

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Kondratova Eleonora

Fakulta zdravotnických studií
Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Eleonora Kondratova

Studijní program: Všeobecná sestra 5341R009

**Ošetrovatelský proces u pacientů s uzávěrem
koronárních tepen
Bakalářská práce**

Vědoucí práce: Mgr. Jana Křivková

Plzeň 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Eleonora KONDRATOVA**
Osobní číslo: **Z18B0049P**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Ošetřovatelský proces u pacientů s uzávěrem koronárních tepen**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu. Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- MICHÁLEK, Pavel, Michael STERN a Petr ŠTÁDLER. *Anestezie a pooperační péče v cévní chirurgii*. Praha: Galén, 2012. 443 s. ISBN 978-80-7262-891-9.
- SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 164 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
- KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzioní péče*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.
- VÍTOVEC, Jiří, Jindřich ŠPINAR, Lenka ŠPINAROVÁ a Ondřej LUDKA. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. Praha: Grada, 2018. 208 s. ISBN 978-80-271-0624-0.
- WOODROW, Philip. *Intensive care nursing: a framework for practice*. Fourth edition. London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2019. 519 s. ISBN 978-1-138-71380-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Křivková**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2021.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kondratova Eleonora

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacientů s uzávěrem koronárních tepen

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

Počet stran – číslované: 70

Počet stran – nečíslované: 30

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: CABG, PTCA, ošetrovatelská péče, EKG, úloha sestry, sestra

Souhrn: Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientů s uzávěrem koronárních tepen. Začátek teoretické části je zaměřen na anatomie kardiovaskulárního systému, srdeční choroby, rizikové faktory a farmaceutickou léčbu. Závěr teoretické části je zaměřen na možnosti léčby, a to je kardiochirurgická léčba CABG a intervenční léčba PTCA, popis těchto výkonů, indikace a kontraindikace a úlohu sestry. V praktické části bakalářské práce jsou porovnány dvě kazuistiky, zaměřené na ošetrovatelskou péči a komunikaci s pacienty po kardiochirurgickém výkonu bypass a po perkutánní transluminální angioplastice.

Abstract

Surname and name: Kondratova Eleonora

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing process in patients with coronary artery occlusion

Consultant: Mgr. Jana Křivková

Number of pages – numbered: 70

Number of pages – unnumbered: 30

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 30

Keywords: CABG, PTCA, nursing care, ECG, the role of the nurse, nurse.

Summary: The topic of this bachelor thesis is the procedures needed to save a patient with coronary artery occlusion. The beginning of the theoretical part is focused on the anatomy of the cardiovascular system, heart disease, risk factors and pharmaceutical treatment. The conclusion of the theoretical part is focused on the possibilities of treatment, namely the cardiosurgical treatment of CABG (Coronary Artery Bypass Grafting) and interventional treatment of PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty), a description of those procedures, indications and contraindications, and the role of the nurse. The practical part of the bachelor thesis compares two case reports and is focused on nursing care and communication with patients after bypass cardiac surgery and after percutaneous transluminal angioplasty.

Předmluva: Tato bakalářská práce byla napsaná z důvodu získání informace o ošetrovatelské péči o pacienty s chorobami kardiovaskulárního systému. Toto téma jsem si vybrala, protože ve zdravotnictví se s tím setkávám hodně často a zaujímá mě, jak pomoci pacientům trpícím na KVO z hlediska sestry. Také jsem chtěla být s pacientem při výkonech a po celou dobu hospitalizace být jím aspoň nějakou podporou. Díky této bakalářské práci jsem se naučila být víc empatická k pacientům. Cílem této práce je zmapovat ošetrovatelský proces u obou pacientů, po kardiologickém a kardiologickém výkonu.

Poděkování: Děkuji Mgr. Janě Křivkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování materiálních podkladů a trpělivost. Také děkuji své kamarádce Ekaterině za psychickou podporu a veškerou pomoc. Děkuji svému příteli za morální podporu. Také bych ráda poděkovala sestřičkám na odděleních a mým pacientům za pomoc při zpracování praktické části.

Obsah

SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	15
Teoretická část.....	16
1. Anatomie kardiovaskulárního systému	16
2. Ischemická choroba srdeční.....	19
2.1. Klinický obraz	19
2.1.1. Akutní formy ICCHS	19
2.1.2. Chronické formy ICCHS	20
2.2. Farmakologická léčba ischemické choroby srdeční.....	21
3. Ateroskleróza.....	23
3.1. Patogeneze.....	23
3.2. Edukace sestrou v prevenci aterosklerózy	23
3.3. Farmakologická léčba aterosklerózy	24
3.4. Rizikové faktory	24
4. Ošetrovatelská péče o pacienta podstupující PTCA.....	26
4.1. Indikace k PTCA	26
4.1.1. Klinické indikace	26
4.2. Kontraindikace PTCA	27
4.3. Příprava pacienta a úloha sestry před výkonem PTCA.....	27
4.4. Technika PTCA a úloha sestry na katetizačním sále.....	28
4.5. Úloha sestry po výkonu PTCA	29
5. Kardiochirurgická léčba (CABG).....	30
5.1. Indikace k CABG	30
5.2. Operační riziko CABG	30
5.3. Komplikace CABG	31
5.4. Ošetrovatelská péče o pacienta podstupující výkon CABG.....	31
5.4.1. Dlouhodobá předoperační příprava před CABG	32
5.4.2. Krátkodobá předoperační příprava před CABG	32
5.4.3. Bezprostřední předoperační příprava před CABG.....	33
5.5. Intraoperační péče při CABG.....	33
5.6. Pooperační ošetrovatelská péče po CABG.....	34
5.6.1. Bezprostřední pooperační péče	34

5.6.2. Ranní pooperační péče	35
5.7. Úloha sestry v dalších dnech pooperačního období na standardní oddělení.....	35
Praktická část.....	37
Formulace problému	37
6. Cíl a úkoly práce.....	38
7. Výzkumné otázky:.....	39
8. Charakteristika sledovaného souboru.....	40
9. Metodika práce	41
10. Organizace výzkumu	42
11. Kazuistika č. 1.....	43
11.1. Katamnéza	43
11.2. Anamnéza	43
11.3. Objektivní nález.....	45
11.4. Vyšetření.....	46
11.5. Základní vyšetření sestrou	47
11.6. Průběh hospitalizace.....	49
11.7. Ošetrovatelský proces dle Marjory Gordonové.	56
11.8. Plán ošetrovatelské péče.....	59
11.8.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	59
11.8.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	62
11.9. Edukační plán.....	64
Tabulka 1 Edukační plán pacienta na kardiochirurgickém oddělení	64
12. Kazuistika č. 2.....	65
12.1. Katamnéza	65
12.2. Anamnéza	65
12.3. Objektivní nález.....	66
12.4. Vyšetření.....	67
12.5. Základní vyšetření sestrou	68
12.6. Průběh hospitalizace.....	70
12.7. Ošetrovatelský proces dle Marjory Gordonové.	72
12.8. Plán ošetrovatelské péče.....	75
12.8.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	75
12.8.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	76
12.9. Edukační plán.....	78
Tabulka 2 Edukační plán pacienta na kardiologické klinice.....	78

