom nielen vo vzťahu k pacientovi ale aj v ich pracovnom živote (Bratová, 2009).

### **3.3 Premedikácia pacienta**

Cieľom premedikácie je podať pacientovi pred operáciou také lieky, ktoré znižujú napätie, úzkosť a strach. Tieto lieky majú anxiolytický až sedatívny účinok, ale napriek tomu pacient je osloviteľný a spolupracuje. Výhodou premedikácie je aj skutočnosť, že úvod do anestézie je lepší a plynulejší a znižuje spotrebu anestetík (Larsen, 1998). Ponuka liekov na



premedikáciu je dnes veľká. Premedikáciu je možné určiť podľa individuálnych potrieb pacienta a podľa druhu operačného zákroku.

Výber liekov na premedikáciu a ich dávkovanie je podmienené:

- vekom, hmotnosťou, celkovým telesným a psychickým stavom pacienta,
- plánovaným operačným výkonom,
- komplikujúcim ochorením a stupňom jeho závažnosti (Bohuš, 1992).

U citlivých pacientov pred ambulantným výkonom je možné podať večer pred plánovaným zákrokom **predpremedikáciu**, ktorá má za úlohu zabezpečiť jeho dostatočný spánok. Na predpremedikáciu sa podávajú dospelým pacientom lieky z radu **benzodiazepínov**, napríklad Diazepam 5-10 mg. per os, alebo Dormicum 7,5 mg. per os. U veľmi citlivých, nekludných a neurolabilných pacientov sa môže premedikácia podať aj v deň zákroku, približne 2 hodiny pred ním (Firment, 2009). Sedatívum sa nemusí podávať u pacientov, ktorí sú psychicky vyrovnaní, neboja sa, a vtedy keď plánovaný operačný výkon je krátky. Sedatívum podané pred krátkodobým výkonom sa môže podieľať na pooperačnom prespávaní, čo oddiali pacientove prepustenie do domácej starostlivosti. V mnohých zariadeniach jednodňovej chirurgie sa premedikácia nepodáva rutinne. Existenciou moderných anestetík a dobrou informovanosťou pacienta sa potreba premedikácie redukuje (Firment, 2008)

Osobný pohovor anesteziológa s pacientom je súčasťou premedikácie. Mnohokrát je takýto pohovor a poskytnutie primeraného vysvetlenia účinnejšie ako farmakologická premedikácia. Anesteziológ sa snaží uklídiť pacienta, získať si jeho dôveru, informovať ho o spôsobe vedenia anestézie a nakoniec získať informovaný súhlas (Pokorný, 2011).

## 4 LIEKY A ANESTETICKÉ TECHNIKY V AMBULANTNEJ ANESTÉZII

Pri ambulantnej anestézii je vhodné kombinovať viaceré látky, ale v nižších dávkach. Neodporúča sa podávať monoanestéziu jediným prípravkom. V anestézii sú k dispozícii účinné a spoľahlivo odoznievajúce prípravky, ako napríklad intravenózne a inhalačné anestetiká, krátko účinkujúce svalové relaxanciá, silné analgetiká, opioidy a špecifické antidotá. Pri podávaní ambulantnej anestézie nie je umením pacienta uspať, ale prebudiť ho tak, aby nemal žiadne nežiaduce účinky a komplikácie (Firment, 2008). Výber anestézie je vždy v kompetencii anestéziológa a mal by závisieť od zdravotného stavu pacienta, typu výkonu a rizika jednotlivých komplikácií (Vateha, 2011).

V anestézii sa používajú dva základné postupy, sú to celková a regionálna anestézia. Každý spôsob anestézie má svoje výhody, nevýhody a taktiež riziká. V jednodňovej anestetickú starostlivosti jednoznačne prevláda celková anestézia (Uharčeková, 2007).

### 4.1 Intravenózne a inhalačné anestetiká

Najčastejšie používaným anestetikom v ambulantnej anestézii je **Propofol**. Je to rýchle a krátko účinkujúce hypnotikum, ktoré nemá žiadne analgetické vlastnosti (Horáček, 2011). Používa sa na úvod do anestézie v kombinácii s opioidom, ale dá sa využiť aj pri pokračujúcom vedení anestézie dávkovačom alebo infúzne. Z používaných intravenózných anestetík má najlepšie farmakologické vlastnosti:

- rýchla indukcia a jednoduché udržiavanie anestézie,
- rýchle prebudenie pacienta,
- umožňuje rýchlejšie prepustenie pacienta,
- nízky výskyt pooperačnej nauzey a vracania, triašky a vertiga (Firment, 2008).

Medzi najdlhšie používané intravenózne anestetiká patrí **Thiopental**. Používa sa pri úvode do anestézie. Po intravenóznom podaní sa vytvorí účinná koncentrácia v mozgu približne po 30 sekundách (Firment, 2008). Na dlhodobé používanie Thiopental nie je vhodný pre jeho dlhší biologický polčas a pre dlhšiu elimináciu z organizmu, čo môže viesť k vzniku nežiaducich účinkov na kardiovaskulárnom systéme. Preto sa v ambulantnej anestézii využíva zriedkavejšie (Larsen, 1998).

**Ketamín** ako disociatívne anestetikum je vhodný pre ambulantnú anestéziu v analgetických dávkach. Chemickým zložením je podobný halucinogénom. Pre jeho psychogénne pôsobenie je vhodné ho kombinovať s benzodiazepínmi, čo ale spôsobuje predĺžené budenie pacienta (Gašparec, 2011).

**Midazolam** je hypnotický benzodiazepín, používa sa na premedikáciu pacienta na sedáciu pri regionálnej anestézii a je možné ho použiť aj na intravenózný úvod do anestézie. Po podaní sa midazolam takmer úplne resorbuje a jeho účinok je rýchly. Pri opakovanom podávaní midazolamu musíme počítať s jeho predĺženým účinkom, čo nie je vhodné pre ambulantnú anestéziu (Larsen, 1998).

Pri **inhalačnej anestézii** sa používajú pary tekutých anestetík, ktoré sa miešajú s kyslíkom a vzduchom alebo oxidom dusným (rajským plynom) a vytvárajú anestetickú zmes, ktorú pacient vdychuje. Z dýchacieho systému pacienta sú anestetiká krvou transportované do všetkých orgánových systémov, pričom miestom účinku je centrálny nervový systém. Výhodou inhalačných anestetík je rýchle a príjemné zaspávanie, možnosť rýchleho ovplyvnenia hĺbky anestézie, analgetický účinok, potlačenie reflexov a dosiahnutie svalovej relaxácie. Medzi inhalačné anestetiká používané v ambulantnej anestézii patrí **sevofluran, izofluran, desfluran a oxid dusný** (Adamus, 2010). V ambulantnej anestézii sa odporúča kombinovať inhalačné anestetiká s intravenóznym anestetikom propofolom a s krátko účinkujúcimi opioidmi (Firment, 2008).

## 4.2 Opioidy

Opioidy s ich silným analgetickým účinkom patria k najčastejšie používaným látkam v anestéziológii. Vedú k stabilizácii celkového stavu a jednotlivých systémov. Znižujú bolestivé stimuly a spotrebu inhalačných a intravenózných anestetík. V ambulantnej anestézii sú najčastejšie využívané **sufentanil, fentanyl, remifentanil, alfentanil**. Ich účinok nastupuje rýchlo, je krátkodobý a preto sa používajú pri krátkodobých ale bolestivých výkonoch počas anestézie (Firment, 2009). V anestéziológii sa často využíva Sufentanil, ktorý je 100 krát účinnejší ako morfin. Ovplyvňuje kardiovaskulárny systém. Hypertenziu alebo tachykardiu dokáže znížiť a potlačiť účinnejšie ako fentanyl. Využíva sa pri úvode do celkovej anestézie a pri totálnej intravenózne anestézii – TIVA v kombinácii s Propofolom a kyslíkom. Väčšina opioidov má emetické vlastnosti, ktoré je možné zmierniť preventívnym podaním antiemetík (Firment, 2008)..

### 4.3 Celková anestézia

Celkovú anestéziu - CA definujeme ako farmakologicky navodený zvratný útlm centrálnej nervovej sústavy (Firment, 2008). Cieľom celovej anestézie je:

- vyradiť vedomie a zaistiť amnéziu,
- navodiť dokonalú analgéziu,
- zaistiť vegetatívnu stabilitu,
- spôsobiť svalovú relaxáciu,
- zaistiť kľudné a dobre prístupné operačné pole (Zeman, 2011).

V podmienkach jednodňovej chirurgie sa používajú lieky, ktoré majú špecifické vlastnosti. Je to rýchly nástup ich účinku, rýchla eliminácia a metabolizmus s nízkym výskytom nežiaducich účinkov. V ambulantnej anestézii sa používa najčastejšie propofol a sevofluran pre svoje viaceré priaznivé účinky. Jednou z mnohých predností propofolu je rýchle a príjemné budenie, so zriedkavým výskytom PONV a skorým návratom svalových reflexov. Dôležitú úlohu tu zohráva **totálna intravenózna anestézia – TIVA** hlavne pri krátkotrvajúcich zákrokoch. Pri nej sa pacientovi podáva krátkodobo účinkujúce intravenózne anestetikum v kombinácii s opioidom a kyslík/vzduch. Tento spôsob je výhodný pre možnosť pružného prispôsobenia hĺbky anestézie a analgézie. TIVA je vhodný spôsob anestézie v jednodňovej anestetickú starostlivosti pre rýchly nástup účinku a rýchle prebudenie pacienta (Firment, 2008).

Pri dlhšie trvajúcich zákrokoch sa na úvod do celkovej anestézie používajú intravenózne anestetiká a v anestézii sa pokračuje inhalačnými anestetikami. Na zabezpečenie dýchacích ciest sa podľa typu operačného zákroku používa laryngeálna maska – LMA, alebo endotracheálna kanyla – ETK. Najväčšou výhodou celkovej anestézie je rýchlosť a jednoduchosť jej podania a komfort operačného tímu na operačnej sále. Tieto podmienky pre pacienta a operátora musí vytvoriť anestéziológ – lekár so špecializáciou z odboru anestéziológia a intenzívna medicína a pomáha mu pri tom anestéziologická sestra s ukončeným postgraduálnym vzdelaním. Ich práca zahŕňa zabezpečenie a prípravu techniky a pomôcok, ktoré sú nevyhnutné pre hladký priebeh anestézie (Husáriková, 2009)

### 4.4 Regionálna anestézia

Regionálna alebo lokálna anestézia využíva účinok liekov - lokálnych anestetík selektívne len v tej časti tela, na ktorej sa robí operačný zákrok. Ostatné oblasti organizmu sú

ovplyvnené nepatrne. Regionálnou anestéziou dosiahneme prerušenie vedenia pocitu bolesti z periférie do mozgu prechodným vyradením senzitívnych vlákien (Bohuš, 1992). V podmienkach jednodňovej starostlivosti je možné realizovať aj regionálne anestetické techniky. Najčastejšie využívanými sú subarachnoidálna, epidurálna anestézia a regionálne blokády končatín. Medzi ich výhody patrí minimálne riziko pooperačného zvracania.. Regionálna anestézia má v pooperačnom období veľmi dobrý analgetický efekt, ale v zariadeniach jednodňovej chirurgie sa používa zriedkavejšie ako celková anestézia. Nevýhodou regionálnej anestézie v ambulantných podmienkach je komplikovanejšie podanie a dlhší, nekonštantný nástup účinku. Medzi najčastejšie komplikácie, ktoré môžu ovplyvniť prepustenie pacienta patrí postpunkčná bolesť hlavy, slabosť dolných končatín a prechodné poruchy močenia po neuroaxiálnych blokádach. Väčšie časové nároky a neskoršia mobilizácia pacienta ohrozujú skoré prepustenie pacienta do domácej starostlivosti (Firment, 2008). Výber anestézie je v kompetencii anestéziológa a mal by závisieť od zdravotného stavu pacienta, typu výkonu a rizika jednotlivých komplikácií (Vateha, 2011).

## 5 POOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA

Použitie krátkodobo pôsobiacich anestetík, prevencia pooperačnej bolesti a vracania, neprítomnosť komplikácií anestézie a neprítomnosť komplikácií v súvislosti s operáciou v jednodňovej chirurgii, umožňujú skoré prepustenie pacienta do domácej starostlivosti. Dôležitú úlohu zohráva pooperačné zotavovanie pacienta (Vateha, 2009). Pooperačné zotavovanie pacienta začína bezprostredne po operácii v anestézii. Dĺžka pooperačného sledovania závisí od dĺžky a spôsobu anestézie a od ďalších látok, ktoré sa používali počas anestézie. Pooperačné sledovanie pacienta môžeme rozdeliť do troch fáz:

- včasná fáza,
- intermediárna fáza,
- neskorá fáza zotavovania (Firment, 2008).

### **Sledovanie pacienta sestrou v prebúdzačej miestnosti**

Vo včasnej fáze sa pacient zobúda po anestézii na operačnej sále alebo následne v prebúdzačej miestnosti. Toto obdobie je charakterizované patofyziologickými zmenami spôsobenými anestéziou a operačným zákrokom. Pacientovi monitorujeme základné životné funkcie a je sledovaný anestéziologickou sestrou až do úplného zobudenia a návratu všetkých životne dôležitých ochranných reflexov (Málek, 2011). V prípade ťažkostí alebo komplikácií u pacienta si sestra privolá anestéziológa. V bezprostrednom pooperačnom období sa zameriavame na minimalizovanie vedľajších účinkov anestézie ako je nauzea, zvracanie, bolesť, závraty.

### **Pooperačná analgézia a prevencia zvracania v prebúdzačej miestnosti**

Bolesť je subjektívnym vnemom, ktorý sa na rozdiel od iných zmyslových vnemov dá len ťažko objektívne merať a kvantifikovať. Operačný výkon je spojený s bolesťou rôznej intenzity. Pooperačná liečba bolesti by mala splňať nielen lekárske, ale aj etické a ekonomické požiadavky. Včasná liečba chráni pacienta aj pred týmito komplikáciami. Pri liečbe bolesti možno použiť v logickej následnosti viaceré liečebné postupy, ktoré sa prekrývajú mechanizmom svojho analgetického účinku (Onderčanin, 2012).

Dostatočná a primeraná pooperačná analgézia je jednou zo základných požiadaviek v jednodňovej ambulantnej starostlivosti. Dôležité je zaistiť kontinuálne pokračovanie pooperačnej analgézie do pooperačného obdobia bez výpadku v bezprostrednom období

prebúdžania. Na prebúdžacej izbe je vhodné podávanie analgetík z rôznych analgetických skupín, ktoré majú rozdielny mechanizmus účinku. Tým dosiahneme primeranú analgéziu pri relatívne nižších dávkach jednotlivých liekov (Málek, 2011). Analgetickú liečbu je vhodné zahájiť už na operačnej sále. Druh analgetík a ich dávkovanie závisí od rozsahu operačného zákroku a určuje ich anesteziológ. Na miernu pooperačnú bolesť sa často využívajú neopioidové analgetiká, kde patrí paracetamol, nesteroidné analgetiká, metamizol podávané intravenózne alebo v infúzii. Stredná pooperačná bolesť vyžaduje niekedy podanie slabých opioidov v kombinácii s vyššie uvedenými neopioidovými analgetikami (Kollerová, 2013). Vo všeobecnosti sa však použitiu opioidov vyhýbame pre ich vedľajšie účinky s rizikom PONV a ospalosti. V súčasnosti sa pri určitých typoch operačných zákrokov využíva infiltrácia operačnej rany lokálnym anestetikom operatérom alebo aplikácia intraartikulárne na konci operačného zákroku (Karovič, 2011).

Medzi najčastejšie problémy znemožňujúce prepustenie pacienta do domáceho ošetrovania okrem bolesti, sú pooperačná nauzea a vracanie – PONV. Rizikovými faktormi pre výskyt PONV sú ženské pohlavie, nefajčiari, predchádzajúci výskyt PONV, kinetóza a použitie opioidov v pooperačnom období.(Palenčíková, 2010). Pooperačná nevoľnosť a vracanie majú multifaktoriálnu príčinu preto kombinovanie antiemetík s rôznym mechanizmom pôsobenia je účinnejšie, ako podávanie jedného druhu lieku . V prevencii a liečbe používame najmä dexametazón, metoklopramid a lieky zo skupiny setrónov (Vateha, 2010).

### **5.1 Kritériá prepustenia pacienta z prebúdžacej miestnosti**

Prebúdžacia miestnosť musí byť vybavená monitorovacím zariadením. Za zhodnotenie poanestetického stavu v súvislosti s prepustením pacienta z operačnej izby je zodpovedný anesteziológ a anesteziologická sestra (Firment, 2009).Zotavenie pacienta po celkovej anestézii pri použití krátkodobo účinkujúcich anestetík je relatívne rýchle, a preto vo väčšine prípadov môže opustiť zobúdzaciu izbu v krátkom čase.

Na to, aby pacient mohol byť preložený zo zobúdzacej miestnosti, musí spĺňať určité kritériá, ktoré sestra sleduje a hodnotí. Medzi kritériá patrí:

- úroveň vedomia,
- fyzická aktivita,
- obehová stabilita,
- respiračná stabilita,

- stav saturácie kyslíka,
- pooperačná bolesť (Firment, 2008).

V jednoduchovej starostlivosti sa využíva niekoľko skórovacích systémov, ktoré slúžia na zhodnotenie schopnosti prepustenia pacienta zo zobúdzacej miestnosti. Najčastejšie využívaný je Aldreteho skórovací systém (Príloha A). Pacienta prepúšťame na izbu bežnej starostlivosti vtedy, keď je pri plnom vedomí, má stabilizované životné funkcie, dostatočnú spontánnu dychovú aktivitu, prítomné obranné reflexy, dostatočnú analgéziu a nie je prítomná nauzea alebo vracanie (Gašparec, 2011). Prekladom pacienta na izbu bežnej starostlivosti začína **intermediárna fáza** pooperačnej starostlivosti, kedy pacient vyžaduje bežnú ošetrovateľskú starostlivosť a je pripravovaný na prepustenie do domácej starostlivosti (Firment, 2008).