DISKUZE	79
ZÁVĚR.....	83
SEZNAM LITERATURY.....	85
SEZNAM PŘÍLOH	88
Příloha A Žádost o poskytnutí informací 1	89
Příloha B Žádost o poskytnutí informací 2	92
Příloha C Povolení k provedení výzkumného šetření 1	95
Příloha D Povolení k provedení výzkumného šetření 2	96
Příloha E Informovaný souhlas pacienta o provádění výzkumu 1	97
Příloha F Informovaný souhlas pacienta o provádění výzkumu 2.....	98
Příloha G Léčba statiny.....	99
Příloha H Léčba antiagriganty	100

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Edukační plán pacienta na kardiochirurgickém oddělení.....	64
Tabulka 2 Edukační plán pacienta na kardiologické klinice	78

SEZNAM ZKRATEK

AIM - Akutní infarkt myokardu
AKS - Akutní koronární syndrom
AP - Angina pectoris
AS - Akce srdeční
ASTRUP - Acidobazická rovnováha
ATB - Antibiotikum
BMI - Index tělesné hmotnosti
CABG - Koronární bypass
CMP - Cevní mozková příhoda
CT - Výpočetní tomografie
CŽK - Centrální žilní katétr
ČR - Česká republika
DK - Dolní končetiny
DM - Diabetes mellitus
DU - Dutina ústní
ECHO - Echokardiografie
EKG - Elektrokardiografie
FR - Fyziologický roztok
GCS - Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
ICHDK - Ischemická choroba dolních končetin
ICHS - Ischemická choroba srdeční
JIP - Jednotka intenzivní péče
KPR - Kardiopulmonální resuscitace
KVO - Kardiovaskulární
LDL - Cholesterol
LHK - Levá horní končetina
MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí
NAP - Nestabilní angina pectoris
OPG - Ortopantomografie
ORL - Otorhinolaryngologie
PAD - Perorální antidiabetika
PCI - Perkutánní koronární intervence

PMK - Permanentní močový katetr

PTCA - Perkutánní koronární angioplastika

PŽK - Periferní žilní katetr

RTG - Rentgen

SIMV - Synchronizovaná intermitentní zástupová ventilace

SKG - Selektivní koronarografie

SpO₂ - Saturace krve kyslíkem

TK - Tlak krevní

TT - Tělesná teplota

tzv - Tak zvaný

UPV - Umělá plicní ventilace

VZV - Vysokozdvižný vozík

ÚVOD

Kardiovaskulární onemocnění je skupina onemocnění srdce a cév. Je to hlavní příčina smrti po celém světě, neboť z jakéhokoliv jiného důvodu každoročně neumírá tolik lidí jako z kardiovaskulárních onemocnění. Tento problém se v různé míře dotýká zemí s nízkými a středními příjmy. Více než 80 % úmrtí na KVO se vyskytuje v těchto zemích, a postihuje jak ženy, tak muže.

Jednou z častých onemocnění kardiovaskulárního systému je ischemická choroba srdeční. Pomocí diagnostiky detekce ischemie je selektivní koronarografie (SKG). Toto vyšetření pomáhá zjistit, do jaké míry jsou tepny obdarované. Existuje několik metod léčby, a to je farmakologická, intervenční a operační. Jeden z nástrojů, jak ozřejmit a vyhodnotit srdeční onemocnění je EKG. Jak už ze samotného názvu vypovídá elektrokardiografický přístroj vyhodnocuje elektrickou aktivitu srdce, jejíž odchylky nás pak mohou nasměrovat v dalším hledání patologie. Kromě EKG můžeme použít také například echokardiografii jež ozřejmí srdeční oddíly, případně echokardiografii s využitím Dopplerova efektu (tzv. Dopplerometrie). Dopplerometrie nám umožňuje ozřejmit směr a rychlost proudění v srdci případně dalších částech kardiovaskulárního systému.

Cílem bakalářské práce je zmapovat dvě kazuistiky u nemocných po invazivním a chirurgickém výkonu. Porovnat ošetrovatelskou péči u obou pacientů, zaměřit se na psychický stav pacientů, porovnat ošetrovatelské diagnózy u jednotlivých nemocných. Informace k bakalářské práci jsme čerpali z odborné literatury. Rešerše byla provedená Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje a dále byly použity zdroje z databáze SUKL, z online knihovny Kiberleninka a online časopisů.

Teoretická část

1. Anatomie kardiovaskulárního systému

Kardiovaskulární systém se skládá ze srdce, tepen, žil a kapilár. Tepny vedou krev ze srdce do celého těla včetně plic, žíly vrací krev zpět do srdce. Oběhový systém člověka tvoří dva krevní oběhy – velký a malý (Hudák, Kachlík a kol., 2013. s. 264).

Srdce – cor – dutý svalový nepárový orgán, má tvar kužele a zajišťuje nepřetržitý krevní oběh v oběhovém systému. Nachází se v hrudní dutině mezi pravou a levou plící, za hrudní kostí na šlachovitém středu diafragmy (Benešová, Hamplová a kol., 2013. s. 164). Hmotnost lidského srdce je přibližně 250-350 gramů, tvoří jej čtyři dutiny, které se skládají ze dvou síní a dvou komor. Ty jsou od sebe oddělené přepážkami a chlopněmi. Srdce má dva okraje, pravý a levý (Hudák, Kachlík a kol., 2013. s. 266). Srdce je rozděleno na levou a pravou část pomocí pevné přepážky, přičemž obě poloviny srdce se ještě dělí na síň a komoru. Otvory mezi síněmi a komorami se uzavírají chlopněmi. Chlopně můžeme rozdělit, na trikuspidální chlopeň, která se nachází mezi pravou síní a pravou komorou a také na mitrální (bikuspidální) chlopeň, která se nachází mezi levou síní a levou komorou. Z levé komory vychází největší tepna – aorta a z pravé komory vychází plicnice (truncus pulmonalis). Na samém začátku aorty a plicnice se nachází poloměsíčitá chlopně, které oddělují aortu a plicnici od komor (Benešová, Hamplová a kol., 2013. s. 164). Srdeční stěna má 3 vrstvy – vnitřní (endokard), střední (myokard), vnější (epikard). Endokard se skládá z vrstvy endotelu a pojivové tkáně, myokard je tvořen svalovou tkání a epikard je vnitřní vrstva perikardu (Benešová, Hamplová a kol., 2013. s. 164). Perikard je vakovitý obal srdce, který se skládá ze dvou vrstev. Mezi vrstvami perikardu je perikardiální dutina obsahující malé množství serózní tekutiny, která snižuje třecí sílu vznikající při práci srdce (Hudák, Kachlík a kol., 2013. s. 266).