## 5.2 Prepustenie pacienta do domácej starostlivosti

Skórovacie systémy hodnotia mnohé parametre ako je stupeň vedomia, dýchanie, krvný obeh, stupeň aktivity, bolesť, vracanie, mobilitu. Pri prepúšťaní pacienta domov je dôležité zhodnotiť aj mentálny stav pacienta a neprítomnosť krvácania. Pacient sa musí subjektívne cítiť dobre, aby mohol odísť domov (Firment, 2008). Po bežnom operačnom zákroku pacient opúšťa pracovisko jednoduchovej ambulantnej starostlivosti v priebehu niekoľkých hodín. Pred prepustením do domáceho ošetrovania dostane pacient zdravotnú prepúšťaciu dokumentáciu (Hunák, 2009). Za prepustenie pacienta do domácej starostlivosti je zodpovedný lekár, ktorý informuje pacienta o priebehu operačného zákroku o dĺžke pooperačnej rekonvalescencie, následnej kontrole a poskytne pacientovi telefonický kontakt do zariadenia jednoduchovej starostlivosti, alebo do nemocnice.

Potrebné je vysvetliť pacientovi aj skutočnosť, že 20 – 40 % pacientov doma po operácii máva stredne silnú bolesť, ktorá môže trvať 2 -4 dni. Preto lekár musí pacienta poučiť, ako liečiť bolesť v domácom prostredí, ktoré lieky a v akých dávkach môže užiť a aké sú možné ich vedľajšie účinky. Pacienta musí poučiť aj o nutnosti použitia analgetika skôr, ako odznie účinok lokálneho anestetika podaného počas operácie. Rodičov detí upozorní na využívanie hodnotiacej škály intenzity bolesti. Lekár upozorní aj na skutočnosť, že pooperačná únava a slabosť sú bežné príznaky, ktoré trvajú niekoľko dní po operácii (Firment, 2008).

Pre prepustenie pacienta do domácej starostlivosti je potrebné, aby boli splnené určité požiadavky, ktoré sú u nás definované vestníkom Ministerstva zdravotníctva SR:



stabilizované vitálne funkcie, orientovanosť miestom, osobou a časom primerané veku, schopnosť pohybu, ako pred operáciou, eupnoe, neprítomnosť dyspnoe, cyanózy, laryngeálneho kašľa, schopnosť priímať tekutiny, neprítomnosť nauzey a vracania, neprítomnosť komplikácii súvisiacich s anestéziou, neprítomnosť komplikácií súvisiacich s operáciou, dostatočná analgézia, zabezpečená sprevádzajúca osoba, ktorá počas 24 hodín od operačného zákroku poskytne pomoc v domácom prostredí (Vateha, 2008).

Neskorá fáza zotavovania prebieha v domácom prostredí. Pacient je úplne zotavený z operačného zákroku a z anestézie a je schopný vykonávať bežné aktivity. Prepustený pacient nesmie ísť domov sám, nemá viesť motorové vozidlo 24 hodín po anestézii, musí mať zabezpečenú sprevádzajúcu dospelú osobu, ktorá sa o neho môže postarať prinajmenšom nasledujúcu noc. Je dôležité upozorniť pacienta na to, aby si v najbližších dňoch neplánoval náročné pracovné povinnosti. V prípade ťažkostí po operácií, ako napríklad horúčka, bolesť v operačnej rane alebo krvácanie, by mal pacient kontaktovať svojho operátora, alebo lekára jednotňovej zdravotnej starostlivosti (Firment, 2008).

Sestra, ktorá prepúšťa pacienta do domácej starostlivosti, by si mala overiť rozsah jeho vedomostí a informácií o dodržiavaní nevyhnutných opatrení pooperačného liečebného režimu. Informácie musia byť jasné, stručné a zrozumiteľné v ústnej a písomnej forme (Morovicsová, 2010).

## **6 PRIESKUM**

### **6.1 Vymedzenie prieskumného problému**

Praktickú časť našej diplomovej práce sme realizovali formou prieskumu. Prieskum je druh empirického výskumu a využíva sa na jednorazové zisťovanie ošetrovateľského, zdravotného, či profesionálneho javu, o ktorom si potrebujeme utvoriť názor (Farkašová, 2006).

Témou našej diplomovej práce je špecifická anestéziologická starostlivosť v zariadení jednodňovej chirurgie, ktorú je možné vykonávať bezpečne a kvalitne vďaka zavedeniu krátkodobu pôsobiacich anestetík, regionálnej anestézie a niektorých pomôcok do každodennej praxe. Naším prieskumom sme chceli zistiť rozsah informácií pacientov o spôsoboch, možnostiach, postupoch a komplikáciách anestézie.

### **6.2 Formulácia problému**

#### **Hlavný problém**

V čom je jednodňová anestetická starostlivosť prínosom pre samotného pacienta.

Pri koncipovaní práce, definovaní problému a stanovení cieľa práce, sme si položili niekoľko otázok:

1. Prečo sa rozhodli pacienti absolvovať operačný výkon v zariadení jednodňovej starostlivosti a čo ich najviac ovplyvnilo pri rozhodnutí?
2. Vedia pacienti, aké vyšetrenia sú potrebné pred anestéziou a poznajú rozdiel medzi ambulantnou anestéziou a anestéziou u hospitalizovaných pacientov v nemocnici?
3. Majú pacienti dostatočné informácie o spôsoboch anestézie, od koho informácie získali a boli pre nich získané informácie zrozumiteľné a dostačujúce?
4. Vedia pacienti, aké ťažkosti a komplikácie môžu nastať v súvislosti s anestéziou?
5. Vedia pacienti, že podmienkou prepustenia do domácej starostlivosti je mať zabezpečenú sprevádzajúcu osobu?

### **6.3 Ciele prieskumu**

V súvislosti s našim prieskumom sme si stanovili tieto základné ciele:

1. Zistiť u pacientov, čo bolo rozhodujúcim faktorom pri výbere zariadenia jednodňovej zdravotnej starostlivosti.
2. Zistiť mieru informovanosti pacientov o anestézii a o potrebe predoperačného interného vyšetrenia a anestéziologického vyšetrenia.
3. Zistiť, kto poskytol pacientom informácie o anestézii a či získanie informácií malo vplyv na zmiernenie ich obáv a strachu z anestézie.
4. Zistiť, aké ťažkosti alebo komplikácie sa u pacientov vyskytli v súvislosti s anestéziou a aká forma prevencie im bola poskytnutá.
5. Zistiť, či všetci pacienti majú zabezpečenú dospelú osobu, ktorá ich bude sprevádzať na ceste domov a postará sa o nich po prepustení do domácej starostlivosti.

### **6.4 Úlohy prieskumu**

1. Vyhľadať odbornú literatúru k danej téme, štúdium a analýza dostupných literárnych prameňov.
2. Vypracovať dotazník určený pre pacientov zariadenia jednodňovej chirurgie týkajúci sa špecifickej anestéziologickej starostlivosti.
3. Požiadať riaditeľa jednodňovej chirurgie Gynpor, s. r. o osúhlas s prieskumom a distribúciou dotazníkov.
4. Po odsúhlasení s realizáciou prieskumu, distribuovať dotazníky v zariadení JZS.
5. Analyzovať a spracovať získané údaje od respondentov a vyhodnotiť výsledky.
6. Navrhnuť odporúčania pre prax.

### **6.5 Metódy a metodika prieskumu**

V praktickej časti našej práce sme si zvolili metódu zberu informácií formou anonymného dotazníka, ktorí sa radí k výskumným metódam získavania informácií prostredníctvom subjektívnych odpovedí respondentov. Dotazník bol vyhotovený na základe nami stanoveného prieskumného problému, týkajúceho sa ambulantnej anestézie. Túto metódu sme si zvolili ako najvhodnejší spôsob získania odpovedí na naše otázky od veľkého počtu

respondentov. Štruktúra stanovených otázok v dotazníku pozostáva z dvoch častí. Prvú časť sme zamerali na demografické údaje o pohlaví, veku a vzdelaní respondentov. Druhú časť tvorilo 21 otázok z čoho 5 otázok bolo poloopených s možnosťou doplniť svoju odpoveď. Položenými otázkami v dotazníku sme chceli u skupiny respondentov zistiť, či informácie o zariadení jednodňovej chirurgie, o anestézii a celom perioperačnom priebehu sú dostatočné a zrozumiteľné. Dotazníky sme distribuovali pacientom po operačnom výkone v zariadení jednodňovej chirurgie, tesne pred prepustením do domácej starostlivosti.

## 6.6 Charakteristika prieskumnej vzorky

Prieskum sme realizovali v zariadení jednodňovej chirurgie **Gynpor s.r.o. Sliach**. Je to jedno z prvých neštátnych zariadení jednodňovej chirurgie na Slovensku, ktorého činnosť bola zahájená 10. mája 2004. Rozhodnutím BBSK získalo toto pracovisko dňa 21. 2. 2011 povolenie na prevádzkovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti s názvom: Všeobecná nemocnica. V tomto zariadení sa vykonávajú operácie v odboroch: gynekológia, všeobecná chirurgia, plastická chirurgia, cievna chirurgia, traumatológia a urológia. Prevládajú gynekologické operácie pre inkontinenciu moču, hysteroskopie, pošvové plastiky, laparoskopické odstránenie myómov maternice. Pracujú tu erudovaní lekári a sestry s mnohoročnými skúsenosťami na operačnej sále. Pacienti do tohto zariadenia prichádzajú v dopredu dohodnutom dni, v určitú hodinu. To znamená, ak sú na operačný zákrok objednaní až poobede, je zbytočné, aby tam boli už od rána. Pacienti majú možnosť voľby termínu, čakacie lehoty sú krátke. Na tomto pracovisku v režime jednodňovej chirurgie sú pacienti vyšetrení, operovaní a prepustení do domácej starostlivosti. Po krátkom zákroku sú pacienti prepustení do domácej starostlivosti v ten istý deň, ako boli operovaní. Viacdňovú hospitalizáciu si vyžadujú pacientky po operačných výkonoch brušným rezom, pri ktorých sa odstraňuje maternica, myómy a veľké cysty.

Prieskumnú vzorku tvorilo 100 pacientov – 31 mužov a 69 žien, ktorí boli v tomto zariadení operovaní. Najpočetnejšiu skupinu tvorili respondenti od 31 do 50 rokov a predstavovali 60 % celej prieskumnej vzorky. Najmenšiu skupinu respondentov tvorili ľudia do 20 rokov, čo súvisí a nízkou chorobnosťou v tomto veku. Nízky počet tvorili respondenti vo veku nad 60 rokov. U týchto pacientov sú často prítomné systémové ochorenia, ktoré neumožňujú realizovať operačné zákroky v režime JZS. Operačné zákroky boli plánované a pacienti adekvátne pripravení na operáciu. Pacienti podstúpili nasledujúce

operačné zákroky: gynekologické kyretáže, hysteroskopie, konizácie krčka maternice, gynekologické laparoskopické operácie, laparoskopické cholecystectómie, hernioplastiky, artroskopické operácie kolenného a ramenného kĺbu.

## **6.7 Organizácia a realizácia prieskumu**

O povolenie na realizáciu prieskumu sme písomne požiadali riaditeľa zariadenia jednodňovej chirurgie Gynpor s. r. o. v novembri 2013. Po schválení našej požiadavky sme začali s distribúciou dotazníkov pacientom po operačných zákrokoch v tomto zariadení. Realizácia zberu informácií formou dotazníka prebiehala v období od novembra 2013 až po koniec januára 2014. Všetci oslovení pacienti boli ochotní vyplniť anonymný dotazník. Zo 100 distribuovaných dotazníkov bola návratnosť 100 vyplnených dotazníkov, čo predstavuje 100 %. Získané odpovede pacientov v dotazníku sme spracovali matematicky – percentuálne a spracované výsledky sme zaznamenali vo forme tabuliek a grafov. Na spracovanie štatistických údajov sme použili program Microsoft Excel 2003.

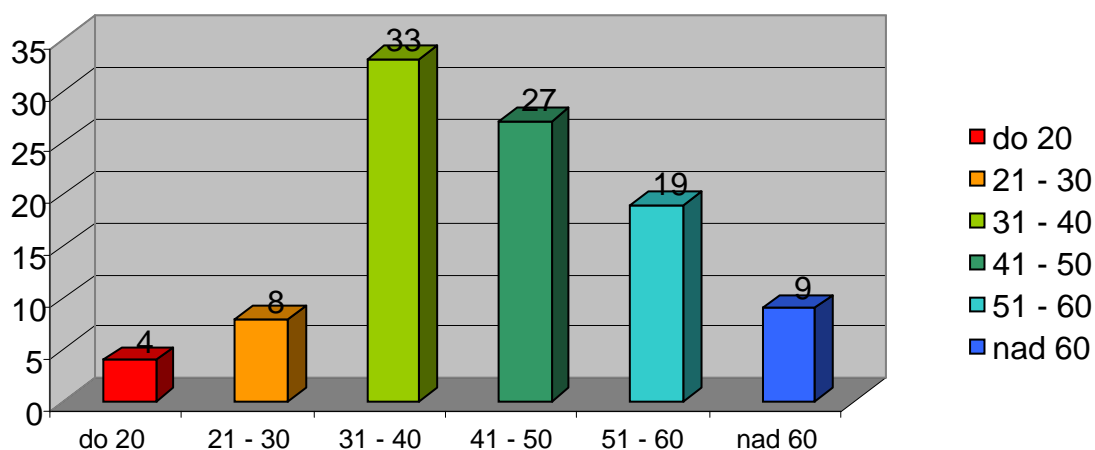
## 7 ANALÝZA A VÝSLEDKY PRIESKUMU

### 7.1 Základné demografické údaje

Tabuľka B Zloženie súboru podľa veku respondentov

Vek	Celkový počet	
	n	%
do 20 rokov	4	4
21 – 30 rokov	8	8
31 – 40 rokov	33	33
41 – 50 rokov	27	27
51 – 60 rokov	19	19
nad 60 rokov	9	9
Spolu	100	100

Vek respondentov



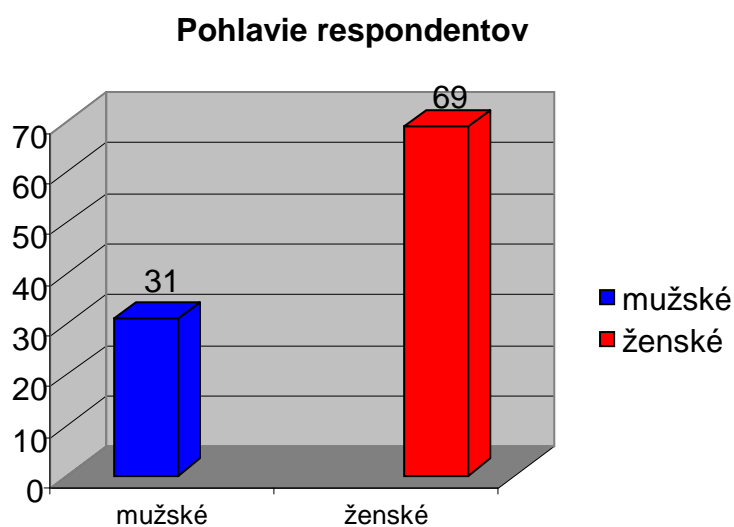
#### Graf A (n = 100 respondentov)

Tabuľka B poskytuje prehľad súboru respondentov podľa veku. Najviac respondentov bolo vo vekovej kategórii 31-40 rokov, čo predstavuje 33 %. Najmenej respondentov bolo vo vekovej kategórii do 20 rokov, čo predstavuje 4 % z celkového počtu respondentov.

Graf A podáva vizuálnu predstavu o vekovom zložení respondentov.

**Tabuľka C Počet respondentov mužského a ženského pohlavia**

Pohlavie	Celkový počet	
	n	%
Ženské	69	69
Mužské	31	31
Spolu	100	100



**Graf B (n = 100 respondentov)**

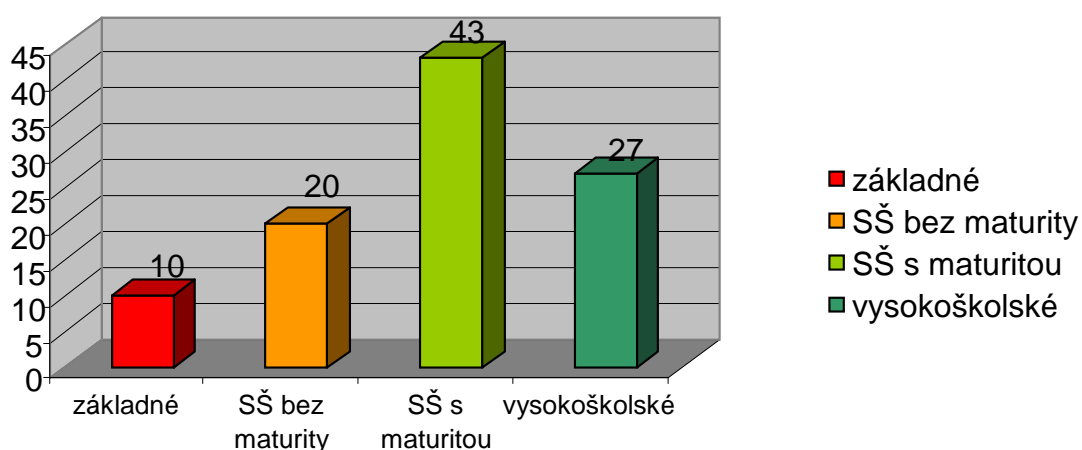
Tabuľka C rozdeľuje skupinu respondentov podľa pohlavia na dve skupiny. Ženské pohlavie bolo zastúpené z celkového počtu  $n = 100$  (100 %) počtom  $n = 69$  (69 %) respondentov. Mužské pohlavie bolo zastúpené počtom  $n = 31$  (31 %) respondentov.

Graf B podáva vizuálnu predstavu o zastúpení mužského a ženského pohlavia v súbore našich respondentov.

**Tabuľka D Najvyššie ukončené vzdelanie respondentov**

Vzdelanie	Celkový počet	
	n	%
Základné	10	10
Stredoškolské bez maturity	20	20
Stredoškolské s maturitou	43	43
Vysokoškolské	27	27
Spolu	100	100

**Najvyššie ukončené vzdelanie respondentov**



**Graf C (n = 100 respondentov)**

Tabuľka D nám ponúka prehľad o najvyššom ukončenom vzdelaní respondentov. Najväčšiu skupinu tvorili respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou. Z celkového počtu  $n = 100$  (100 %) ich bolo počtom  $n = 43$ , čo predstavuje 43 %. Druhú skupinu tvorili respondenti s vysokoškolským vzdelaním, počtom  $n = 27$ , čo znamená 27%. Tretiu skupinu tvorili respondenti s ukončeným stredoškolským vzdelaním bez maturity, počtom  $n = 20$ , čo je 20 %. Najmenšiu skupinu predstavovali respondenti so základným vzdelaním, počtom  $n = 10$ , čo predstavuje 10 % respondentov.