V cyklické práci srdce jsou dvě fáze. Jedna je systolická, kdy dochází ke kontrakci, a druhá diastolická, kdy se naopak srdce uvolní. Srdeční cyklus začíná diastolou síní, což je fáze, kdy se síně plní krví a vzrůstá v nich tlak. V době, kdy tlak v síních převýší tlak v komorách, se otevrou cípaté chlopně a komory se plní krví (diastola komor). Na konci diastoly dojde ještě k systole síní. Dalším krokem je uzavření cípatých chlopní tlakem v komorách, otevření poloměsíčitých chlopní a krev proudí do tepen (systola komor) (Benešová, Hamplová a kol., 2013. s. 165).

Oběhový systém se skládá z dvou hlavních složek – srdce, jež se pravidelně stahuje, a tak zajišťuje oběh krve tělem a cév, ve kterých krev proudí. Tento systém je rozdělen na velký krevní oběh a malý krevní oběh (Benešová, Hamplová a kol, 2013. s. 166).

Velký krevní oběh začíná v levé komoře srdce. Cestou aorty a jejích větví se šíří z levé komory po celém těle okysličená krev. Aorta se dělí na 2 části. První je hrudní aorta, která vede krev do horních končetin, hlavy a hrudní dutiny. Druhá, distálněji položená břišní aorta, která vede krev do orgánů umístěných v břišní dutině, v pánvi a do dolních končetin (Benešová, Hamplová a kol, 2013. s. 166). Krev bez kyslíku z horní části těla, včetně horních končetin, proudí do horní duté žíly a ze zbývajících orgánů těla do dolní duté žíly. A na konec se vrátí skrz duté žíly do pravé síně (Benešová, Hamplová a kol, 2013. s. 165).

Malý krevní oběh vede neokysličenou krev do plic, a proto se nazývá plicním oběhem. Malý krevní oběh začíná v pravé komoře. Žilní krev proudí přes plicní kmen, který je rozdělen na dvě plicní tepny (pravou a levou), do plic. V plicích dochází k výměně plynů, krev se nasycuje kyslíkem a mění se na arteriální. Dál arteriální krev teče přes plicní žíly do levé síně, tam končí malý krevní oběh (Benešová, Hamplová a kol, 2013. s. 167).

Cévy mají trubicovitý tvar, jehož pomocí krev proudí po celém těle pomocí kontrakcí srdce (Козлов, 2011. с. 192).

Krevní cévy se dělí **na tepny, žíly a kapiláry**.

Tepny jsou velké, mají široký průsvit. Stěny tepen se skládají z elastických vláken. V tepnách proudí krev ze srdce k orgánům a tkáním. Větví se na malé tepénky – arterioly. **Žíly** mají stěny tenčí a nejsou tak elastické jako stěny tepny. Žíly mají kapsovitě chlopně, které poskytnou jednosměrný proud krve z orgánů a tkání do srdce. **Kapiláry** mají stěny velmi tenké a skládají se pouze z jedné vrstvy plochých buněk. Kapiláry vedou krev do srdce a jejich prostřednictvím dochází k výměně plynů a látek mezi krví a tkáněmi (Benešová, Hamplová a kol, 2013. s. 165).

Věňčité (koronární) tepny odpovídají za výživu srdce kyslíkem. Koronární tepny se dělí na pravou – arteria coronaria dextra a levou – arteria coronaria sinistra. Obě tepny vystupují z kořene (začátku) aorty a rozvětvují se na menší tepny (Benešová, Hamplová a kol, 2013. s. 165). Arteria coronaria dextra a arteria coronaria sinistra procházejí v srdeční brázdě (Hudák, Kachlík a kol, 2013. s. 274).

Pravá věňčitá tepna vychází z pravého aortálního sinusu. Vyživuje pravou komoru, sinoatriální uzel, pravou síň a také částečně vyživuje zadní stěnu levé síně (Hudák, Kachlík a kol, 2013. s. 274).

Levá věčítá tepna se dělí na ramus interventricularis anterior a ramus circumflexus. Zadní stěnu levé komory zásobuje ramus circumflexus, který vede do nodus atrioventricularis. Ramus interventricularis anterior vyživuje přední stěnu levé komory (В.И. Целуйко, Н.Е. Мищук, К.Ю. Киношенко, 2012. с. 40).

2. Ischemická choroba srdeční

Ischemickou chorobou srdeční (ICHS) se označuje patologický stav, při kterém dochází k porušení prokrvení myokardu. Primárně můžeme ICHS rozdělit na akutní formy (akutní infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris a náhlá smrt) a chronické formy ischemické choroby srdeční (stabilní angina pectoris, vazospastická angina pectoris, mikrovaskulární angina pectoris (syndrom X) a také němá ischemie) (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 94).

Kardiovaskulární onemocnění jsou v současné době nejčastější příčinou úmrtí. Z této skupiny chorob je nejvíce frekventovaná právě ICHS. Od 80. let lze zaznamenat pokles mortality důsledkem modernizace v medicíně, kvalitnější léčbou a rychlejší a efektivnější detekcí (Staněk, 2014, s. 112).

2.1. Klinický obraz

Hlavním klinickým projevem onemocnění ICHS bývá svíravá bolest na hrudi po námaze, tzv. stenokardie, při které nedochází k dilataci koronární tepny a zvýšení průtoku krve. Stenokardii lze rozdělit dle zátěže na:

- I. stupeň – maximální
- II. stupeň – běžná
- III: stupeň – menší než běžná
- IV. stupeň – klidová

(Kaláb, 2013, s. 61-62)

Bolesti může pacient cítit lokálně v různých částech těla. Obvykle to je na hrudi, dolních a horních končetinách nebo v dolní čelisti. Délka bývá odlišná dle zátěže a podnětu, který stenokardii vyvolal. Interval může trvat až několik desítek minut. Podnětem je většinou psychická nebo fyzická zátěž (stres, sport, sexuální aktivita) (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 95).

2.1.1. Akutní formy ICHS

Souhrn klinických symptomů se v odborné literatuře označuje jako akutní koronární syndrom. Hlavní příčinou, při které vzniká AKS, je akutní ischemie myokardu.