Graf C udáva vizuálnu predstavu o najvyššom ukončenom vzdelaní respondentov.



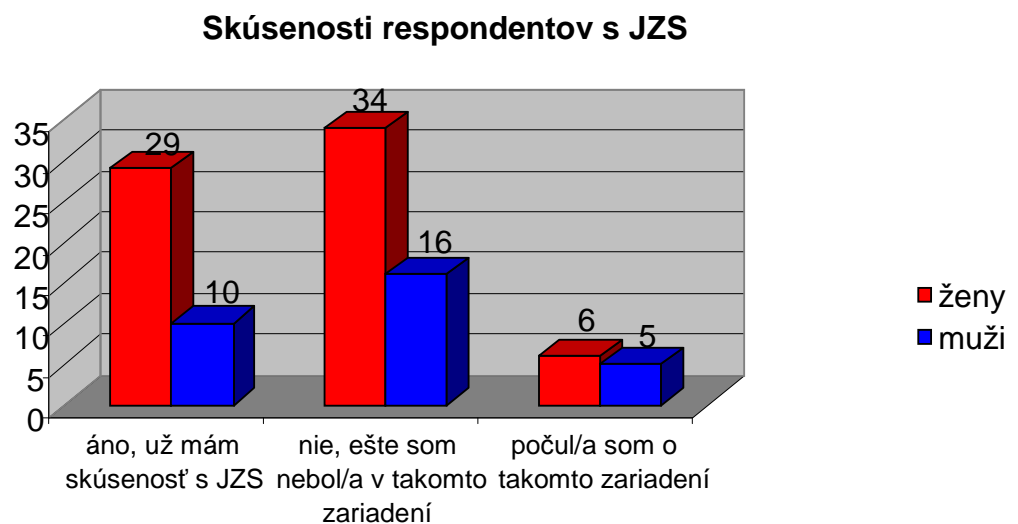
## 7.2 Vyhodnotenie otázok dotazníka

Po vyhodnotení a spracovaní všetkých údajov z dotazníka sme výsledky z vyhodnotených otázok spracovali do prehľadných tabuliek a grafov.

**Otázka č. 1: Máte už skúsenosti spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v zariadení jednotňovej chirurgie?**

**Tabuľka 1 Skúsenosti respondentov s JZS**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno, už mám skúsenosť s JZS	29	42,0	10	32,3	39	39
Nie, ešte som nebol/a v takomto zariadení	34	49,3	16	51,6	50	50
Počul/a som o takomto zariadení	6	8,7	5	16,1	11	11
Spolu	69	100	31	100	100	100



**Graf 1 (n = 100 respondentov)**

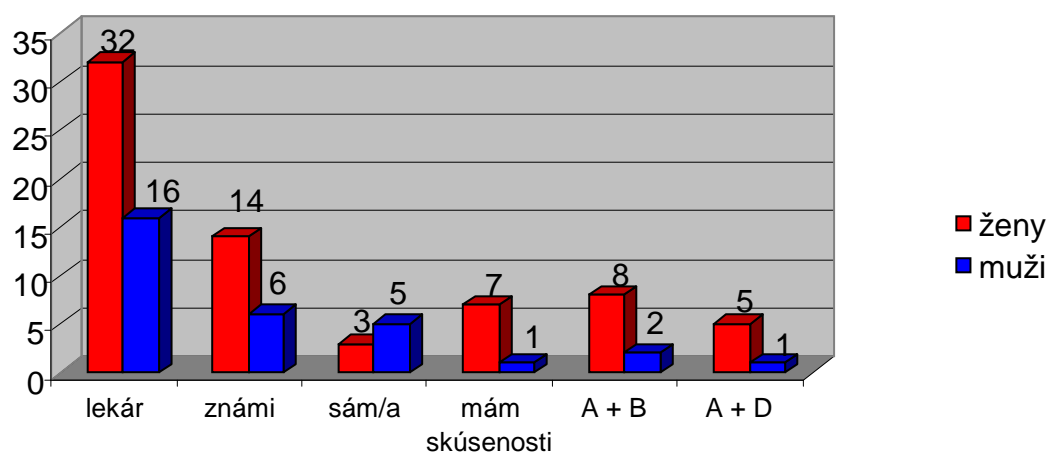
V tabuľke č. 1 a v grafe č. 1 vidíme, že n 39 respondentov (39 %) už má predošlú skúsenosť so zariadením JZS, ďalších n 50 respondentov (50 %) ešte neboli v takomto zariadení a zvyšných n 11 (11 %) respondentov o zariadení JZS len počuli.

**Otázka č. 2: Prečo ste sa rozhodli pre zariadenie jednodňovej zdravotnej starostlivosti? (V otázke bola možnosť uviesť viacej odpovedí)**

**Tabuľka 2 Výber zariadenia JZS**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
A) odporučil mi to môj lekár	32	46,4	16	51,5	48	48
B) odporučili mi ho známi	14	20,3	6	19,4	20	20
C) sám/a som si našiel/a informácie o danom type pracoviska	3	4,3	5	16,1	8	8
D) už mám skúsenosti s poskytovaním starostlivosti v danom type zariadenia	7	10,2	1	3,2	8	8
A+B	8	11,6	2	6,6	10	10
A+D	5	7,2	1	3,2	6	6
Spolu	69	100	31	100	100	100

**Výber zariadenie JZS**



**Graf 2 ( n = 100 respondentov)**

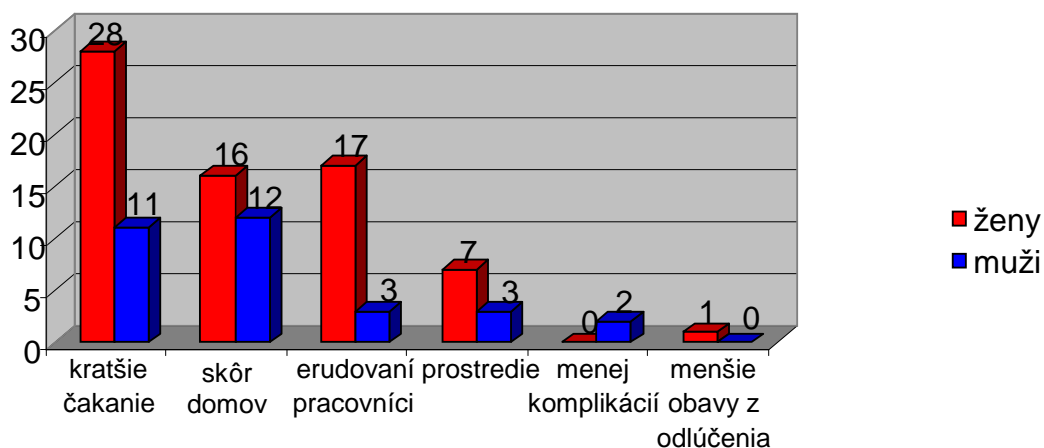
Z tabuľky 2 a grafu 2 môžeme vidieť, že zariadenie JZS si vybralo najviac opýtaných respondentov n 48 (48 %) na základe odporúčenia svojho lekára, na odporúčenie známych si zariadenie vybralo n 20 (20%) respondentov a ďalších n 8 respondentov ( 8 %) si sami našli informácie o danom type zariadenia. Z celkového počtu n 100 (100 %) respondentov už malo skúsenosť s takýmto typom zariadenia n 8 (8 %) respondentov.

**Otázka č. 3: Čo Vás najviac ovplyvnilo pri výbere zariadenia jednodňovej zdravotnej starostlivosti?**

**Tabuľka 3 Faktory ovplyvňujúce výber zariadenia JZS**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Kratšie čakacie doby	28	40,6	11	35,5	39	39
Skoršie prepustenie	16	23,3	12	38,6	28	28
Erudovaní pracovníci	17	24,6	3	9,7	20	20
Príjemné prostredie a personál	7	10,1	3	9,7	10	10
Nižší výskyt komplikácií	0	0	2	6,5	2	2
Menšie obavy z odlúčenia od rodiny	1	1,4	0	0	1	1
<b>Spolu</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Faktory ovplyvňujúce výber zariadenia JZS**



**Graf 3 (n = 100 respondentov)**

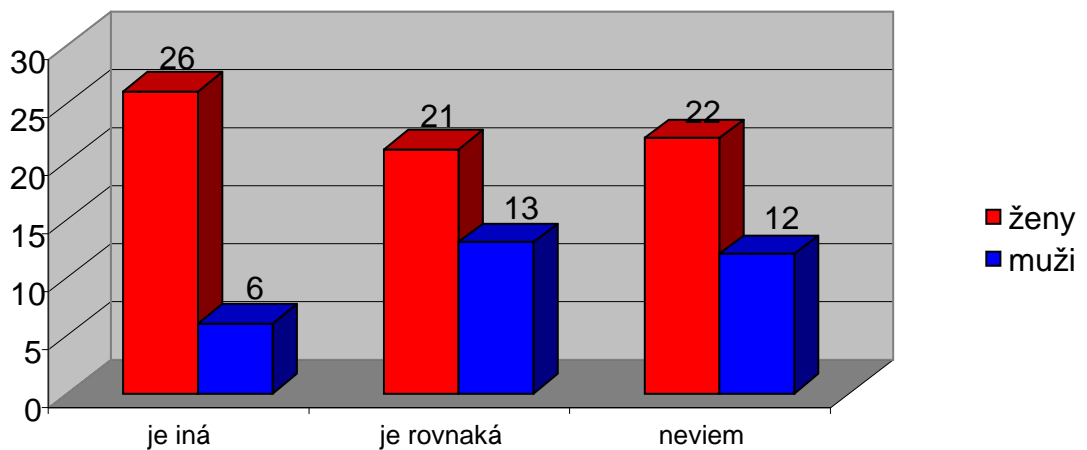
Tabuľka 3 poukazuje na faktory, ktoré najviac ovplyvnili mužov aj ženy pri výbere zariadenia JZS. Ženy v počte n 28 (40,6 %) najviac ovplyvnili kratšie čakacie doby a naopak, mužov v počte n 12 (38,6 %) ovplyvnilo skoršie prepustenie do domácej starostlivosti. V grafickom znázornení vidíme, že respondentov oboch pohlaví pri výbere zariadenia JZS najmenej ovplyvnili faktory, ako je nižší výskyt infekčných a pooperačných komplikácií a menšie obavy z odlúčenia od rodiny.

**Otázka č. 4** Myslíte si, že anestézia podávaná v zariadeniach jednotňovej starostlivosti je iná ako v nemocnici?

**Tabuľka 4** Názor respondentov na anestéziu v zariadeniach JZS

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno, myslím si, že je iná	26	37,7	6	19,6	32	32
Myslím si, že postupy a lieky na vedenie anestézie sú rovnaké	21	30,4	13	41,8	34	34
Neviem sa vyjadriť	22	31,9	12	38,6	34	34
<b>Spolu</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Názor respondentov na anestéziu v zariadeniach JZS**



**Graf 4** ( n = 100 respondentov)

Tabuľka 4 zobrazuje názor respondentov na anestéziu poskytovanú v zariadeniach JZS. V počte n 32 (32 %) respondentov uviedlo, že anestézia v JZS je iná ako v nemocnici a n 34 respondentov (34 %) si myslí, že lieky a postupy na vedenie anestézie v JZS sú rovnaké ako v nemocnici. K danej problematike sa nevedelo vyjadriť n 34 (34 %) respondentov.

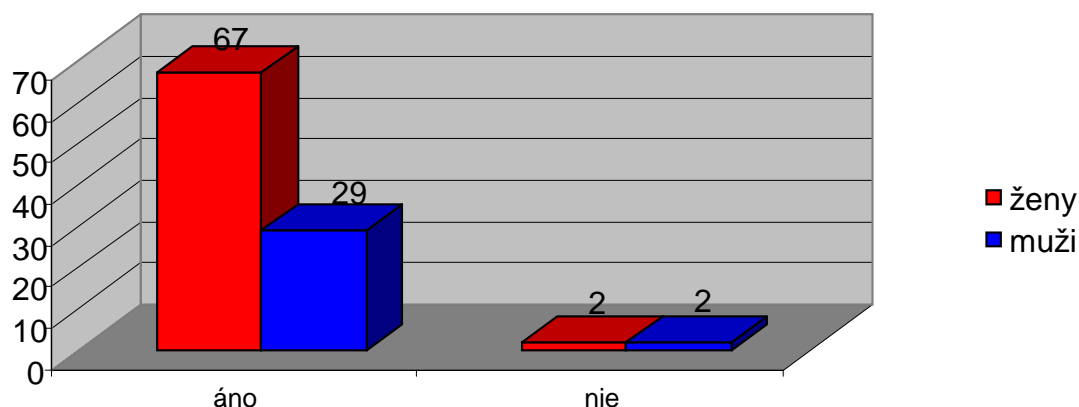
V grafickom znázornení vidíme, že mierne prevažuje názor žien n 26 (37,7 %), ktoré si myslia, že anestézia v JZS je iná ako anestézia v nemocnici. U mužov v počte n 13 (41,8%) prevláda názor, že lieky a postupy na vedenie anestézie v JZS a v nemocnici sú rovnaké.

**Otázka č. 5 Viete o tom, že pred operáciou musíte absolvovať interné predoperačné vyšetrenie, ktoré zhodnotí anezéziológ?**

**Tabuľka 5 Informovanosť o potrebe interného predoperačného vyšetrenia**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno	67	97,1	29	93,5	96	96
Nie	2	2,9	2	6,5	4	4
Spolu	69	100	31	100	100	100

**Informovanosť o potrebe interného predoperačného vyšetrenia**



**Graf 5 ( n = 100 respondentov)**

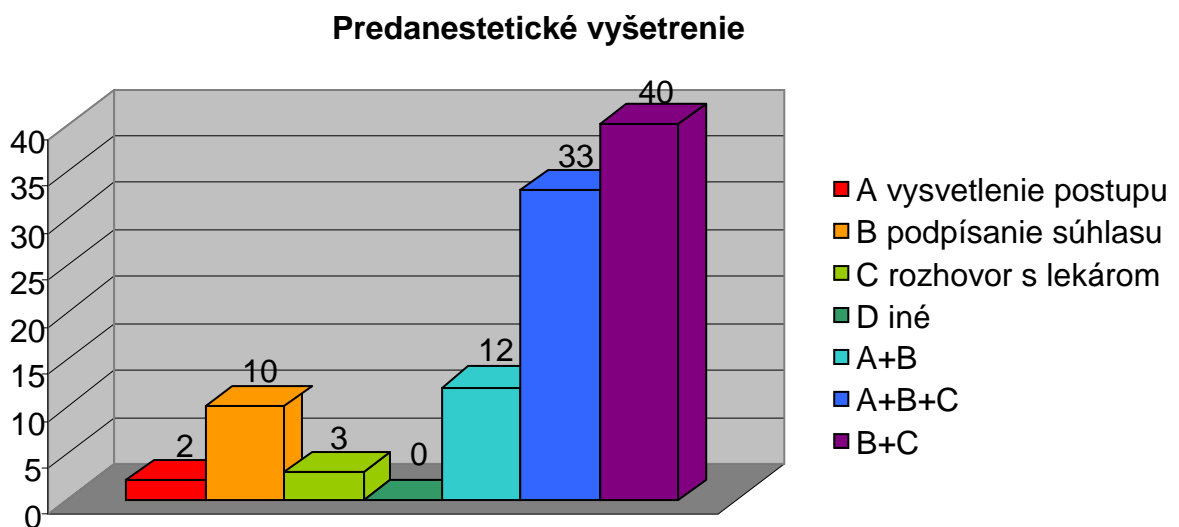
Tabuľka č. 5 poukazuje na skutočnosť, že veľká časť oslovených respondentov bola informovaná o potrebe interného predoperačného vyšetrenia pred anestéziou. Z celkového počtu n 100 (100 %) len štyria respondenti n 4 (4 %) nevedeli, že je potrebné absolvovať interné predoperačné vyšetrenie.

Z odpovedí v dotazníku, či respondenti vedeli o potrebe interného predoperačného vyšetrenia môžeme jednoznačne konštatovať, že veľká časť respondentov n 96 (96 %) vedela o tejto skutočnosti.

**Otázka č. 6 Pred operáciou ste absolvovali predanestetické vyšetrenie. Čo bolo obsahom tohto vyšetrenia?** (V otázke bola možnosť uviesť viacej odpovedí.)

**Tabuľka 6 Predanestetické vyšetrenie**

Možnosti	Respondenti	
	n	%
<b>A) vysvetlenie anestetického postupu</b>	2	2
<b>B) podpísania informovaného súhlasu</b>	10	10
<b>C) rozhovor s lekárom</b>	3	3
<b>D) iné</b>	0	0
<b>A+B</b>	12	12
<b>A+B+C</b>	33	33
<b>B+C</b>	40	40
<b>Spolu</b>	100	100



**Graf 6 (n = 100 respondentov)**

Tabuľka č. 6 a graf č. 6. V uvedenej otázke si mohli respondenti vybrať viacero odpovedí. Najpreferovanejšou kombináciou odpovedí bola možnosť B+C (podpísanie informovaného súhlasu a rozhovor s lekárom), takto odpovedalo n 40 (40 %) respondentov. Druhé miesto tvorili respondenti n 33 (33 %), ktorí si zvolili tri možnosti A+B+C vysvetlenie anestetického postupu, podpísanie informovaného súhlasu a rozhovor s lekárom. Najmenšiu skupinu n 2 (2 %) tvorili respondenti, ktorí si vybrali odpoveď A.