Akutní infarkt myokardu je definovaný jako ložisko ischemické nekrózy v důsledku absolutního nebo relativního nedostatečného prokrvení, jehož nejčastější etiologií jsou změny v aterosklerotickém plátu a jeho ruptura a následná trombóza.

Pokud se nekróza u akutní ischemie myokardu nevyvine, definujeme stav jako nestabilní angina pectoris (Navrátil, 2017, s. 120).

Uzávěr koronárních tepen může být z jiného důvodu např. obturace cévy embolem, poranění nebo disekce aorty. Nejfrekventovanějším zasaženým místem během AIM bývá levá komora, ovšem může se vyskytnout i v jiné části srdce (Sovová, 2014, s. 101).

Nestabilní AP (NAP) je jednou z forem akutní ischemie. Označit ji můžeme intervalově do 4 týdnů od počátku. Jedná se o nově vzniklou námahovou nebo klidovou anginu pectoris (Sovová, 2014, s. 100). V moderní době lze NAP klasifikovat dle laboratorních hodnot troponinu. Sestra musí kontrolovat hodnoty a celkový stav pacienta. Výsledkem je vyhodnocení, zdali se jedná o AIM nebo NAP na základě dynamiky srdečních enzymů (Adámková a kol, 2010, s. 33).

Náhlou smrt lze definovat jako úmrtí, které nastane během doby od počátku komplikací až do doby 60 minut od jejich počátku. Většinou jde o maligní arytmii, která je součástí akutního koronárního syndromu. Příčinou je AIM nebo ischemická choroba srdeční. ICHS bývá přítomna až ve 80% případech náhlé smrti (Adámková a kol, 2010, s. 34).

2.1.2. Chronické formy ICHS

Chronické formy ischemické choroby srdeční můžeme zařadit stabilní anginu pectoris, vazospastickou anginu pectoris, mikrovaskulární anginu pectoris a také němou ischemie.

Při **stabilní angina pectoris** se jedná o myokardiální ischemii, jejíž vývoj je dlouhodobě stálý. Obvyklými projevy jsou stenokardie nebo charakteristické bolesti v oblasti sternu (Navrátil a kol, 2017, s. 123). Obvykle se bolesti vyskytnou v oblasti levého ramene, krku, dolní čelisti, mezi lopatkami, levou patní oblastí a trvá do 10-15 minut (Adámková, 2010, s. 34). Myokard má zvýšenou spotřebu kyslíku a jeho nedostatečné zásobování je hlavní příčinou stabilní AP. Tento typ anginy pectoris se vyskytuje především u mužů. Naopak ženy mají netypické příznaky, můžeme mezi ně zařadit dušnost při cvičení a zvýšenou únavu (Skalická, Táborský, 2016, s. 134).

Vazospastická angina pectoris je popsána jako bolest vyplývající ze spontánního spasmu srdečních cév. Křeč se obvykle vyskytuje u pacienta po vzbuzení v dopoledních hodinách a v uvolněném stavu. Také se projevuje v artériích s aterosklerotickou plaketou (Sovová, 2014, s. 99).

V době, kdy se ischemická choroba srdeční postupně zvyšuje nebo naopak mizí, dochází ke změně rytmu, který může způsobit maligní arytmii (Staněk, 2014, s. 150). Přes

veškeré vědecké úsilí se ještě nepodařilo příčinu křečí ozřejmit. Obvykle příznaky vazospastické AP probíhají od dvou do šesti měsíců. Nemoc zanikne, jestliže v tu dobu nevznikne náhlá smrt nebo IM (Staněk, 2014, s.150).

Mikrovaskulární *angina pectoris* (syndrom X) představuje patologický stav, který je charakterizován přítomností příznaků ischemie myokardu (typické záchvaty anginy pectoris a deprese segmentu ST trvající déle než 1 minutu, stanovené při 48hodinové monitoraci EKG), ale nebyla prokázána ateroskleróza a spasmy věnčitých tepen na koronarografickém vyšetření. Riziko vzniku tohoto patologického stavu je vyšší u žen, zejména v postmenopauzálním období. Kromě toho může být frekvence kardiálního syndromu vyšší, pokud se jedná o pacienty s psychickými problémy a poruchami citlivosti na bolest (Чепуренко, Шавкута, Булгакова, 2017, с. 71).

Němá ischemie je běžnou formou onemocnění u bezpříznakových pacientů a pacientů u kterých už byl prodělán infarkt myokardu (Sovova, 2014, s. 98). Staněk uvádí, že 80 % pacientů trpících klasickou formou anginy pectoris může probíhat bez příznaků bolesti. (Staněk, 2014, s. 150). Němá ischemie může být komplikací nemocí, která postihují nervová zakončení, mezi tyto patří například diabetes mellitus, různé autoimunitní záněty, hypertenze u starších pacientů a další (Staněk, 2014, s. 150). Absence bolesti při němé ischemii neznamena, že pacient je zdravý, ale naopak pacient může dokonce náhle zemřít. Proto nemocní, kteří jsou ohroženi onemocněním kardiovaskulárního systému a mají riziko němé ischemie, musí častěji chodit na kontroly (Sovová, 2014, s. 98).

2.2. Farmakologická léčba ischemické choroby srdeční

Léková léčba zmírní příznaky stenokardie a zkvalitňuje život pacienta s ICHS (Vítovec, 2018, s. 58).

Antianginózní léčba – do této léčby patří skupiny léků jako jsou nitráty, blokátory vápníkových kanálů a betablokátory (Vítovec, 2018, s. 60).

Nitráty jsou skupina léků s dlouhodobým účinkem, které jsou předepsány ve většině případů 1x nebo 2x denně ráno a v poledne k léčbě stabilních forem anginy pectoris (Adámková, 2010, s. 45). Dlouhodobé užívání nitrátů může vést k vývoji tolerance, což znamená ztrátu účinku (Staněk, 2014, s. 159). Pacienti s ischemickou chorobou srdeční by měli mít vždy nitráty u sebe v případě záchvatu stenokardie, a také by měli být seznámeni s pokyny pro správné používání těchto léků a mít dost informací, jak často je mohou brát (Staněk, 2014, s. 159).

Blokátory kalciových kanálů jsou předepsány pacientům s vazospastickou anginou pectoris, ale nedoporučuje se je užívat k léčbě stabilní AP. Spíše je tato skupina léků předepsána k léčbě arteriální hypertenze (Adámková, 2010, s. 46).

Betablokátory zpomalují srdeční činnost a evidentně snižují počet úmrtí nemocných s chronickou formou ischemie (Staněk, 2014, s. 158). Antianginózní účinek betablokátorů je spojen s jejich schopností snížit srdeční frekvenci a snížit kontraktilitu myokardu, což snižuje srdeční činnost a spotřebu kyslíku myokardem při námaze. Před několika lety se betablokátory předepisovaly téměř každému pacientovi s ischemickou chorobou srdeční (Vítovec, 2018, s. 61).