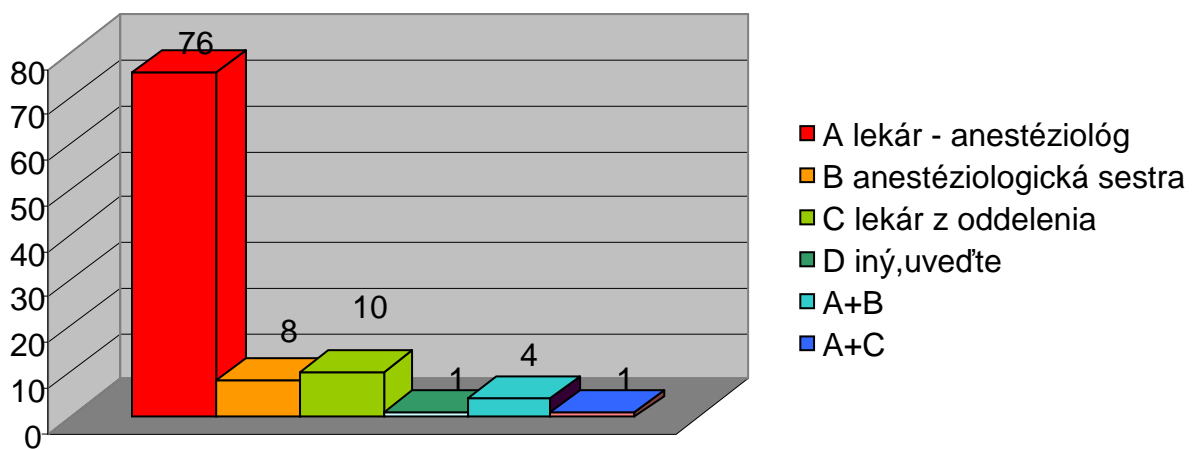
### Otázka č. 7 Kto Vám poskytol v tomto zariadení informácie o spôsobe anestézie?

(V otázke bola možnosť uviesť viacej odpovedí)

Tabuľka 7 Poskytovateľ informácií o spôsobe anestézie

Možnosti	Respondenti	
	n	%
A) lekár - anesteziológ	76	76
B) anesteziologická sestra	8	8
C) lekár z oddelenia	10	10
D) iný, uveďte	1	1
A+B	4	4
A+C	1	1
Spolu	100	100

#### Poskytovateľ informácií o anestézii



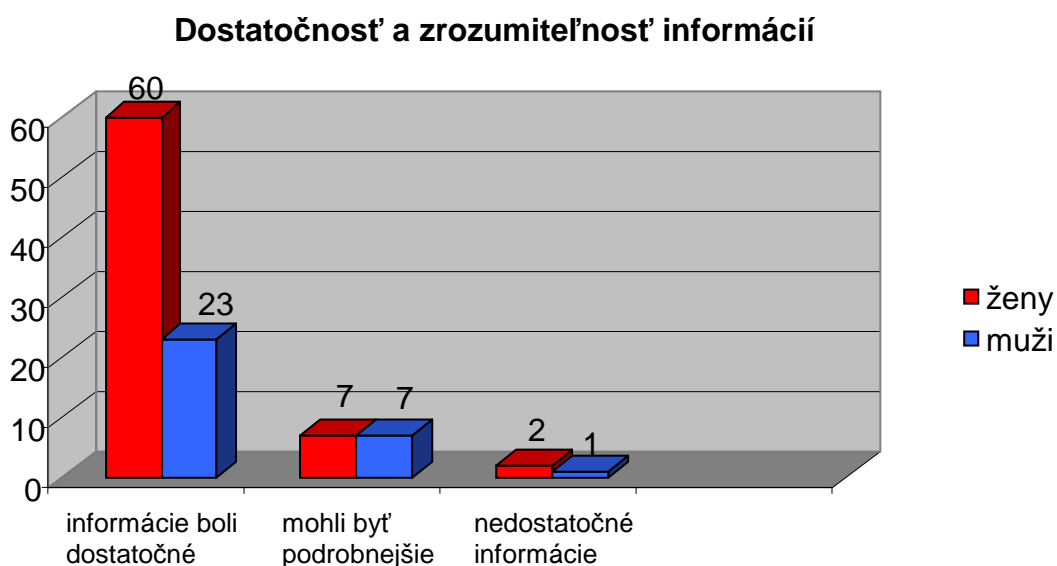
Graf 7 ( n = 100 respondentov)

Tabuľka č. 7 nám dáva prehľad o tom, kto v najväčšej miere informoval respondentov o spôsobe anestézie pred operáciou. V dotazníku uviedlo n 76 (76 %) respondentov ako poskytovateľa informácií lekára – anesteziológa, druhá skupina respondentov n 8 (8 %) uviedla anesteziologickú sestru a n 10 respondentov (10 %) uviedli lekára z oddelenia. Len n 1 (1 %) respondent uviedol iného poskytovateľa informácií a n 4 (4 %) respondenti uviedli, že informácie im poskytol anesteziológ spolu s anesteziologickou sestrou.

## Otázka č. 8 Boli informácie o spôsobe anestézie pre Vás dostatočné a zrozumiteľné ?

Tabuľka 8 Dostatočnosť a zrozumiteľnosť informácií

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno, informácie boli dostatočné	60	87,0	23	74,2	83	83
Áno, ale mohli byť aj podrobnejšie	7	10,1	7	22,6	14	14
Informácie boli nedostatočné	2	2,9	1	3,2	3	3
Spolu	69	100	31	100	100	100



**Graf 8 ( n = 100 respondentov)**

Z odpovedí súboru respondentov na otázku, či informácie o anestézii boli pre nich dostatočné a zrozumiteľné v tabuľke 11 a v grafe 11 môžeme konštatovať nasledujúce zistenia. Za dostatočné a zrozumiteľné informácie o anestézii považuje n 60 žien (87 %) a n 23 mužov (74,2 %). Druhú možnosť, že informácie o anestézii mohli byť podrobnejšie uviedlo n 7 žien (10,1 %) a rovnaký počet mužov n 7 (22,6 %). Informácie o anestézii boli nedostatočné pre n 2 ženy (2,9 %) a pre n 1 muža (3,2 %).

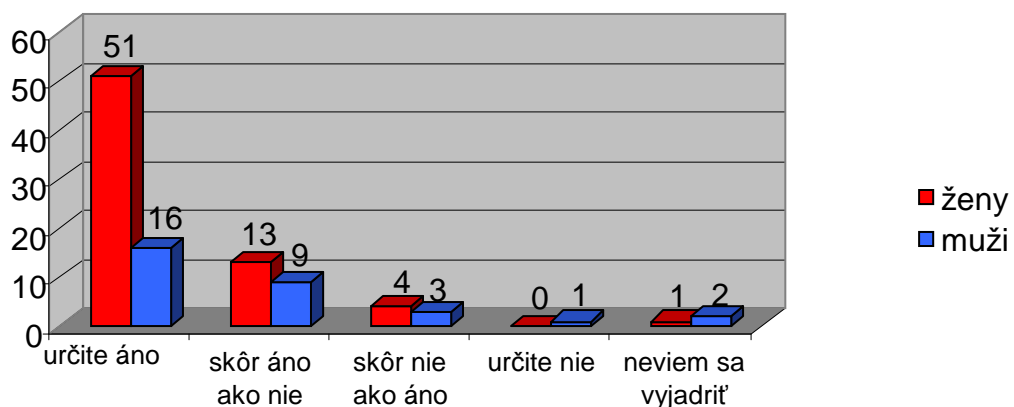


**Otázka č. 9 Bolo pre Vás získanie informácií o anestézii pred operačným zákrokom dôležité?**

**Tabuľka 9 Dôležitosť informácií pred operačným zákrokom**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Určite áno	51	73,9	16	51,7	67	67
Skôr áno ako nie	13	18,9	9	29,0	22	22
Skôr nie ako áno	4	5,8	3	9,7	7	7
Určite nie	0	0	1	3,2	1	1
Neviem sa vyjadriť	1	1,4	2	6,4	3	3
Spolu	69	100	31	100	100	100

**Dôležitosť informácií o anestézii pred operačným zákrokom**



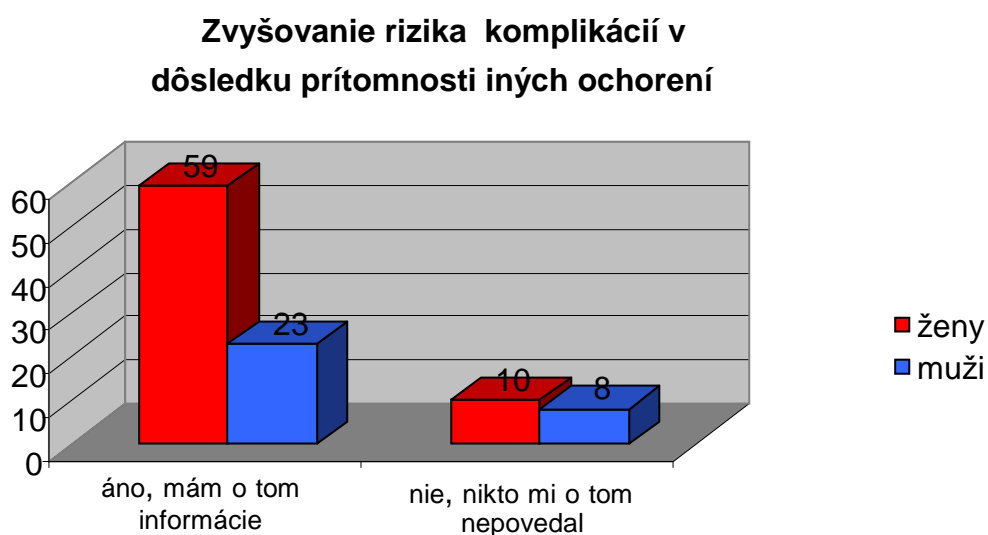
**Graf 9 ( n = 100 respondentov)**

Z odpovedí v dotazníku, či pre respondentov bolo získanie informácií o anestézii pred operačným zákrokom dôležité, môžeme konštatovať, že najväčší rozdiel v odpovediach mužov a žien je v prvej možnosti. Ženy v počte n 51 (73,9 %) a muži v počte n 16 (51,7 %) považujú získanie informácií pred operačným zákrokom za dôležitú skutočnosť. Poskytnutie informácií pred operačným zákrokom nepovažujú za dôležité n 4 ženy (5,8 %) a n 3 muži (9,7 %). K danej problematike získania informácií o anestézii sa nevedeli vyjadriť n 2 muži (6,4 %) a n 1 žena (1,4 %).

**Otázka č. 10 Viete o tom, že prítomnosť iných ochorení zvyšuje riziko pooperačných komplikácií, a preto nie každý pacient je vhodný pre zariadenie jednodňovej starostlivosti ?**

**Tabuľka 10 Zvyšovanie rizika komplikácií v prípade prítomnosti iných ochorení**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno, mám o tom informácie	59	85,5	23	74,2	82	82
Nie, nikto mi o tom nepovedal	10	14,5	8	25,8	18	18
Spolu	69	100	31	100	100	100



**Graf 10 (n = 100 respondentov)**

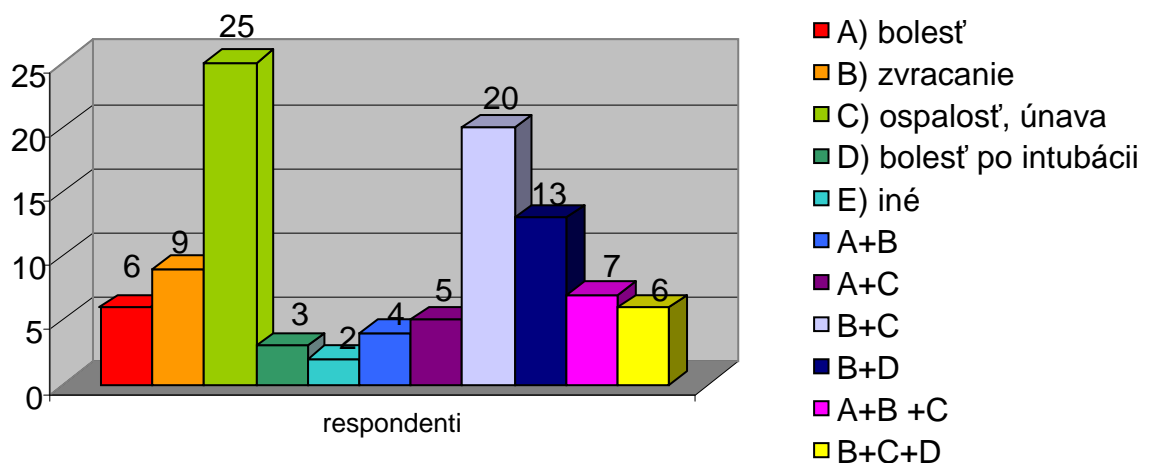
Tabuľka 10 a graf 10 ponúka prehľad odpovedí respondentov, ktorí sa vyjadrili k otázke č. 10. Pýtali sme sa mužov a žien, či vedia, že prítomnosť iných systémových ochorení zvyšuje riziko pooperačných komplikácií u operovaných a uspávaných pacientov. Kladne odpovedalo n 59 (85,5 %) žien a n 23 (74,2 %) mužov, všetci vedeli a boli informovaní o tejto skutočnosti. Druhú možnosť, že neboli o tom informovaní, uviedlo n 10 (14,5 %) žien a n 8 (25,8 %) mužov.

**Otázka č.11 Uved'te, o ktorých ťažkostiach a komplikáciách súvisiacich s anestéziou ste boli informovaný/á. (V otázke bola možnosť uviesť viacej odpovedí)**

**Tabuľka č 11 Informovanosť o ťažkostiach a komplikáciách súvisiacich s anestéziou**

6 Možnosti	Respondenti	
	n	%
A) bolesť	6	6
B) pocit na zvracanie, zvracanie	9	9
C) ospalosť, únava	25	25
D) bolesti hrdla po intubácii	3	3
E) iné, uved'te	2	2
A+B	4	4
A+C	5	5
B+C	20	20
B+D	13	13
A+B+C	7	7
B+C+D	6	6
Spolu	100	100

**Informovanosť o ťažkostiach a komplikáciách súvisiacich s anestéziou**



**Graf 11 (n = 100 respondentov)**

Na otázku č.11 mohli respondenti uviesť jednu alebo viacej odpovedí na otázku, o ktorých ťažkostiach a komplikáciách boli informovaní v súvislosti s anestéziou. Odpovede boli

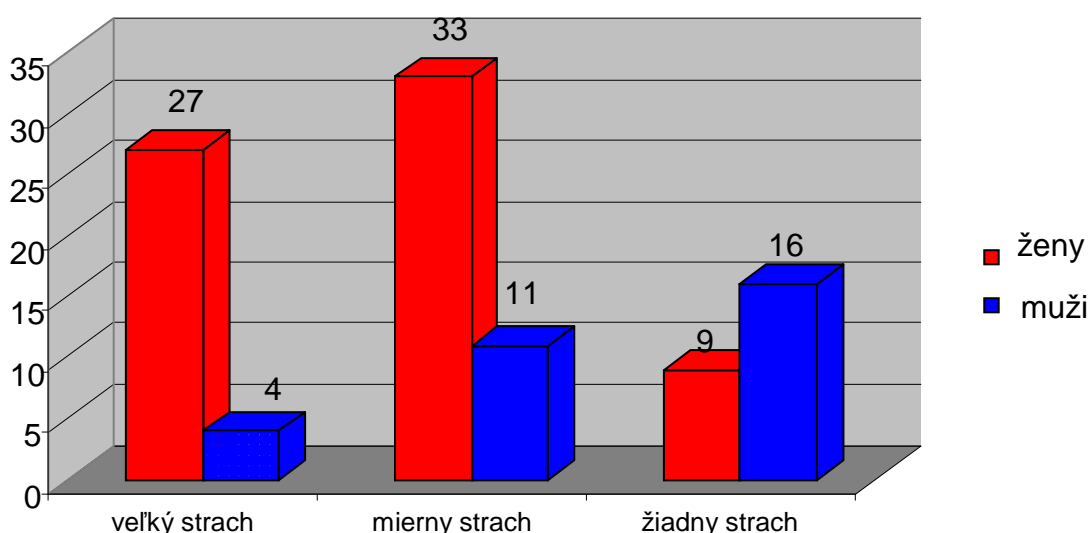
rôznorodé. Najviac respondentov uviedlo, že boli upozornení na možnú bolesť po operácii n 25 (25 %). Ďalšia skupina respondentov n 20 (20 %) si v dotazníku vybrala možnosť B+C, čo predstavuje pocit na zvracanie, zvracanie, ospalosť a pocit únavy po operácii v celkovej anestézii. Pacienti, pred laparoskopickou operáciou boli upozornení na možnú bolesť hrdla po intubácii, uviedli to n 3 (3 %) respondenti. Ďalšia skupina respondentov n 13 (13 %) si vybrala možnosť B+D pocit na zvracanie a bolesť hrdla po intubácii. O rôznorodosti odpovedí na položenú otázku o ťažkostiach a komplikáciách v súvislosti s anestéziou, o ktorých boli respondenti informovaní, nám najlepšiu vizuálnu predstavu poskytuje graf č. 11.

## Otázka č.12 Mali ste pred operačným zákrokom strach z anestézie (uspatia) ?

Tabuľka č.12 Strach z anestézie pred operačným zákrokom

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno, mal/a som veľký strach	27	39,1	4	12,9	31	31
Mal/a som len mierny strach	33	47,8	11	35,4	44	44
Nepocíťoval/a som žiadny strach	9	13,1	16	51,7	25	25
Spolu	69	100	31	100	100	100

Strach z anestézie pred operačným zákrokom



Graf č.12 (n = 100 respondentov)

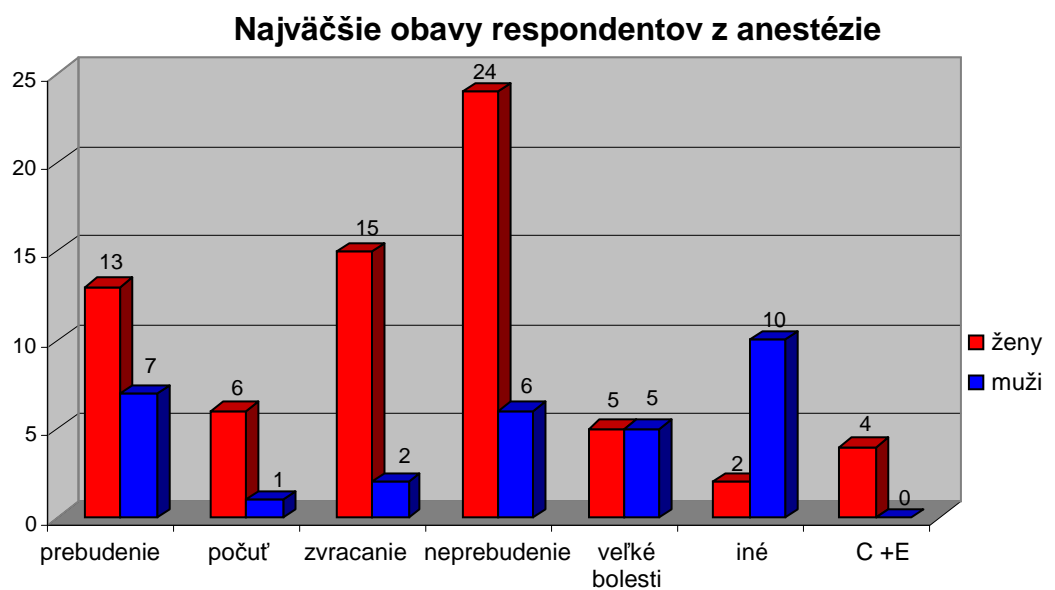
Odpovede v tabuľke12 a v grafe 12 môžeme interpretovať nasledovne: veľký strach z anestézie pred operačným zákrokom označilo zo ženského pohlavia n 27 (39,1 %) respondentiek, z mužského pohlavia n 4 (12,9 %) respondenti. Mierny strach z anestézie označilo zo ženského pohlavia n 33 (47,8 %) respondentiek, z mužského pohlavia 11 (35,4%) respondentov. Žiadny strach pred anestéziou označilo zo ženského pohlavia n 9 (13,1 %) respondentiek a z mužského pohlavia n 16 (51,7 %) respondentov.

Graf č.12 nám poskytuje vizuálnu predstavu rozdielnosti odpovedí mužov a žien týkajúcich sa pociťovania strachu pred anestéziou.

**Otázka č. 13 Ak ste pociťovali strach z anestézie (uspátia), čoho ste sa najviac obávali?** (V otázke bola možnosť uviesť viacej odpovedí)

**Tabuľka č. 13 Najväčšie obavy respondentov z anestézie**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
A) prebudenia sa počas operácie	13	18,8	7	22,5	20	20
B) toho, že počas operácie budem niečo vidieť alebo počuť	6	8,7	1	3,2	7	7
C) toho, že budem kašľať, alebo zvracať	15	21,7	2	6,4	17	17
D) toho, že sa po operácii už nepreberiem	24	34,9	6	19,5	30	30
E) veľkých pooperačných bolestí	5	7,2	5	16,1	10	10
F) iné	2	2,9	10	32,3	12	12
C+E	4	5,8	0	0	4	4
Spolu	69	100	31	100	100	100



**Graf č. 13 (n = 100 respondentov)**

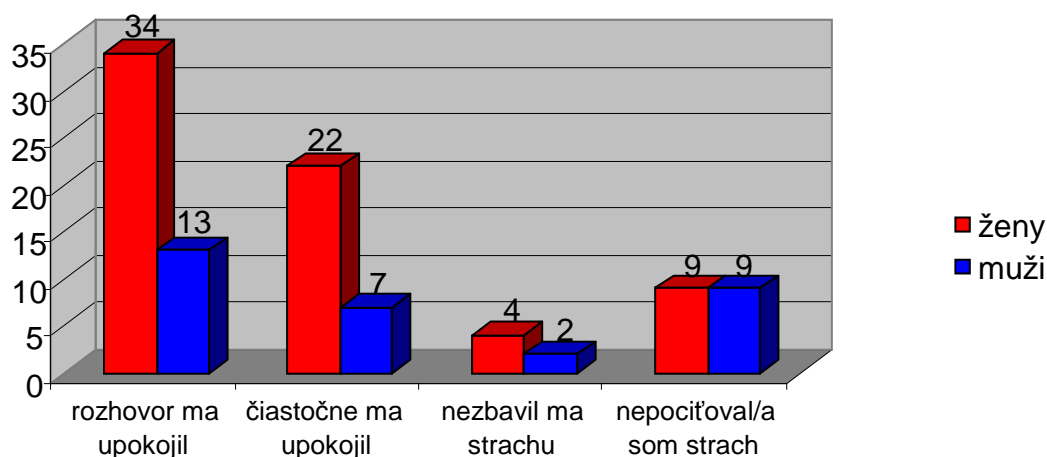
Tabuľka 13 a graf 13 prezentujú odpovede respondentov na otázku, ktorou sme chceli zistiť, čoho sa najviac obávali v súvislosti s anestéziou.

## Otázka č.14 Pomohol Vám rozhovor s anesteziológom zmierniť strach z anestézie?

Tabuľka č. 14 Rozhovor s anesteziológom

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno, rozhovor ma upokojil a zmiernil strach	34	49,3	13	41,9	47	47
Čiastočne ma upokojil	22	31,9	7	22,6	29	29
Nie, nezbavil ma strachu	4	5,8	2	6,5	6	6
Nepocit'oval/a som žiadny strach	9	13,0	9	29,0	18	18
Spolu	69	100	31	100	100	100

Rozhovor s anesteziológom



Graf č.14 (n = 100 respondentov)

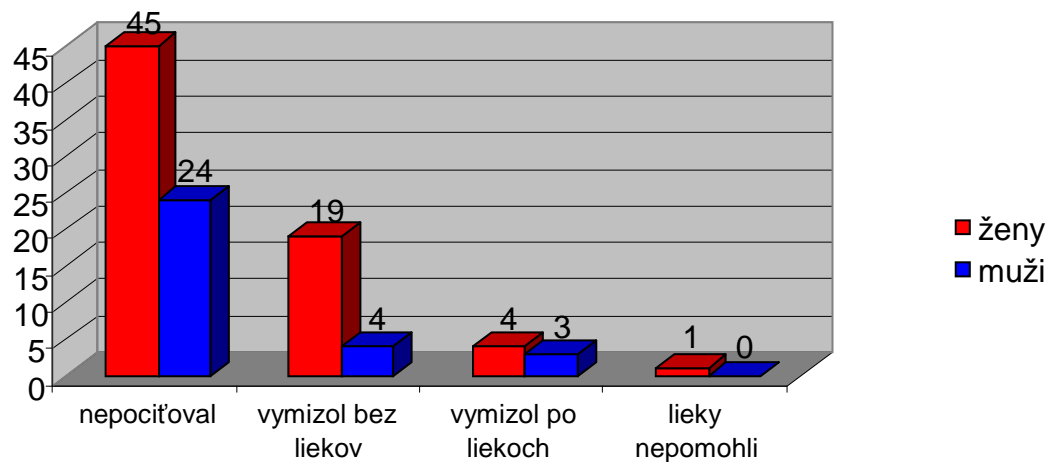
V nasledujúcej otázke sme u respondentov zisťovali, či rozhovor s anesteziológom pomohol zmierniť ich strach z anestézie pred operačným zákrokom. Vo veľkej miere respondenti odpovedali na túto otázku kladne, rozhovor s anesteziológom upokojil n 34 (49,3 %) žien a n 13 (41,9 %) mužov. Ďalších respondentov rozhovor čiastočne upokojil n 22 (31,9 %) žien a n 7 (22,6 %) mužov. Ďalej sme zaznamenali, že žiadny strach z anestézie nepocit'ovalo n 9 (13 %) žien a rovnaký počet mužov. Rozhovor s anesteziológom nepomohol zbaviť sa strachu z anestézie n 4 (5,8 %) ženám a n 2 (6,5 %) mužom.

**Otázka č.15 Objavil sa u Vás po operačnom zákroku v celkovej anestézii pocit na zvracanie?**

**Tabuľka č.15 Pocit na zvracanie po operačnom zákroku**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Nemal/a som pocit na zvracanie	45	62,3	24	77,4	69	69
Pocit na zvracanie zmizol bez potreby podania liekov	19	27,5	4	12,9	23	23
Áno, po podaní liekov tento pocit vymizol	4	5,8	3	9,7	7	7
Dostal/a som lieky proti zvracaniu, ale nepomohli mi	1	1,4	0	0	1	1
Spolu	69	100	31	100	100	100

**Pocit na zvracanie po operačnom zákroku**



**Graf č. 15 (n = 100 respondentov)**

Po vyhodnotení otázky č. 15 sme zistili, že väčšina respondentov po operačnom zákroku v celkovej anestézii nemala pocit na zvracanie. Takto odpovedalo n 45 (62,3 %) žien a n 24 (77,4 %) mužov. Pocit na zvracanie, ktorý vymizol aj bez podania liekov uviedlo n 19 (27,5 %) žien a n 4 (12,9 %) muži. Podat' lieky proti zvracaniu bolo potrebné 4 (5,8 %) ženám a 3 (9,7 %) mužom. Len jednej respondentke n 1 (1,4 %) nepomohli ani lieky proti zvracaniu a pocit na zvracanie u nej pretrvával dlhšiu dobu.

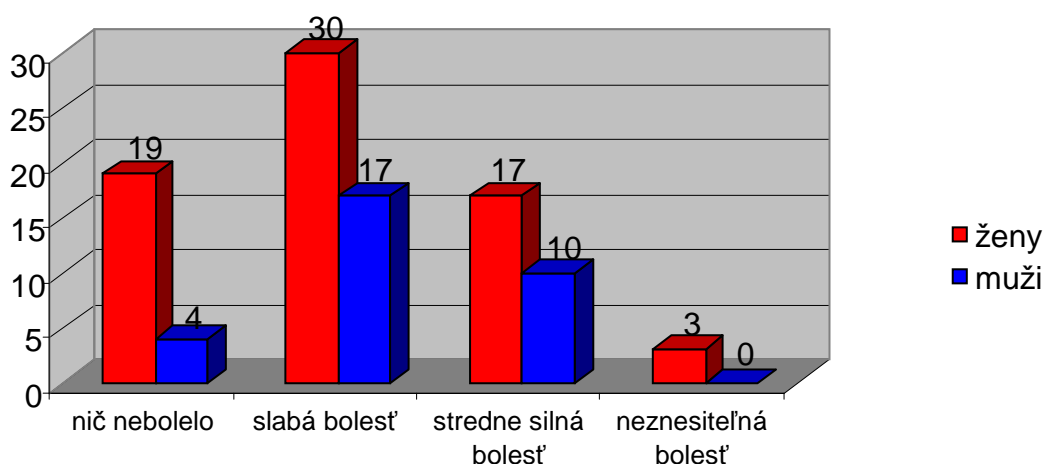


## Otázka č. 16 Pociťovali ste po operačnom zákroku bolesť?

Tabuľka 16 Bolesť po operačnom zákroku

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Nie, nič ma nebolelo	19	27,5	4	12,9	23	23
Bolesť bola taká slabá, že sa dala vydržať	30	43,4	17	54,8	47	47
Bolesť bola stredne silná, po podaní liekov prešla	17	24,8	10	32,3	27	27
Bolesť bola neznesiteľná a trvalo dlho, kým prešla aj po podaní liekov od bolesti	3	4,3	0	0	3	3
Spolu	69	100	31	100	100	100

Bolesť po operačnom zákroku



Graf č. 16 (n = 100 respondentov)

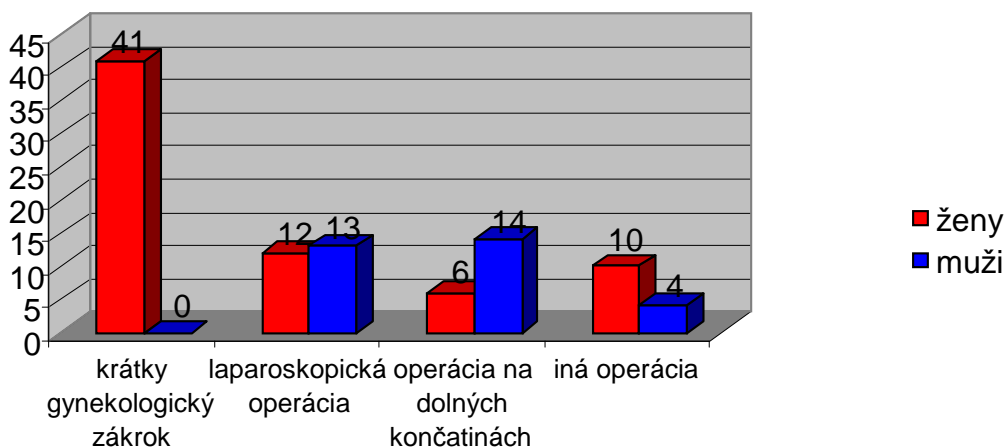
V nasledujúcej otázke sme zisťovali, či pacienti po operačnom zákroku pociťovali bolesť, akej intenzity bolesť bola, a či po podaní analgetík bolesť prešla. Prvú možnosť, nič ma nebolelo, označilo 19 (27,5 %) žien a 4 (12,9 %) muži. Druhú možnosť, bolesť bola taká slabá, že sa dala vydržať, uviedlo n 30 (43,3 %) žien a n 17 (54,8 %) mužov. V tretej možnosti respondenti uviedli, že bolesť bola stredne silná a prešla po podaní liekov od bolesti u n 17 (24,8 %) žien a n 10 (32,3 %) mužov. Neznesiteľnú bolesť, ktorá trvala dlho aj po podaní liekov od bolesti uviedli n 3 (4,3 %) ženy a ani jeden muž.

## Otázka č. 17 Aký druh operácie Vám bol robený?

Tabuľka č.17 Druh operačného zákroku

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Krátky gynekologický zákrok	41	59,5	0	0	41	41
Laparoskopická operácia	12	17,4	13	41,9	25	25
Operácia na dolných končatinách	6	8,7	14	45,2	20	20
Iné, uveďte, aký operačný zákrok	10	14,4	4	12,9	14	14
Spolu	69	100	31	100	100	100

Druh operačného zákroku



Graf č. 17 (n = 100 respondentov)

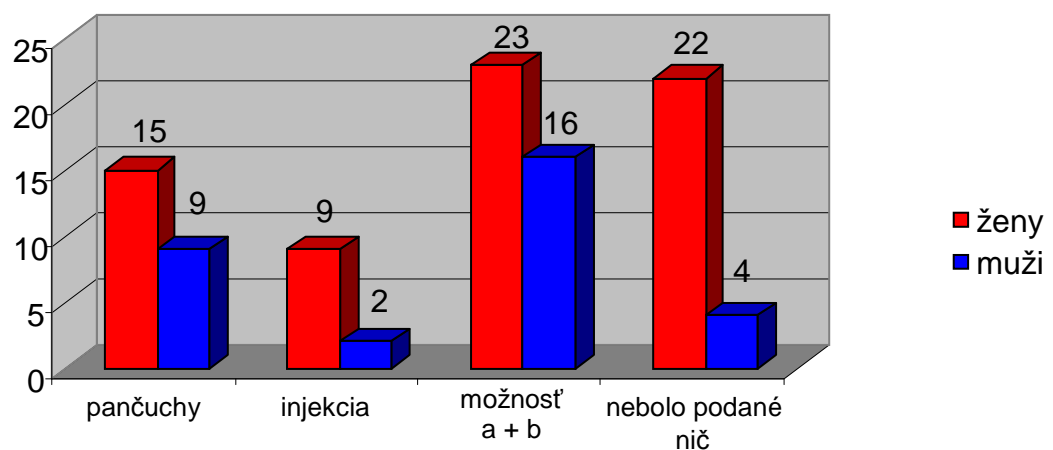
Tabuľka č. 17 a graf č. 17 nám znázorňuje, aký operačný zákrok pacienti podstúpili. Krátky gynekologický zákrok podstúpili ženy v počte n 41 (59,5 %). Laparoskopickú operáciu podstúpilo n 12 (17,4 %) žien a n 13 (41,9 %) mužov. Operáciu na dolných končatinách podstúpilo n 6 (8,7 %) žien a n 14 (45,2 %) mužov. Ženy n 10 (14,4 %) uviedli, že absolvovali iný operačný zákrok a dopísali napríklad hysterectómiu. Iný operačný zákrok absolvovali aj muži n 4 (12,9 %) a uviedli artroskopiю ramena.

**Otázka č. 18 Uved'te, ktoré ošetrovateľské výkony boli u Vás pred operáciou urobené?**

**Tabuľka č. 18 Ošetrovateľské výkony**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Založenie kompresívnych pančúch	15	21,7	9	29,0	24	24
Podanie injekcie proti nadmernému zrážaniu krvi	9	13,0	2	6,5	11	11
Obidve možnosti a + b	23	33,4	16	51,6	39	39
Nič mi nebolo podané	22	31,9	4	12,9	26	26
Spolu	69	100	31	100	100	100

**Ošetrovateľské výkony**



**Graf č.18 (n = 18 respondentov)**

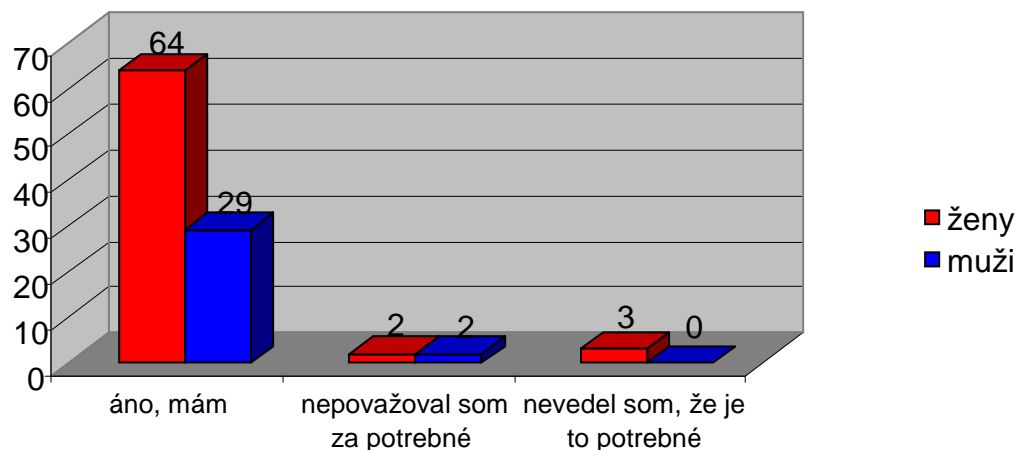
V tabuľke č. 18 a v grafe č.18 vidíme zaznamenané odpovede respondentov na otázku, aké ošetrovateľské výkony v rámci prevencie boli u nich pred operáciou urobené. Kompresívne pančuchy malo založených n 15 (21,7 %) žien a n 9 (29 %) mužov. Injekciu proti nadmernému zrážaniu krvi malo podanú n 9 (13 %) žien a n 2 (6,5 %) muži. Obidve možnosti uviedlo n 23 (33,4 %) žien a n 16 (51,6 %) mužov, to znamená, že mali naložené kompresívne pančuchy a bola im zároveň podaná injekcia proti nadmernému zrážaniu krvi. Naopak, preventívne výkony neboli vykonané u n 22 (31,9 %) žien a n 4 (12,9 %) mužov.