3. Ateroskleróza

Ateroskleróza spadá mezi závažná chronická onemocnění, při kterém se na stěny cév ukládá cholesterol ve formě plaku. Z tohoto důvodu se cévní stěny ztuhují, tvrdnou a ztrácejí pružnost. Tepna se zužuje, krevní proud je obtížný (Bulava, 2017, s. 293).

Do rizikové skupiny jsou zahrnuti lidé s arteriální hypertenzí, s diabetes mellitus a kuřáci (Navrátil, 2017, s. 113).

3.1. Patogeneze

Patogeneze aterosklerózy bere v úvahu všechny faktory, které přispívají k jeho rozvoji, ale především ty, které vedou k aterogenní lipoproteinémii a zvýšení propustnosti membrán stěny tepen. S nimi souvisí dále poškození endotelu tepen, hromadění modifikovaných lipoproteinů v intimě, neregulované zachytávání aterogenních lipoproteinů intimovými buňkami, proliferace buněk hladkého svalstva a makrofágů s následnou transformací do takzvaných pěnových buněk, které se podílejí na vývoji všech aterosklerotických změn.

Poškození se netýká mechanického traumatu endotelu, ale jeho dysfunkce, která se projevuje zvýšenou propustností a přilnavostí a také se zvyšuje sekrece prokoagulačních a vazokonstrikčních faktorů. Dysfunkci endotelu můžou způsobit infekční činitla (zejména herpes viry), toxické sloučeniny (některé složky tabákového kouře), nadměrné hladiny hormonů (diabetes), hemodynamické faktory (arteriální hypertenze). Nicméně hypercholesterolemie působí jako nejdůležitější škodlivý faktor. Ukazuje se, že u hypercholesterolemie se struktura endotelie mění. Zvyšuje se obsah cholesterolu ku fosfolipidům v endoteliální membráně buněk, což vede k narušení bariérové funkce endotelu a zvýšení jeho propustnosti pro lipoproteiny (Kolář, 2009, s. 110).

3.2. Edukace sestrou v prevenci aterosklerózy

Nejlepší léčbou aterosklerózy je její prevence a to **primární**. Je nezbytné, aby se zabránilo vzniku prvních příznaků onemocnění, což umožní překonat aterosklerózu již v počátečních fázích. Sestra doporučí pacientovi konzumaci zdravé stravy, nekonzumovat tučné potraviny, snažit se dodržovat přiměřenou váhu a aby BMI nepřesahovalo 25 kg/ m, konzumovat více rostlinných tuků než živočišných, snažit se, aby v jídelníčku byli ořechy, zvýšit příjem ovoce a zeleniny tak, aby denně vyházelo cca 600 g, a také. Sestra edukuje pacienta o dodržování pitného režimu cca 1,5 - 2 l/denně, zvýšit příjem ryb a rybních výrobků, a také povinné odvykání kouření (Tothová, Chloubová, 2019, s. 95). V případě, že pacient trpí hypertenzí, sestra edukuje pacienta o nutnosti podporování normálních

hodnot krevního tlaku, jakož i přijetí léků na tlak. V tomto případě to vše může ovládat pacient sám a lékař mu v tom může pomoci, ale bez spolupráce pacienta a doktora není možné dosáhnout dobrých výsledků (Kolář, 2009, s. 112).

U nemocných po prodělaném infarktu myokardu či CMP, aby se zabránilo opakování onemocnění, musí pacient dodržovat obecné zásady prevence vzniku aterosklerózy dietní opatření zaměřené na snížení hladiny cholesterolu v krvi a jeho usazenin na stěnách cév. Důležitou roli v prevenci onemocnění hraje sport a zdravý životní styl (Kolář, 2009, s. 112).

3.3. Farmakologická léčba aterosklerózy

Hlavním cílem léčby je normalizace hladiny LDL cholesterolu v krvi. Kromě dietní léčby a režimových opatření do léčby zahrnujeme příjem léků ze skupiny statinů a antiagregantů, které brání dalšímu růstu aterosklerotických plátů a tvorbě krevních sraženin na jejich povrchu. Léky jsou předepsány pro trvalé nebo dlouhodobé užívání (Kolář, 2009, s. 116-117).

3.4. Rizikové faktory

Vzniku ICHS a aterosklerózy se účastní mnoho vnějších a vnitřních faktorů. Některé z nich jsou fyziologické a biochemické, osobnostní a životospráva.

Mezi fyziologické a biochemické faktory můžeme zařadit hormonální poruchy, diabetes mellitus, nadváhu, hypertenzi, zvýšenou koncentraci homocysteinu nebo vysoké procento cholesterolu v krvi. Vysoký věk, stresová zátěž (okolí, práce) nebo deprese jsou důležitým článkem osobnostního popisu. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je životospráva. Užívání alkoholu, drog, kouření, špatné stravování nebo málo pohybu enormně zvyšuje šanci vzniku ICHS (Bulava, 2017, s. 298-299).

Rizikové faktory můžeme rozdělit do dvou skupin, to jsou neovlivnitelné rizikové faktory a ovlivnitelné rizikové faktory.

Do **neovlivnitelných rizikových** faktorů patří genetické faktory, věk a pohlaví. To jsou faktory, které člověk nemůže změnit.

Ovlivnitelné rizikové faktory

Kouření – zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Tabákový kouř způsobuje uvolňování adrenalinu do těla, v reakci na něj se malé cévy, kapiláry a arterioly zužují, což má za následek zvýšení krevního tlaku. Látky v tabáku také poškozují stěny cév a tím vzniká riziko vzniku trombů a zvyšuje se riziko vzniku aterosklerotických plátů. U

kuřáků ve středním věku 36-40 let, je riziko kardiovaskulárních onemocnění mnohem vyšší než u nekuřáků ve stejném věku (Staněk, 2014, s. 71).

Arteriální hypertenze zvyšuje riziko vzniku mrtvice a srdečního selhání. Existuje několik způsobů, jak udržet krevní tlak v normě. To je dodržování diety, pravidelná fyzická aktivita a udržování stabilní tělesné hmotnosti (Rosolová, 2013, s. 79).

Nadváha – je dalším z nejčastějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Vysoký index tělesné hmotnosti společně s diabetes mellitus a také zvýšený obsah cholesterolu v organismu, může zvýšit riziko vzniku aterosklerózy (Rosolová, 2013, s. 59).