**Otázka č. 19 Po operácii v celkovej anestézii nemáte viesť motorové vozidlo. Máte zabezpečenú sprevádzajúcu osobu pri odchode domov?**

**Tabuľka č.19 Sprevádzajúca osoba pri odchode domov**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno, mám zabezpečenú sprevádzajúcu osobu	64	92,8	29	93,5	93	93
Nie, nepovažoval/a som to za potrebné	2	2,9	2	6,5	4	4
Nevedel/a som, že je to potrebné	3	4,3	0	0	3	3
Spolu	69	100	31	100	100	100

**Sprevádzajúca osoba pri odchode domov**



**Graf č. 19 (n = 100 respondentov)**

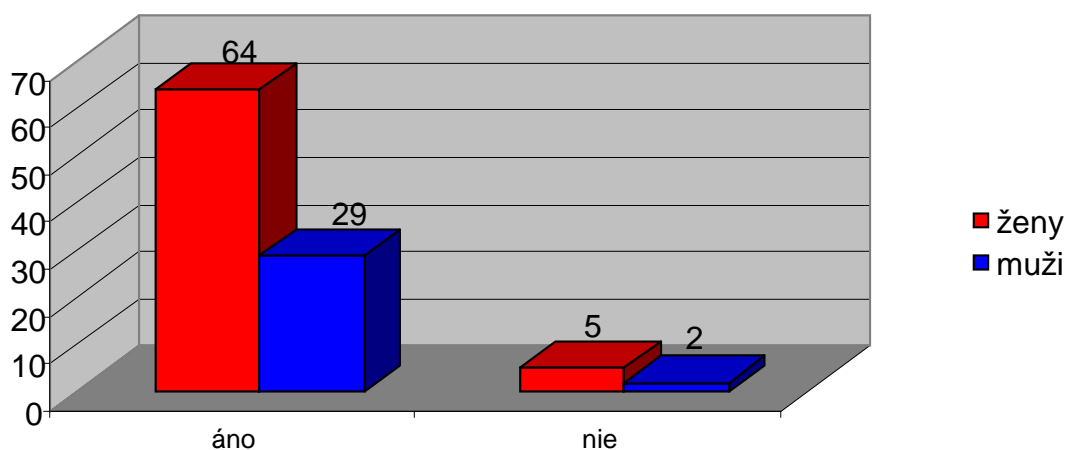
Z celkového súboru opýtaných respondentov n 100 (100%) vedelo n 64 (92,8 %) žien a n 29 (93,5 %) mužov, že po celkovej anestézii nesmú viesť motorové vozidlo, a preto majú zabezpečenú sprevádzajúcu osobu pri odchode domov. Z celkového počtu n 100 (100 %) respondentov len štyria respondenti n 2 (2,9 %) ženy a n 2 (6,5 %) muži, nepovažovali za potrebné mať zabezpečenú sprevádzajúcu osobu na ceste domov. Z celej skupiny žien n 69 (69 %) len tri ženy n 3 (4,3 %) nevedeli, že je potrebné mať zabezpečenú sprevádzajúcu osobu po celkovej anestézii na ceste domov.

**Otázka č. 20 Po prepustení do domácej starostlivosti máte zabezpečenú osobu, ktorá sa v pooperačnom období môže o Vás postarať a pomôcť Vám s určitými úkonmi?**

**Tabuľka 20 Pomoc inej osoby v domácej starostlivosti**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno	64	92,8	29	93,5	93	93
Nie	5	7,2	2	6,5	7	7
Spolu	69	100	31	100	100	100

**Pomoc inej osoby v domácej starostlivosti**



**Graf č. 20 (n = 100 respondentov)**

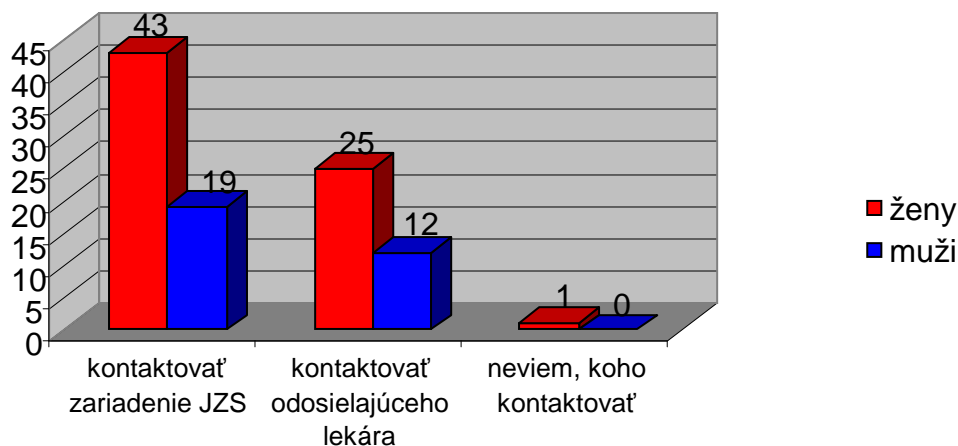
Po prepustení do domácej starostlivosti má n 64 (92,8 %) žien a n 29 (93,5 %) mužov, zabezpečenú osobu, ktorá im pomôže v pooperačnom období s určitými úkonmi v domácom prostredí. Malá časť respondentov z celkového počtu n 100 (100 %) a to n 5 (7,2%) žien a n 2 (6,5 %) muži, nemali zabezpečenú osobu, ktorá by im pomohla po prepustení do domácej starostlivosti.

**Otázka č. 21 Viete, na koho sa máte obrátiť v prípade ťažkostí alebo komplikácií po operačnom zákroku?**

**Tabuľka 21 Kontakty v prípade komplikácií po operačnom zákroku**

Možnosti	Ženy		Muži		Celá vzorka	
	n	%	n	%	n	%
Áno, viem, že môžem kontaktovať zariadenie, kde mi bol zákrok robený	43	62,3	19	61,3	62	62
Myslím si, že môžem kontaktovať lekára, ktorý ma poslal na operačný zákrok	25	36,2	12	38,7	37	37
Neviem, na koho sa obrátiť	1	1,5	0	0	1	1
<b>Spolu</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Kontakty v prípade komplikácií po operačnom zákroku**



**Graf č. 21 (n = 100 respondentov)**

Veľmi dôležité pre pacientov je vedieť, koho môžu kontaktovať v prípade rôznych ťažkostí a komplikácií, ktoré sa môžu vyskytnúť po operačnom zákroku v celkovej anestézii v domácom prostredí. Z opýtaných n 100 (100 %) respondentov n 43 (62,3 %) žien a n 19 (61,3 %) mužov vie o možnosti, že môžu kontaktovať v prípade ťažkostí a komplikácií lekára toho zariadenia, kde bol zákrok robený. Ďalej n 25 (36,2 %) žien a n 12 (38,7 %) mužov si myslí, že by mohli kontaktovať v prípade ťažkostí a komplikácií lekára, ktorý ich poslal na operačný zákrok v celkovej anestézii do daného zariadenia jednodňovej chirurgie.

### 7.3 Závěrečné zhrnutie výsledkov prieskumu

Základnou požiadavkou pre spokojnosť pacientov sú zrozumiteľne podané informácie o postupe a priebehu operácie a anestézie. Dostupnosť informácií sa neustále zlepšuje vďaka rozvoju informačných technológií, no napriek tomu ich kvalita nie je vždy dostatočujúca. Pacienti kladne hodnotia komunikáciu medzi nimi a zdravotným personálom. V dnešnej dobe pacienti – klienti chcú vedieť, akým spôsobom budú liečení a chcú spolu s lekárom rozhodovať o možnostiach, spôsoboch a postupoch liečby. V záujme zistenia informovanosti pacientov sme realizovali prieskum, ktorého cieľom bolo zistiť, v čom je jednodňová anestetická starostlivosť prínosom pre samotných pacientov. Na základe stanoveného hlavného problému sme určili päť cieľov záverečnej práce.

**Prvý cieľ našej práce** – Zistiť, čo bolo rozhodujúcim faktorom pri výbere zariadenia jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Tento cieľ sme si overovali tromi položkami v dotazníku - č. 1, 2, 3.

V otázke č. 1 sme sa chceli dozvedieť, či pacienti už mali skúsenosť s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v zariadení jednodňovej chirurgie. Z analýzy odpovedí sme zistili, že skúsenosť s poskytovaním služieb v zariadení jednodňovej starostlivosti už malo n 29 (42,0 %) žien a n 10 (32,3 %) mužov. Po prvý krát bolo v takomto zariadení jednodňovej chirurgie n 34 (49,3 %) žien a 16 (51,6 %) mužov. Poslednú možnosť v poradí označilo n 6 (8,7 %) žien a 5 (16,1 %) mužov. Títo respondenti zatiaľ nemali žiadnu skúsenosť s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v zariadení jednodňovej chirurgie, len o takejto možnosti počuli. Na otázku č.1 nadväzuje otázka č. 2, v ktorej sme sa pýtali respondentov, prečo sa rozhodli podstúpiť operačný zákrok v zariadení jednodňovej starostlivosti a kto im takéto zariadenie odporučil. Z analýzy odpovedí vyplýva, že väčšinu opýtaných n 32 (46,4%) žien a n 16 (51,1 %) mužov informoval o takejto možnosti lekár a zároveň im odporučil toto zariadenie. K odpovedi, odporučili mi ho známi sa priklonilo n 14 (20,3 %) žien a n 6 (19,4 %) mužov. Ďalšie n 3 (4,3 %) ženy a n 5 (16,1 %) muži si sami našli informácie o danom type zariadenia a n 7 (10,2 %) žien a iba n 1 (3,2 %) muž uviedli, že už mali skúsenosť s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v jednodňovej chirurgii. Skupina respondentov n 8 (11,6 %) žien a n 2 (6,6 %) muži označili v dotazníku dve možnosti, odporučil im to lekár, ale zároveň im to odporučili aj známi. Posledná skupina respondentov n 5 (7,2 %) žien a n 1 (3,2 %) muž si zvolila tiež dve možnosti, odporučil im to lekár a už boli v takomto zariadení. Predpokladáme, že boli spokojní, a preto si znovu vybrali zariadenie JZS. Na otázku č. 3, čo Vás najviac ovplyvnilo pri výbere zariadenia

jednoduchovej zdravotnej starostlivosti odpovedali respondenti n 28 (40,6 %) žien a n 11 (35,5 %) mužov, že to boli kratšie čakacie doby na operáciu. Druhý faktor, skoršie prepustenie do domácej starostlivosti, ovplyvnil n 16 (23,3 %) žien a n 12 (38,6 %) mužov, a preto si vybrali túto odpoveď. Tretiu možnosť, poskytovanie zdravotnej starostlivosti erudovanými pracovníkmi si vybralo n17 (24,6 %) žien a n 3 (9,7 %) mužov. Príjemné prostredie, personál a individuálny prístup ocenilo v odpovediach n 7 (10,1 %) žien a n 3 (9,7 %) mužov. Ani jedna žena nezvolila možnosť výberu zariadenia pre nižší výskyt infekčných a iných pooperačných komplikácií, túto možnosť označili len n 2 (6,5 %) muži. Poslednú možnosť, menšie obavy z odlúčenia od rodiny uviedla n 1 (1 %) žena a ani jeden muž.

Prvý cieľ našej diplomovej práce môžeme zhodnotiť takto: väčšina respondentov ešte nebola v zariadení JAS, pre takéto zariadenie sa rozhodli preto, lebo im to odporučil lekár a faktory, ktoré ich ovplyvnili pri výbere zariadenia boli rôznorodé. Najviac ich ovplyvnili kratšie čakacie doby na zákrok a skoršie prepustenie do domácej starostlivosti.

**Druhý cieľ našej práce** - Zistiť mieru informovanosti pacientov o anestézii a o potrebe predoperačného interného vyšetrenia a anestéziologického vyšetrenia. Tento cieľ sme si overovali tromi položkami v dotazníku - č. 4, 5, 6.

V otázke č. 4 sme chceli zistiť, či si respondenti myslia, že anestézia podávaná v zariadeniach JZS je iná ako v nemocnici. Analýzou odpovedí sme zistili, že n 26 (37,7 %) žien a n 6 (19,6 %) mužov si myslí o anestézii podávanej v zariadeniach JZS, že je iná, ako v nemocnici. To, že sú postupy a lieky na vedenie anestézie rovnaké v zariadeniach JAS a v nemocnici si myslí n 21 (30,4 %) žien a n 13 (41,8 %) mužov. K otázke sa nevedelo vyjadriť n 22 (31,9 %) žien a n 12 (38,6 %) mužov. Pred operačným zákrokom v celkovej anestézii má pacient absolvovať interné predoperačné vyšetrenie, ktoré pred anestéziou zhodnotí anestéziológ. V otázke č.5 sme sa pýtali respondentov, či vedia o tejto skutočnosti. Kladne odpovedalo n 67 (97,1 %) žien a n 29 (93,5 %) mužov. O potrebe absolvovať interné predoperačné vyšetrenie nevedeli n 2 (2,9 %) ženy a n 2 (6,5 %) muži. Okrem interného predoperačného vyšetrenia pacienti pred operačným zákrokom v celkovej anestézii absolvujú aj predanestetické vyšetrenie. Respondentov sme sa pýtali v otázke č. 6, či absolvovali takéto vyšetrenie a čo bolo obsahom tohto vyšetrenia. Najviac respondentov n 40 (40 %) si zvolilo dve možnosti, podpísanie informovaného súhlasu a rozhovor s lekárom. Ďalšia skupina n 33 (33 %) si zvolila tri možnosti, vysvetlenie anestetického postupu, podpísanie informovaného súhlasu a rozhovor s lekárom. Možnosť podpísanie informovaného súhlasu a vysvetlenie anestetického postupu uviedlo n 12 (12 %)



respondentov. Podpísanie informovaného súhlasu bez vysvetlenia anestetického postupu a bez rozhovoru s lekárom uviedlo n 10 (10 %) respondentov. Len n 3 (3 %) respondenti uviedli jednu možnosť a to rozhovor s lekárom a n 2 (2 %) respondenti uviedli, že im bol vysvetlený anestéziologický postup

Druhý cieľ našej diplomovej práce môžeme zhodnotiť nasledovne: väčšia časť respondentov si myslí, že anestézia podávaná v zariadeniach jednodňovej starostlivosti je iná, ako v nemocnici. Pozitívnym zistením bolo, že až n 96 (96 %) respondentov vie o tom, že pred operáciou v celkovej anestézii musia absolvovať interné predoperačné vyšetrenie a potom aj predanestetické vyšetrenie, pri ktorom veľká časť respondentov uviedla, že po rozhovore s lekárom podpísala informovaný súhlas s anestéziou.

**Tretí cieľ našej práce** - Zistiť, kto poskytol pacientom informácie o anestézii a či získanie informácií malo vplyv na zmiernenie ich obáv a strachu z anestézie. Tento cieľ sme si overovali šiestimi položkami v dotazníku - č.7, 8, 9,12, 13 a 14.

Predanestetické vyšetrenie v zariadení, v ktorom sme robili prieskum, robí pred operáciou v anestézii lekár - anestéziológ. Respondentov sme sa preto pýtali, v otázke č. 7, kto im poskytol informácie o spôsobe anestézie. Pozitívne zistenie bolo, že najviac respondentov n 76 (76 %) uviedlo ako poskytovateľa informácií lekára – anestéziológa. Anestéziologickú sestru ako poskytovateľa informácií o anestézii uviedlo n 8 (8 %) respondentov a lekár z oddelenia poskytol informácie n 10 (10 %) respondentom. Kombinovanú možnosť poskytovateľa informácií lekára – anestéziológa a anestéziologickú sestru uviedli n 4 (4 %) respondenti. V rámci predanestetického vyšetrenia anestéziológ informuje pacientov o možnostiach, spôsoboch a komplikáciách anestézie. Respondentov sme sa pýtali v otázke č. 8 či informácie, ktoré získali boli dostatočné a zrozumiteľné. Veľký počet n 83 (83 %) opýtaných respondentov odpovedalo kladne. Ďalších n 14 (14 %) respondentov uviedlo, že informácie mohli byť podrobnejšie a n 3 (3 %) respondenti uviedli, že informácie boli nedostatočné. V nasledujúcej otázke č. 9 sme chceli zistiť, či informácie o anestézii pred operačným zákrokom boli pre nich dôležité. Možnosť určite áno uviedlo n 67 (67 %) respondentov, druhú možnosť skôr áno ako nie uviedlo n 22 (22 %) respondentov, tretiu možnosť skôr nie ako áno uviedli n 7 (7 %) respondenti, štvrtú možnosť určite nie uviedol n 1 (1 %) respondent a k otázke sa nevedeli vyjadriť n 2 (2 %) respondenti. Pacienti pred operáciou a anestéziou mávajú strach a obavy z uspatia. V otázke č. 12 sme chceli zistiť u opýtaných respondentov, či aj oni pociťovali pred operačným zákrokom strach z anestézie – uspatia. Veľký strach priznalo n 31 (31 %) respondentov z toho bolo n 27 (39,1 %) žien. Len mierny strach uviedlo n 44 (44 %) respondentov z toho n 33 (47,8 %)

žien a žiadny strach nepociťovalo n 25 (25 %) respondentov z toho n 16 (51,7 %) mužov. Z analýzy tejto otázky vyplýva, že ženy majú väčší strach z anestézie ako muži. Na otázku č. 12 nadväzuje otázka č. 13, kde sme sa chceli dozvedieť od respondentov, ktorí mali strach z anestézie, čoho sa najviac obávali. Medzi najčastejšie odpovede respondentov patrila možnosť, že sa po anestézii už nepreberú. Takto odpovedalo n 30 (30 %) respondentov. Druhou najfrekvencovanejšou odpoveďou respondentov n 20 (20 %) bolo, že sa prebudia počas operácie. Ostatní respondenti n 17 (17 %) uviedli, že sa obávajú kašľania a zvracania počas anestézie, n 10 (10 %) respondentov sa obáva veľkých pooperačných bolestí a n 7 (7 %) respondentov, že počas operácie budú niečo vidieť alebo počuť. Respondenti, ktorí v otázke č. 12 uviedli, že nepociťovali strach sa k otázke č. 13 nevyjadrili. Rozhovor s anesteziológom a podrobné informácie o priebehu anestézie môžu zmierniť strach respondentov zo samotnej anestézie. V otázke č. 14 sme zisťovali koľkým respondentom pomohol rozhovor s anesteziológom zmierniť strach z anestézie. Rozhovor upokojil aj zmiernil strach n 47 (47 %) respondentom, čiastočne upokojil n 29 (29 %) respondentov, nepomohol zbaviť sa strachu n 6 (6 %) respondentom a n 18 (18 %) respondenti uviedli, že strach nepociťovali.

Tretí cieľ našej diplomovej práce môžeme zhodnotiť nasledovne: pred operáciou poskytol informácie o anestézii v najväčšej miere lekár – anesteziológ. Jeho informácie boli pre veľkú časť respondentov dostačujúce, zrozumiteľné a zároveň boli pre respondentov dôležité. Pred operačným zákrokom mali pacienti strach z anestézie, najčastejšie sa obávali toho, že sa po operácii už nepreberú alebo naopak toho, že sa prebudia počas operácie a budú niečo vidieť alebo počuť. Strach z anestézie pomohol respondentom odbúrať rozhovor s anesteziológom.

**Štvrtý cieľ našej práce** - Zistiť, aké ťažkosti alebo komplikácie sa u respondentov vyskytli v súvislosti s anestéziou a aká forma prevencie im bola poskytnutá. Tento cieľ sme si overovali šiestimi položkami v dotazníku - č. 10, 11, 15, 16, 17 a 18.

V prvej položke (otázka č. 10) týkajúcej sa tohto cieľa sme položili respondentom otázku, či vedia o tom, že prítomnosť iných systémových ochorení zvyšuje riziko pooperačných komplikácií, a preto nie každý pacient je vhodný pre zariadenie jednodňovej chirurgie. Z celkového počtu respondentov n 100 (100 %) sa vyjadrilo kladne n 69 (69 %) respondentov z toho n 59 (85,5 %) žien a n 10 (74,2 %) mužov. Zvyšní respondenti n 31 (31 %) z toho n 23 (14,5 %) žien a n 8 (25,8 %) mužov odpovedali na položenú otázku záporne, nevedeli o tejto skutočnosti, nikto ich o tom neinformoval. Predpokladáme, že respondenti, ktorí nevedeli o tejto skutočnosti patrili do skupiny mladších respondentov, u ktorých sa takéto

systemové ochorenia ešte nevyskytujú a podstúpili len krátky operačný zákrok. Anestéziológ v rozhovore upozorní pacienta na ťažkosti a komplikácie súvisiace s anestéziou. Našich respondentov sme sa opýtali na aké ťažkosti a komplikácie boli upozornení oni pred anestéziou. Respondenti mali možnosť uviesť viacej odpovedí. Najčastejšou odpoveďou bola ospalosť a únava po prebudení n 25 (25 %) respondentov. Pocit na zvracanie, ospalosť a únavu udávalo n 20 (20 %) respondentov a bolesť hrdla po intubácii spolu s pocitom na zvracanie uviedlo n 13 (13 %) respondentov. Nadväzujúcou otázkou je otázka č. 15, v ktorej sa pýtame respondentov, či sa u nich objavil po operačnom zákroku v celkovej anestézii pocit na zvracanie, a či podané lieky proti zvracaniu – antiemetiká pomohli tento pocit potlačiť. Veľká skupina respondentov n 69 (69 %) uviedla, že nemali pocit na zvracanie. Možnosť áno, mal som pocit na zvracanie, ale po určitom čase tento pocit zmizol aj bez podania liekov proti zvracaniu uviedlo n 23 (23 %) respondentov. Lieky proti zvracaniu bolo potrebné podať n 7 (7 %) respondentom. Len n 1 (1,4%) respondentka z celkového počtu n 100 (100 %) uviedla, že dostala lieky proti zvracaniu, ale nepomohli jej. Veľmi častým subjektívnym pocitom po operácii je bolesť. Na jej odstránenie sa používajú analgetiká podľa druhu a rozsahu operačného zákroku. V otázke č. 16 sme zisťovali, či pacienti po operačnom zákroku pociťovali bolesť a akej bola intenzity. Skupina respondentov n 23 (23 %) uviedla možnosť nie, nič ma nebolelo. Väčšia skupina respondentov n 47 (47 %) uviedla možnosť, bolesť bola taká slabá, že sa dala vydržať. Tretia skupina respondentov n 27 (27 %) uviedla možnosť, bolesť bola stredne silná, po podaní liekov od bolesti prešla. Len n 3 (3%) respondentky uviedli možnosť, bolesť bola neznesiteľná a trvala dlho, kým prešla aj po podaní liekov od bolesti. Otázka č. 16 kde sme zisťovali intenzitu bolesti súvisí s otázkou č. 17, prostredníctvom ktorej sme zisťovali o aký druh operácie išlo. Krátky gynekologický zákrok podstúpili respondentky v počte n 41 (59,5 %). Po tomto zákroku sú bolesti len veľmi mierne. Skupina respondentov n 25 (25 %) z toho n 12 (17,4 %) žien a n 13 (41,9 %) mužov podstúpili brušnú laparoskopickú operáciu. Pri tejto operácii sa dá bolesť zvládnuť podaním bežných analgetík. Operáciu na dolných končatinách absolvovalo n 20 (20 %) respondentov a iný operačný zákrok uviedlo n 14 (14 %) respondentov. V poslednej položke (otázka č. 18) štvrtého cieľa diplomovej práce sme chceli zistiť, aké preventívne úkony boli u respondentov pred operáciou urobené. Z analýzy otázok vyplýva, že kompresívne pančuchy mali založené pred operačným zákrokom n 24 (24 %) respondenti, injekciu proti nadmernému zrážaniu krvi dostalo n 11 (11 %) respondentov. Obidve možnosti, založenie kompresívnych pančúch a podanie injekcie proti nadmernému zrážaniu

krvi uviedlo n 39 (39 %) respondentov. Prevencia nebola urobená u n 26 (26 %) respondentov. Predpokladáme, že respondenti, u ktorých nebola urobená prevencia tromboembolickej choroby podstúpili len krátky operačný zákrok a ich zdravotný stav si to nevyžadoval.

Štvrtý cieľ našej diplomovej práce môžeme zhodnotiť takto: veľká časť respondentov vedela o tom, že prítomnosť iných systémových ochorení zvyšuje riziko pooperačných komplikácií, a preto nie všetci pacienti sú vhodný pre zariadenia JZS. U respondentov, ktorí podstúpili operačný zákrok v danom zariadení sa vyskytli v malej miere ťažkosti súvisiace s anestéziou, bolesť, nauzea, zvracanie, ospalosť, únava, ktoré po podaní liekov vymizli. U veľkej časti respondentov bola urobená prevencia VTE vo formou založenia kompresívnych pančúch a podania injekcie proti zrážaniu krvi.

**Piaty cieľ našej práce** - Zistiť, či všetci pacienti majú zabezpečenú dospelú zodpovednú osobu, ktorá ich bude sprevádzať na ceste domov a postará sa o nich po prepustení do domácej starostlivosti. Tento cieľ sme si overovali tromi položkami v dotazníku - č. 19, 20, 21.

V nasledujúcich troch otázkach sme chceli u respondentov zistiť, ako sú pripravení na prepustenie do domácej starostlivosti. Po operácii v celkovej anestézii v režime JZS sú pacienti prepustení do domácej starostlivosti v ten istý deň, v ktorom sú operovaní. Nesmú po dobu 24 hodín po anestézii viesť motorové vozidlo a majú mať zabezpečenú sprevádzajúcu osobu na cestu zo zdravotného zariadenia. V otázke č. 19 sme zistili, že veľká časť respondentov n 93 (93 %) má zabezpečenú sprevádzajúcu osobu. Túto skutočnosť nepovažovali za potrebné n 4 (4 %) respondenti a n 3 (3 %) respondenti nevedeli, že je to potrebné. V nasledujúcej otázke č. 20 sme u respondentov zisťovali, či majú zabezpečenú blízku osobu, ktorá im v pooperačnom období v prípade potreby pomôže s určitými úkonmi v domácom prostredí. Tu vidíme veľké možnosti pre agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Veľká časť respondentov n 93 (93 %) odpovedala kladne to znamená, že mali zabezpečenú takúto osobu a len n 7 (7 %) respondentov túto podmienku nesplnilo. V poslednej otázke dotazníka sme sa pýtali respondentov, či vedia, na koho sa môžu obrátiť v prípade ťažkostí alebo komplikácií po operačnom zákroku v celkovej anestézii. Prevažná časť respondentov n 62 (62 %) vedela, že môže kontaktovať lekára zariadenia, kde im bol robený operačný zákrok. Ďalšia skupina respondentov n 37 (37 %) uviedla možnosť kontaktovať lekára, ktorý ich poslal na operačný zákrok do zariadenia JZS. Len n 1 (1,4 %) respondentka nevedela, na koho sa má v prípade ťažkostí obrátiť.

Piaty cieľ našej diplomovej práce môžeme zhodnotiť nasledovne: respondenti sú informovaní o potrebe mať zabezpečenú sprevádzajúcu osobu pri odchode domov zo zariadenia JZS, vedia, že nesmú viesť motorové vozidlo 24 hodín po anestézii. Väčšina respondentov mala zabezpečenú aj osobu, ktorá by im pomohla v domácom prostredí a každý respondent okrem jednej respondentky vedel, koho má kontaktovať v prípade ťažkostí alebo komplikácií, ktoré súvisia s operačným zákrokom a anestéziou.

Výsledky nášho prieskumu poukazujú na rozvíjajúci sa trend jednodňovej anestetickkej starostlivosti. Veľká časť respondentov bola informovaná o možnostiach, spôsoboch a technikách anestézie. Informácie, ktoré získali v rozhovore s anestéziológom pokladali za dôležité. Vedeli, že pooperačnú bolesť, nauzeu alebo zvracanie je možné liekmi zmierniť a domov odchádzajú až vtedy, keď všetky tieto príznaky pominú a oni sa cítia dobre. V dnešnej uponáhľanej dobe respondenti oceňujú krátke čakacie lehoty na operačný zákrok a skoré prepustenie do domácej starostlivosti.

## ODPORÚČANIA PRE PRAX

Jednodňová chirurgia je vo vyspelých európskych krajinách významne rozvinutá. Možno predpokladať, že aj na Slovensku sa vývoj bude uberať cestou rozširovania aktivít v jednodňovej ambulantnej starostlivosti. Chceli by sme k tomu prispieť aj my zlepšením informovanosti verejnosti a aj zdravotníckych pracovníkov. Na základe výsledkov nášho prieskumu navrhujeme nasledovné odporúčania pre prax určené nielen sestram, ale aj laickej verejnosti a pracovníkom zdravotných poisťovní:

- Zvyšovať úroveň vedomostí zdravotníckych pracovníkov o výhodách jednodňovej anestetickkej starostlivosti prostredníctvom článkov v odborných periodikách, distribúciou brožúr o JAS.
- Začleniť problematiku jednodňovej anestetickkej starostlivosti do odborných prednášok, seminárov a kongresov.
- V prednáškach sa zamerať na špecifiká jednodňovej anestetickkej starostlivosti, používané lieky a anestéziologické postupy, ktoré sú vhodné na ambulantnú anestéziu.
- Zvýšiť záujem poisťovní o JZS prostredníctvom skvalitnenia vzájomnej komunikácie.
- Zlepšiť informovanosť verejnosti o možnostiach zákrokov v jednodňovej chirurgii primeranou osvetou, informačnými brožúrami určenými širokej verejnosti, ktoré sú dostupné v priestoroch všeobecných a špecializovaných ambulancií.
- Začleniť problematiku možnosti výberu zdravotníckeho zariadenia do odborných, ústavných seminárov a upozorniť, že hospitalizácia pri niektorých chirurgických zákrokoch nie je vždy nevyhnutná.
- Informovať klientov jednodňovej chirurgie o agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré sú pripravené poskytovať svoje služby a následnú starostlivosť v domácom prostredí pacientom po zákroku v rámci JZS

## ZÁVER

Nové technológie, chirurgické techniky a najmä pokroky v anestéziológii umožňujú vykonávať operačné zákroky spôsobom jednodňovej chirurgie, jednodňovej anestetickú starostlivosti. Hospitalizácia nie je vždy nevyhnutná a ukazuje sa, že zákroky jednodňovej chirurgie môžu mať pozitívny vplyv aj na ekonomiku. Hoci nové technológie zvyšujú cenu priamo na operačnej sále, celkové náklady na liečbu pacienta môžu klesať. Pacient môže po operačnom výkone opustiť zdravotnícke zariadenie, čím sa vyhne dlhodobej práceneschopnosti. Príjem pacienta do zariadenia JZS je podmienený medicínskymi a psychosociálnymi faktormi. Lekár zhodnotí mieru anestéziologického rizika pacienta, jeho sociálne podmienky a jeho anamnézu pooperačných komplikácií v minulosti. Anestéziológ sa bezprostredne podieľa na vytváraní podmienok bezpečnej anestézie a komfortu pacienta počas operačného obdobia. Možno povedať, že jednodňová chirurgia je hlavne iný spôsob manažmentu pacienta. Vyžaduje si dobrú tímovú spoluprácu lekárov, sestier a ostatného personálu. Práca sestry v JZS má dôležité miesto v systéme zdravotnej starostlivosti. Pomáha pacientovi prekonávať obavy a strach z anestézie a operácie, zmiernuje pooperačné ťažkosti a urýchľuje návrat pacienta do bežného života. Našou prácou sme chceli upriamiť pozornosť na možnosť vykonávať určité operačné zákroky formou jednodňovej chirurgie s využitím najnovších anestéziologických metód, spôsobov a postupov. Poukázať sme chceli aj na lieky používané v súčasnej anestézii, ich špecifické vlastnosti, ktoré sú vhodné pre JAS. Je to rýchly nástup ich účinku, rýchla eliminácia a metabolizmus s nízkym výskytom nežiaducich účinkov. Poukázali sme aj na skutočnosť, že kľúčom k úspechu ambulantnej anestézie je prevencia pooperačnej bolesti a zvracania. Správna pooperačná analgézia musí vychádzať z dobrej komunikácie medzi pacientom a anestéziológom a vyžaduje plánovaný a aktívny prístup. Dobrý zdravotný stav pacienta po operačnom zákroku v anestézii, bez prejavov bolesti, nauzey, krvácania a iných komplikácií, je základnou podmienkou na prepustenie do domácej starostlivosti.

Cieľom našej záverečnej práce bolo poukázať na skutočnosť, že zdravotná starostlivosť v zariadeniach JZS je prínosom pre pacientov. Ak chceme skvalitniť starostlivosť o pacientov a získať si ich dôveru, musíme naďalej šíriť a poskytovať informácie o anestézii a operácii v režime JZS, ktoré pozitívne ovplyvnia ich postoj k jednodňovej starostlivosti.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. ADAMUS, M. a kol. 2010. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
2. BABIAK, L. 2006. Jednodňová chirurgia vo svete a u nás. História a perspektívy. In *Medical practice*, ISSN – 1336-8109, 2006, roč. 1, č. 7-8, s. 24.
3. BEKÖ, L., DOBŠOVIČ, Ľ., ILIEVOVÁ, Ľ. 2009. Humanistická psychológia v práci sestry. In *Sestra a lekár v praxi*, ISSN – 1335-9444, 2009, roč. 9, č. 3-4, s. 46-47.
4. BOHUŠ, O. a kol. 1992. *Anestéziológia, resuscitológia a intenzívna starostlivosť*. Martin: Osveta 1992. 409 s. ISBN 80-217-0436-5.
5. BRATOVÁ, A., MANKOVECKÁ, M., BRÁZDILOVÁ, D. 2009. Vplyv nedostatku vedomostí o anestézii na stav pacientov. In *Sestra a lekár v praxi*, ISSN – 1335-9444, 2009, roč. 9, č. 3-4, s. 22-23.
6. BUŠOVÁ, B. 2006. Ponuka ADOS klientom jednodňovej chirurgie. In *Medical practice*, ISSN – 1336-8109, 2006, roč. 1, č. 7-8, s. 14.
7. CZUDEK, S. a kol. 2009. *Jednodenní chirurgie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 117 s. ISBN 978-80-247-1786-9.
8. FAKRAŠOVÁ, D. a kol. 2006. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80 – 8063 – 228 – 6.
9. FIRMENT, J., CAPKOVÁ, J. 2008. *Jednodňová anestetická starostlivosť*. Košice: Aprilla s.r.o. 2008. 91 s. ISBN 978-80-89346-01-1.
10. FIRMENT, J., STUDENÁ, A. a kol. 2009. *Anestéziológia a intenzívna medicína*. Košice: Aprilla s.r.o. 2009. 387 s. ISBN 978-80-89346-16-5.
11. FIRMENT, J., CAPKOVÁ, J. 2011. Jednodňová anestetická starostlivosť – úvod do problematiky. In *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2011*. Prešov: A-print s.r.o. 2011, s. 9-21. ISBN 978-80-970708-0-9.
12. GAŠPAREC, P. et al. 2011. Detská ambulantná anestéziologická starostlivosť. In *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2011*. Prešov: A-print s.r.o. 2011, s. 22-29. ISBN 978-80-970708-0-9.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Informovaný souhlas proč a jak?* Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.