Jednou z hlavních a nezávislých příčin ICHS je **diabetes mellitus**. Jedná se o chronické postižení způsobené insuficiencí inzulínu v tkáních nebo pankreatu. Šance vzniku některé ze srdečních příhod je 3x větší u osob s diabetes mellitus (Staněk, 2014, s. 308). Kolem 6% obyvatelstva ČR trpí DM. Adámková uvádí, že od začátku 21. století se zvýšil počet pacientů trpících diabetes mellitus. U diabetiků se ischemická choroba srdeční vyskytuje 2x častěji než u lidí, kteří jí nejsou postiženi. Ve 21. století je diabetes mellitus považován jako kardiovaskulární nemoc, jelikož každý 3. pacient z celkové populace, který trpí nějakým druhem kardiovaskulárního onemocnění, má také i diabetes mellitus (Adámková a kol, 2010, s. 59-60).

Do rizikových faktorů také patří deprese. Dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) je **depresivní onemocnění** syndrom trvající nejméně 14 dní. Tento syndrom má několik symptomů. Mezi ně můžeme zařadit nezainteresovanost, menší činorodost, intenzivní vyčerpanost, pokles sebevědomí, nespavost, nechutenství. Závažnost depresivní poruchy lze stanovit na základě množství těchto symptomů. Z neuropsychiatrického hlediska deprese patří mezi nejčastější onemocnění (Rosolová, 2013, s. 217).

„Aktivace sympatického nervového systému u deprese může být patofyziologickou spojnicí ke kardiovaskulárním chorobám. Další možnou spojnicí mezi depresivní poruchou a KV chorobami (aterosklerózou) je prozánětlivý stav“ (Rosolová, 2013, s. 219).

Deprese způsobuje vyšší šanci mortality na kardiovaskulární onemocnění, a to až na 80 % (Rosolová, 2013, s. 220).

4. Ošetrovatelská péče o pacienta podstupující PTCA

Balónková angioplastika koronární arterie nebo perkutánní transluminální koronární angioplastika (PTCA) se objevila již koncem 20. století. Angioplastika je minimální invazivní metoda chirurgického zákroku, která se používá k opravě lumen tepny. V tomto případě koronární angioplastika rozšiřuje jednu z koronárních tepen, která vyživuje srdeční sval. Pojmy perkutánní a transluminální znamenají, že zásah prakticky nevyžaduje žádný řez, s výjimkou řezu-punkce pro katétr. Termín balónek znamená, že na konci použitého katetru je nafukovací nádržka, která rozšiřuje cévu v místě stenózy (Kolář, 2009, s. 333).

V případě úspěchu perkutánní koronární angioplastika odstraňuje příznaky ischemické choroby srdeční, zlepšuje prognózu u pacientů s anginou pectoris a také minimalizuje, nebo zastavuje infarkt myokardu bez nutnosti provádět operace jako je aortokoronární bypass (Kolektiv autorů, 2013, s. 216).

4.1. Indikace k PTCA

Indikace pro provádění PTCA se prakticky neliší od indikace pro kardiochirurgickou léčbu. Je těžší vybrat správnou léčbu těžce nemocným lidem, protože je pro ně stejné riziko jak intervenční, tak chirurgické řešení. Lékaři musí vždy před zákrokem pacientovi sdělit nejruznější komplikace, a to jak během zákroku, tak po něm. Poté, co pacient dá svůj souhlas k léčbě, kardiologové zváží všechny výhody a nevýhody, zvolí pro pacienta vhodnou metodu – katetrizační nebo chirurgickou. Poslední slovo o výběru nejlepší léčby stojí za týmem na kardiochirurgickém sále, který tento výkon provede.

Správnost léčby se hodnotí pomocí angiografického nálezu koronárních tepen. Říká se, že nebezpečné pro pacienta je zúžení tepny více než 50 % (Kolář, 2009, s. 334).

4.1.1. Klinické indikace

Častou indikací k PTCA je stabilní a nestabilní angina pectoris. Jsou situace, kdy pacient má pozitivní zátěžový test, ale na druhou stranu neexistují žádné známky stenokardie, v tomto případě také se indikují PTCA. Angioplastika je příznivou léčbou pro pacienty, kteří podstoupili jednu bypass. Po návratu příznaků onemocnění je nejlepší metodou oproti opakovanému bypassu.

Pokud má pacient zúžení koronárních tepen více než 50 %, tj. pacient má výraznou stenózu, za takových podmínek je pacient indikován na PTCA (Kolář, 2009, s. 336).

4.2. Kontraindikace PTCA

Při stentování koronárních tepen je nutné použít antitrombocytární terapii, proto kontraindikace této terapie je i hlavní kontraindikací PTCA. Stentování nemůže být také provedeno u pacientů s akutním a chronickým selháním ledvin, s krvácením do trávicího traktu, akutní mrtvicí a závažnými formami anémie. Provádění angioplastiky může být nemožné, pokud má pacient závažné formy psychologických onemocnění. Jako kontraindikace může také sloužit přímé odmítnutí pacienta tohoto postupu. Pokud má pacient v anamnéze anafylaktickou reakci na kontrastní látku, která bude použita při intervenčním výkonu, výkon nemůže být proveden. Přístup do cévního řečiště může být také obtížný za přítomnosti závažných onemocnění periferních cév, což může naopak ztěžovat nebo znemožnit provedení výkonu. Plicní edém nebo těžká koagulopatie jsou také kontraindikací pro provádění perkutánní angioplastiky.

Některé z výše uvedených kontraindikací mohou mít dočasný nebo reverzibilní charakter, což znamená, že výkon může být proveden, když to pacientův stav dovolí. Dočasně odložené výkony mohou výrazně snížit riziko komplikací (Бокерия, Глоховая, 2011, c. 225).

4.3. Příprava pacienta a úloha sestry před výkonem PTCA

Jeden z velmi důležitých faktorů, na které je třeba se před výkonem zaměřit, je i pacientovo duševní pohoda. Vhodná je psychologická intervence a umožnění kontaktu s příbuznými. Nemocný by se měl cítit v klidu, aby všechny procesy v těle probíhaly v normálním režimu. Pacientovi je třeba před výkonem vysvětlit jeho průběh a nastínit, jak dlouho bude trvat. Upozornit ho, že je potřeba dodržování pravidel a instrukcí, které mu sdělí sestra den před výkonem. Pacient má také právo vědět o nejrůznějších komplikacích a rizicích, a to jak během výkonu, tak i po něm. Sestra by měla říct pacientovi o provádění lokální anestezie. Za prvé po provedení lokální anestézie by pacient neměl cítit bolest v místě vpichu. Sestra musí dále informovat pacienta, že při aplikaci kontrastní látky do katetru zavedeného do arterie pacient může cítit teplo, což je při tomto postupu normální reakce. Vhodné znovu promluvit s pacientem a vysvětlit mu nadcházející výkon. Odpovědi na všechny jeho otázky a vysvětlení všech procesů PTCA obvykle přinášejí pacientovi pocit klidu a důvěry, použití uklidňujících léčiv v takových případech proto není nutné. Podávání léku Diazepam 5-10 mg i.m. je vyžadováno v případech, kdy je pacient velmi úzkostlivý a po psychické stránce se necítí dobře, má strach a obavy. V den konání intervenčního výkonu by měl být pacient lačný. Sestra doporučí pacientovi, aby provedl

hygienu celého těla při plánovaném výkonem a vysvětlí průběh výkonů, stejně jako podat celou medikamentózní léčbu, kterou naordinoval lékař před intervenční léčbou. Sestra by měla pacientovi před výkonem oholit obě třísla, v případě, jestli se nepodaří zavést katetr přes jedno tříslu, aby lékař hned měl připravené druhé. Sestra edukuje pacienta o tom, že na katetrizačním sále ho převezme sálová sestra a vysvětlí mu, že po celou dobu výkonu pacient bude moci komunikovat s lékařem, sestrou a dalším katetrizačním týmem. Také sestra řekne pacientovi, že po dobu výkonu se nesmí hýbat končetinami, také, že během výkonu bude napojen na monitor, budou se mu měřit fyzikální funkce (Kolář, 2009, s. 77).

4.4. Technika PTCA a úloha sestry na katetrizačním sále

Před plánovanou PTCA připravíme pacienta podobnou metodou jako na SKG.

2 hodiny před provedením intervenčního PTCA se podává pacientovi clopidogrel v dávce 600 mg (Skalická, Táborský, 2016, s. 141).

Práce sestry při výkonu PTCA je velmi důležitá, protože umožňuje připravit pacienta na výkon a vyhnout se možným komplikacím (Sovová, 2014, s. 228).

Přípravu k plánované PTCA dělá sestra podle požadavků katetrizačního týmu a ošetřujícího lékaře. Sestra před prováděním angioplastiky připravuje jak nástroje, tak léky, které budou podávány po celou dobu výkonu. Katetrizace se provádí na sterilním katetrizačním sále. Před zahájením výkonu je nutné provést dezinfekci katetrizačního stolu a zakrýt ho sterilní rouškou. Je důležité, aby instrumentaria používaná při výkonu perkutánní angioplastiky byla sterilní. Sálová sestra si přibírá pacienta od sestry z lůžkového oddělení, kontroluje dokumentaci, zeptá se na alergie, na lačnění a zkontroluje oholení obou třísel. Uloží pacienta na vyšetřovací stůl a přikryje ho rouškou. Sestra také napojí pacienta na 12 svodové EKG, změří fyziologické funkce, v případě, že nemá zavedenou PŽK, zavede ji. Od té doby sleduje celkový stav pacienta do konce provedení výkonu a předání pacienta na lůžkové oddělení (Kolář, 2009, s. 339-340).

Sestra po celou dobu výkonu asistuje lékaři, podává mu instrumentaria a katetry a neustále je ve střehu, kdyby došlo ke komplikaci jako je fibrilace komor. V tomto případě je nutné, aby sestra okamžitě zasáhla a provedla defibrilaci, případně zahájila resuscitaci.

Obvykle se operace provádí v lokální anestezii po dezinfekci pravého tříselného záhybu přes malý řez kůže, přes který je následně do a. femoralis zaveden tenký vodič. Je také možnost zavést vodič do a. radialis. Pod rentgenovou kontrolou se vede vodič na místo zúžení tepny definované stejným způsobem rentgenovým kontrastem. Pomocí vodiče se pak sune katétr se stlačenou lahví na konci do místa stenózy, vodič je následně

extrahován. Aby se zabránilo agregaci krevních destiček v místě stenózy, před a během výkonu sestra podává lék, který zabraňuje srážení krve a další dle ordinace lékaře.

V případě, že vodič byl zaveden přes a. radialis, po výkonu je lékařem provádějícím výkon odstraněn katetr z tepny pacienta a na tomto místě je aplikován kompresivní náramek (TR Band) s nafouknutým balónkem (Kolář, 2009, s. 333-334).

4.5. Úloha sestry po výkonu PTCA

Sestra po příjezdu pacienta na oddělení natočí 12 svodové EKG, změří puls, krevní tlak a SpO₂. V případě, že je výkon prováděn na a. radialis sestra musí hlídat místo vpichu, aby se zabránilo masivnímu krvácení a tvorbě hematomu. Sestra také každých 30 minut po dobu dvou hodin odsává 2 ml vzduchu z balónku na ruce pacienta. Pacientovi se doporučuje být v klidu na lůžku cca 10 až 24 hodin.

V případě katetru zavedeného do arterie femoralis se tento odstraňuje opět lékařem na lůžkovém oddělení. Přimo po jeho odstranění sestra stlačuje 15 minut místo vpichu a pak obvazuje elastickým obinadlem cca na 8 hodin. Po tuto dobu pacientovi se doporučuje udržovat klid na lůžku. Všechny svoje postupy sestra zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (Kolář, 2009, s. 339-340).

Kontrastní látka může poškodit ledviny, proto je třeba před a po provedení perkutánní angioplastiky pacientovi zajistit dostatečnou hydrataci, čímž se snižuje riziko poškození ledvin kontrastní látkou. Proto sestra edukuje pacienta o nutnosti provést krevní test na úroveň hladiny kardiomarkerů. Odběr krve se obvykle provádí za 8-16 hodin po PTCA, ale každé pracoviště to dělá podle svých zvyklostí.

Druhý den po operaci může být pacient propuštěn s doporučením nezvedat závaží po dobu jednoho týdne. Po propuštění do domácího ošetřování sestra musí připomenout pacientovi, aby nezapomínal na pravidelné užívání antiagregačních léků, aby se minimalizovalo riziko vzniků trombózy (Kolář, 2009, s. 333-340).

5. Kardiologická léčba (CABG)

V roce 1960 Goetze a jeho tým poprvé popsali chirurgickou formou revaskularizace myokardu, která se nazývá aortokoronární bypass. Vzhledem k dlouhodobé průchodnosti arteriálních štepů je v současné době pro transplantaci ve většině případů použita tepna než žíla, jak to původně bylo (Kala, Němec, Želízko, Pirk, Widimský, 2011, s. 6).