14. HRAŠKO, J., VATEHA, M. 2009. Aké sú limity ambulantnej anestézie? In *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2009*. Prešov: A- media s.r.o.2009, s.257-258. ISBN 978-80-89334-02-5.
15. HUSÁRIKOVÁ, M., AUXTOVÁ, M., NAGYOVÁ, N. 2009. Previerka zručností anestéziologickej sestry. In *Sestra a lekár v praxi*, ISSN – 1335-9444, 2009, roč. 8, č. 3-4, s. 40-41.
16. HORÁČEK, M. 2011. Dlhodobé účinky celkovej anestézie. In *Referátový výber z anestéziologie, resuscitace a intenzívnej medicíny*. Praha: Gemi s.r.o. 2011, s 6.
17. HORŇÁKOVÁ, A., UHEROVÁ, Z. 2009. Špecifiká úspešnej komunikácie. In *Sestra a lekár v praxi*, ISSN – 1335 – 9444, 2009, roč. 8, č. 3-4, s .48.
18. HUDECOVÁ, D. 2010. Záujem o jednodňovú chirurgiu rastie. Kde je výhodná? In *Pravda*, ISSN 1335-4050, 2010, roč. 20, č. 166, s. 13-15.
19. JUŠKOVÁ, E. 2013. *Pohľad verejnosti na jednodňovú zdravotnú starostlivosť*. Diplomová práca. Banská Bystrica: SZU FZ, 2013. 23 s.
20. KAROVIČ, D., KÖPPL, J., GAŠPAREC, P. 2013. Anestézia a pooperačná analgézia pri operáciách kolenného kĺbu. In *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2013*. Prešov: A-print s.r.o. 2013, s. 64-68. ISBN 978-80-970708-6-1.
21. KOLLÁR, J. 2006. Jednodňová starostlivosť je svetový trend. In *Medical practice*, ISSN – 1336-8109, 2006, roč. 1, č. 7-8, s. 15.
22. KOLLEROVÁ, A. 2013. Liečba bolesti fixnou kombináciou Tramadol / Paracetamol. In *Medicom*, ISSN – 1338 – 340X, 2013, roč. 3, č.4, s. 20 – 21.
23. KOTUSOVÁ, B. 2009. Anestézia pre ambulantné výkony. In *Anestéziológia a intenzívna medicína*. Košice: Aprilla s.r.o. 2009. s. 209-216. . ISBN 978-80-89346-16-5.
24. LARSEN, R. 1998. *Anestezie*. Praha: Grada Publishing, 1998. 936 s. ISBN 80-7169-179-8.
25. LARSEN, R. 2004. *Anestezie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.
26. LAZAR, V. 2006. Artroskopia v rámci one day surgery. In *Medical practice*, ISSN – 1336-8109, 2006, roč. 1, č. 7-8, s. 31.
27. MAGERČIAKOVÁ, M. 2009. Edukácia chirurgického pacienta. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík*, ISSN 1335-5090, 2009, roč. 15, č. 1, s. 36-39.

28. MÁLEK, J. 2011. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6.
29. MOROVICSOVÁ, E. 2008. Význam edukácie v jednotňovej chirurgii. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík*, ISSN 1335-5090, 2008, roč. 14, č. 2, s. 87-90.
30. MOROVICSOVÁ, E., LIŽBETINOVÁ, A. 2010. Terapeutická komunikácia. In *Sestra a lekár v praxi*, ISSN 1335-9444, 2010, roč. 10, č. 3-4, s. 28-29.
31. NAGYOVÁ, N., MATOŠOVÁ, M., KVASNÍKOVÁ, Z. 2013. Zvláštnosti anestézie pri miniinvazívnom zákroku. In *Sestra*, ISSN 1335-9444, 2013, roč. 12, č. 3-4, s. 28-29.
32. OČENÁŠOVÁ, M., LICHVÁROVÁ, L., ŠEBOKOVÁ, K. 2008. Predanestetické vyšetrenie pacienta pred plánovaným výkonom. In *Novinky v anestéziológii, intenzívnej medicíne a algeziológii 2008*. Prešov: vydavateľstvo Michala Vaška, 2008. 229 s. ISBN 978-80-7165-681-4.
33. ONDERČANIN, M., MEZEY, M., GÁLUSOVÁ, A. 2012. Pooperačná bolesť – pohľad na súčasný stav liečby v SR. In *Anestéziológia a intenzívna medicína*, ISSN 1339-0155, 2012, roč. 1, č. 1, s. 9-16.
34. PALENČÍKOVÁ, E. 2010. Môže pooperačná nauzea a vracanie ovplyvniť bezpečnosť pacienta počas anestézie? In *Novinky a anestéziológii a intenzívnej medicíne 2010*. Prešov: Aprint s.r.o. 2010, s. 65-69. ISBN 978-80-89334-04-9.
35. PAVLÁTOVÁ, B. 2010. *Ošetrovateľská péče v jednodenní chirurgii z pohľadu klienta a sestry*: Bakalárska práca. Olomouc: UP FZV, 2010. 84 s.
36. POKORNÝ, J. 2011. Vývoj premedikácie. In *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína*, ISSN 1212-3048, 2011, roč. 58, č. 3, s. 215-219.
37. TÓTH, K., HEGYI, L. 2005. Informovaný súhlas v zmysle reformných zákonov. In *Medicínsky monitor*, ISSN 1335-0951, 2005, č. 4, s. 35.
38. UHARČEKOVÁ, P. 2007. Anestéziologické postupy pri cisárskom reze. In *Úrazová a intenzívna medicína*, ISSN 1337-0820, 2007, roč. 2, č. 1, s. 7-12.
39. VATEHA, M., HUNÁK, R. 2009. Nie je ambulancia ako ambulancia. In *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2009*. Prešov: A-media s.r.o. 2009, s. 253-258. ISBN 978-80-89334-02-5.
40. VATEHA, M., 2010. TIVA a TCI v ambulantnej anestéziologickej praxi. In *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2010*. Prešov: A-print s.r.o. 2010, s. 108-111. ISBN 978-80-89334-04-9.

41. VATEHA, M., HRAŠKO, J., HUNÁK, R. 2011. Čo som sa naučil pri podávaní ambulantnej anestézie. In *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne 2011*. Prešov: A-print s.r.o. 2011, s. 35-39. ISBN 978-80-970708-0-9.
42. VÁLKY, J. 2006. Jednodňová starostlivosť a zmyslupnosť kvality. In *Medical practice*, ISSN – 1336-8109, 2006, roč. 1, č. 7-8, s. 30.
43. VOHÁŇKOVÁ, I. 2002. Anestézie detských pacientů v jednodenní chirurgii. In *Anesteziologie a neodkladná péče*, ISSN 0862 – 4968, 2002, roč.13, č. 4, s. 155 -157.
44. VIDOVÁ, E. 2006. Sme ako adrenalínoví športovci. In *Medical practice*, ISSN – 1336-8109, 2006, roč. 1, č. 7-8, s. 4-5.
45. VYHLÁŠKA MZ SR č. 770/2004, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. 2004 [online]. Bratislava: *Ministerstvo zdravotníctva SR*. 2004 [cit. 10.12.2013]. Dostupné na internete: [http://jaspi.justice.gov.sk/jaspiw1/htm\\_zak/jaspiw\\_mini\\_zak\\_zobraz\\_clanok1.asp?kotva=K1&skupina=1](http://jaspi.justice.gov.sk/jaspiw1/htm_zak/jaspiw_mini_zak_zobraz_clanok1.asp?kotva=K1&skupina=1).
46. VYHLÁŠKA MZ SR č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. 2006 [online]. Bratislava: *Ministerstvo zdravotníctva SR*. 2006 [cit. 15.12.2013]. Dostupné na internete: <http://www.bozpo.sk/public/legis/zdravie/06-428.pdf>.
47. ZEMAN, M., KRŠKA, Z. et. al. 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

## **PRÍLOHY**

- Príloha A** Aldreteho skóre
- Príloha B** Dotazník – Špecifiká jednodňovej anestéziologickej starostlivosti
- Príloha C** Súhlas s prieskumom

## Príloha A

### Kritériá zotavenia pacientov na prepustenie zo zobúdzacej izby (Aldreteho skóre)

I.	Úroveň vedomia	zobudený a orientovaný	2
		dá sa zobudiť pri minimálnej stimulácii	1
		reaguje len po stimulácii dotykom	0
II.	Fyzická aktivita	schopný hýbať všetkými končatinami na vyzvanie	2
		určitá slabosť pri pohybovaní končatinami	1
		neschopnosť vôľovej pohyblivosti končatinami	0
III.	Stabilita obehu	krvný tlak <15 % od predoperačnej hodnoty MAP	2
		krvný tlak v rozpätí 15-30 % predoperačnej hodnoty MAP	1
		krvný tlak > 30 % pod predoperačnú hodnotu	0
IV.	Stabilita dýchania	schopný dýchať hlboko	2
		tachypnoe s dobrým kašľaním	1
		dyspnoický so slabým zakašľaním	0
V.	Stav saturácie O <sub>2</sub>	udržiava hodnoty > 90 % pri dýchaní vzduchu	2
		potrebuje podávanie kyslíka	1
		saturácia pod 90 % pri podávaní kyslíka	0
VI.	Pooperačná bolesť	žiadna alebo mierny dyskomfort	2
		stredná až silná bolesť liečená i.v. analgetikami	1
		pretrvávajúca silná bolesť	0
VII.	Nauzea a zvracanie	žiadna alebo mierna nauzea bez aktívneho zvracania	2
		prechodné zvracanie alebo napínanie	1
		Trvanie miernej až ťažkej nauzey alebo zvracania	0
Minimálne skóre určujúce dostatočné zotavenie je 12, ani v jednej kvalite nesmie byť <1.			

## Príloha B

### DOTAZNÍK

Vážená pani, vážený pán. Obraciam sa na Vás so žiadosťou o vyplnenie tohto dotazníka, ktorý bude súčasťou mojej diplomovej práce s názvom: Špecifiká jednodňovej anestéziologickej starostlivosti. Dotazník je anonymný, údaje sú dôverné a sú súčasťou prieskumu, pomocou ktorého chcem zistiť, aká je informovanosť verejnosti o spôsoboch, postupoch a možnostiach podávania anestézie v zariadeniach jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

Pozorne si prosím prečítajte otázky a odpovedajte na ne. Odpovede, ktoré najviac vystihujú Váš názor jednoducho zakrúžkujte. V niektorých otázkach môžete zakrúžkovať viacero odpovedí.

Ďakujem Vám za ochotu a čas, ktoré ste venovali vyplneniu tohto dotazníka.

Bc. Iveta Thonhauserová

**Váš vek**.....

**Pohlavie:**

- a) muž
- b) žena

**Vaše najvyššie ukončené vzdelanie:**

- a) základné
- b) stredoškolské bez maturity
- c) stredoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské

**1. Máte už skúsenosti spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v zariadení jednodňovej chirurgie?**

- a) áno, už mám skúsenosť s takýmto zariadením
- b) nie, ešte som nebol/a v takomto zariadení
- c) počul/a som o takomto zariadení

**2. Prečo ste sa rozhodli pre zariadenie jednotňovej zdravotnej starostlivosti?**

**Môžete uviesť viacero odpovedí.**

- a) odporučil mi to môj lekár
- b) odporúčili mi ho známi
- c) sám/a som si našiel/a informácie o danom type pracoviska
- d) už mám skúsenosti s poskytovaním starostlivosti v danom type zariadenia

**3. Čo Vás najviac ovplyvnilo pri výbere zariadenia jednotňovej zdravotnej starostlivosti?**

- a) kratšie čakacie doby na zákrok
- b) skoršie prepustenie do domácej starostlivosti
- c) poskytovanie zdravotnej starostlivosti erudovanými pracovníkmi
- d) príjemné prostredie, personál a individuálny prístup
- e) nižší výskyt infekčných a iných pooperačných komplikácií
- f) menšie obavy z odlúčenia od rodiny

**4. Myslíte si, že anestézia podávaná v zariadeniach jednotňovej starostlivosti je iná ako v nemocnici?**

- a) áno, myslím si, že je iná
- b) myslím si, že postupy a lieky na vedenie anestézie sú rovnaké
- c) neviem sa vyjadriť

**5. Viete o tom, že pred operáciou musíte absolvovať interné predoperačné vyšetrenie, ktoré zhodnotí anestéziológ?**

- a) áno
- b) nie

**6. Pred operáciou ste absolvovali predanestetické vyšetrenie. Čo bolo obsahom tohto vyšetrenia? Môžete uviesť viacero odpovedí.**

- a) vysvetlenie anestetického postupu
- b) podpísanie informovaného súhlasu
- c) rozhovor s lekárom
- d) iné.....

**7. Kto Vám poskytol v tomto zariadení informácie o spôsobe anestézie? Môžete uviesť viacero odpovedí.**

- a) lekár – anestéziológ
- b) anestéziologická sestra
- c) lekár z oddelenia
- d) iný, uveďte.....

**8. Boli informácie o spôsobe anestézie pre Vás dostatočné a zrozumiteľné?**

- a) áno, informácie boli dostatočné
- b) áno, ale mohli byť podrobnejšie
- c) informácie boli nedostatočné

**9. Bolo pre Vás získanie informácií o anestézii pred operačným zákrokom dôležité?**

- a) určite áno
- b) skôr áno ako nie
- c) skôr nie ako áno
- d) určite nie
- e) neviem sa vyjadriť

**10. Viete o tom, že prítomnosť iných ochorení zvyšuje riziko pooperačných komplikácií a preto nie každý pacient je vhodný pre zariadenie jednodňovej starostlivosti?**

- a) áno, mám o tom informácie
- b) nie, nikto mi o tom nepovedal

**11. Uveďte, o ktorých ťažkostiach a komplikáciách súvisiacich s anestéziou ste boli informovaný/á. Môžete uviesť viacero odpovedí.**

- a) bolesť
- b) pocit na zvracanie, zvracanie
- c) ospalosť, únava
- d) bolesti hrdla po intubácii
- e) iné, uveďte.....



**12. Mali ste pred operačným zákrokom strach z anestézie (uspatia)?**

- a) áno, mal/a som veľký strach
- b) mal/a som len mierny strach
- c) nepocit'oval/a som žiadny strach

**13. Ak ste pocit'ovali strach z anestézie (uspatia), čoho ste sa najviac obávali?**

**Môžete uviesť viacero odpovedí.**

- a) prebudenia sa počas operácie
- b) toho, že počas operácie budem niečo vidieť alebo počuť
- c) toho, že budem kašľať alebo zvracať
- d) toho, že sa po operácii už nepreberiem
- e) veľkých pooperačných bolestí
- f) iné.....

**14. Pomohol Vám rozhovor z anestéziológom zmierniť strach z anestézie?**

- a) áno, rozhovor ma upokojil a zmiernil môj strach
- b) čiastočne ma upokojil
- c) nie, nezbavil ma strachu
- d) nepocit'oval/a som žiadny strach

**15. Objavil sa u Vás po operačnom zákroku v celkovej anestézii pocit na zvracanie?**

- a) nemal/a som pocit na zvracanie
- b) áno, ale po určitom čase tento pocit zmizol aj bez podania liekov proti zvracaniu
- c) áno, po podaní liekov tento pocit vymizol
- d) dostal/a som lieky proti zvracaniu ale nepomohli mi

**16. Pocit'ovali ste po operačnom zákroku bolesť?**

- a) nie, nič ma nebolelo
- b) bolesť bola taká slabá, že sa dala vydržať
- c) bolesť bola stredne silná, po podaní liekov od bolesti prešla
- d) bolesť bola neznesiteľná a trvalo dlho, kým prešla aj po podaní liekov od bolesti

**17. Aký druh operácie Vám bol robený?**

- a) krátky gynekologický zákrok
- b) laparoskopická operácia
- c) operácia na dolných končatinách
- d) iné, uveďte, aký operačný zákrok.....

**18. Uveďte, ktoré ošetrovateľské výkony boli u Vás pred operáciou urobené?**

- a) založenie kompresívnych pančúch
- b) podanie injekcie proti nadmernému zrážaniu krvi
- c) obidve možnosti a + b
- d) nič mi nebolo podané

**19. Po operácii v celkovej anestézii nemáte 24 hodín viesť motorové vozidlo. Máte zabezpečenú sprevádzajúcu osobu pri odchode domov?**

- a) áno, mám
- b) nie, nepovažoval/a som to za potrebné
- c) nevedel/a som, že je to potrebné

**20. Po prepustení do domácej starostlivosti máte zabezpečenú osobu, ktorá sa v pooperačnom období môže o Vás postarať a pomôcť Vám s určitými úkonmi?**

- a) áno
- b) nie

**21. Viete, na koho sa máte obrátiť v prípade ťažkostí alebo komplikácií po operačnom zákroku?**

- a) áno, viem, že môžem kontaktovať zariadenie, kde mi bol zákrok robený
- b) myslím si, že môžem kontaktovať lekára, ktorý ma poslal na operačný zákrok
- c) neviem, na koho sa obrátiť

## Príloha C

Bc. Iveta Thonhauserová, Nográdyho 1376 / 3, 960 01 Zvolen

Gynpor Sliač s.r.o.  
Riaditeľ MUDr. Ján Galád  
ul. SNP č. 9  
962 31 Sliač

**Vec: Žiadosť o súhlas k poskytnutiu dotazníkov**

Vážený pán riaditeľ, dolu podpísaná Bc. Iveta Thonhauserová, obraciam sa na Vás so žiadosťou o vyslovenie Vášho súhlasu s distribúciou dotazníkov pre pacientov/klientov v zariadení jednotňovej starostlivosti Gynpor, s.r.o., Sliač.

Študujem na Slovenskej zdravotnickej univerzite, fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, druhý ročník magisterského externého štúdia. V tomto akademickom roku 2013 / 2014 končím magisterské štúdium štátnou skúškou a záverečnou prácou s názvom témy: Špecifiká jednotňovej anesteziologickej starostlivosti.

Cieľom diplomovej práce je zistiť pomocou dotazníka úroveň vedomostí pacientov o spôsoboch, postupoch a možnostiach podávania anestézie v zariadeniach jednotňovej zdravotnej starostlivosti.

Pracujem ako sestra v zariadení jednotňovej chirurgie, stretávam sa s pacientmi pred anestéziou a zaujímam sa o ich vnímanie anestézie. Poskytnuté názory, vedomosti a odpovede budú anonymné a spracované údaje použijem len v záverečnej práci.

Za vybavenie mojej žiadosti Vám vopred ďakujem.

Zvolen 4.novembra 2013

Bc. Iveta Thonhauserová

*Súhlasím*  