Revaskularizace myokardu se ještě nazývá zkráceně CABG (coronary artery bypass grafts). Bypass se nazývá štěp vzatý z vena saphena, nebo jakékoliv jiné vhodné tepny. Během operace kardiolog přišije jednu část štepů do stěny aorty a druhou část pod zúžené místo koronární tepny. Ve většině případů chirurgický tým na operačním sále rozhoduje o použití arteria mammaria interna. Aortokoronární bypass je velmi výhodná metoda léčby anginy pectoris, protože životnost štepů je poměrně dlouhodobá (Kolář, 2009, s. 340). Životnost bypassu závisí na použitém štepě. Pokud si po nějaké době po aortokoronárním bypassu pacient opět stěžuje na anginu pectoris, pošle ho kardiolog na koronární angiografii (Adámková, 2018, s. 14).

5.1. Indikace k CABG

Celosvětově je ischemická choroba srdeční hlavní příčinou úmrtnosti. Operační zákrok je doporučován pacientům, kteří jsou již rezistentní na medikamentózní léčbu a v okamžiku, kdy pacient již nemůže vykonávat běžnou fyzickou aktivitu, svou práci atd (Kolář, 2009, s. 341).

Jednou z hlavních indikací ke kardiologické léčbě pacientů se stabilní angínou pectoris je zúžení koronárních tepen, tj. stenóza třech hlavních větví tepen. Pro provedení operace je nutné zajistit dostatečnou šířku tepen pod stenózou. Pouze stav s dostatečně širokými tepnami větvěteho řečiště může technicky umožnit tuto operaci (Kolář, 2009, s. 341).

5.2. Operační riziko CABG

Mezi hlavní rizikové faktory, které hodnotí chirurg, patří diabetes mellitus, srdeční selhání a také porucha funkce ledvin (Джищева, Орлов, Егоров, Захарова, Варенцов, 2016, c. 1316–1320).

U pacientů s chronickou stabilní angínou pectoris může být riziko úmrtí během této operace mezi 2 až 5%. Také se operační riziko výrazně zvyšuje u starších pacientů, když jejich věk přesahuje 75 let, a u pacientů po včasné prodělaném infarktu myokardu. Výrazně vysoké riziko úmrtí hrozí u pacientů s diabetes mellitus, stejně jako s rozsáhlou aterosklerózou větví tepen. Také může operace skončit smrtelně u pacientů s

orgánovými poškozeními, jako jsou poškození ledvin, mozku, plic, stenóza arterií carotis a stenóza periferních tepen (Kolář, 2009, s. 341).

I přes to, že operace aortokoronárního bypassu obsahuje velké množství operačních rizik a riziko úmrtí, je CABG považován za nejlepší způsob revaskularizace myokardu v dnešní době (Борисов, Зотов, Троицкий, Хабазов, 2018, с. 967).

5.3. Komplikace CABG

Mezi nejčastější komplikace po kardiochirurgickém zákroku patří plicní embolie, diabetes mellitus, poškození plicních funkcí, poruchy funkce ledvin, alergie a krvácení.

Nejčastější komplikaci v pooperačním období je **plicní embolie**. V periferní žíle může dojít k vytvoření sraženiny, která se může utrhnout a embolizovat přes pravé srdce a a. pulmonales do plic. Embolus pak způsobí bariéru v plicním krevním oběhu (Slezáková, 2019, s. 45).

Jednou z častých komplikací v pooperačním období je zánět plic. Jedná se o bronchopneumonii a o syndromu akutní dechové tísně. Při tomto syndromu je potřeba, aby pacient byl na plicním ventilátoru mnohem déle, než obvykle tj. aby ventilátor udržoval jeho dýchání. Bronchopneumonie se vyskytuje velmi často v pooperačním období (Slezáková, 2019, s. 42).

Při možných aplikacích krevních derivátů, náhradních roztoků, při uspaní pacienta, a také vlivem traumat způsobených operátorem, může dojít k **poruše funkce ledvin** během chirurgického zákroku (Slezáková, 2019, s. 49).

Jedna z nejčastějších a hrozivých komplikací časného pooperačního období je **krvácení**. Může být pod kůží a projevit se jako hematoma. Při masivním krvácení může krev prosakovat přes obvaz. Ke krvácení může také dojít u pacientů v pooperačním období v důsledku prasknutí stehů, anebo při prudkém zvýšení krevního tlaku (Slezáková, 2019, s. 55).

Alergická reakce častěji postihuje ženy než muže, a to ať už je to alergie na potraviny nebo léky. První příznaky, které ukazují na alergickou reakci, jsou kožní vyrážka, zvýšená tělesná teplota, nebo v nejhorším případě astmatický záchvat nebo krvácení (Janíková, 2013, s. 51).

5.4. Ošetřovatelská péče o pacienta podstupující výkon CABG

Aby se předešlo většině operačních komplikací, je nutné stabilizovat stav pacienta před kardiochirurgickým zákrokem. Aby se zabránilo vzniku cévní mozkové příhody během operačního zákroku u pacienta s aterosklerózou karotid, je před chirurgickým

výkonem nutné udělat endarterektomie. Je také nutné zastavit léčbu salicyláty a antikoagulanty, aby nedošlo k masivnímu krvácení během operace. Optimální tělesná hmotnost, normalizovaný krevní tlak a anginózní léčba u pacientů před plánovanou operací se také zlepšuje, protože správná příprava k výkonu zvyšuje pravděpodobnost úspěšného provedení operací a snižují riziko komplikací.

Pacienti v mladém věku, se stabilním krevním tlakem, s normální tělesnou hmotností, bez arytmie a také s normálně fungujícími ostatními systémy (plíce, ledviny, játra), mají lepší prognózu po kardiokirurgickém zákroku (Kolář, 2009, s. 341).

5.4.1. Dlouhodobá předoperační příprava před CABG

V rámci dlouhodobé přípravy pacienta k operačnímu výkonu doktor pošle nemocného na celkové interní vyšetření.

Interní vyšetření zahrnuje měření fyziologických funkcí, vyšetření moči, vyšetření krve, natočení EKG a také rentgenové vyšetření plic. Na základě zdravotního stavu pacienta ošetřující lékař může pacienta poslat i na další vyšetření před plánovanou operací (Slezáková, 2019, s. 35).

5.4.2. Krátkodobá předoperační příprava před CABG

V této předoperační přípravě jsou:

Psychická příprava. Minimalizovat pocit strachu a úzkosti u pacienta v předoperačním období je hlavním úkolem zdravotnického personálu během psychologické přípravy. Pokud se vyskytnou otázky od pacienta týkající se doby anestezie, konečného výsledku operace, pooperační bolesti apod., nelze tyto otázky podceňovat, a pokud je to možné, zdravotník musí odpovědět (Slezáková, 2019, s. 36).

Fyzická příprava. Obvykle se operace provádí nalačno, takže asi 8 hodin před provedením výkonu by pacient neměl jíst a pít. Abychom mohli snížit riziko komplikací v pooperačním období, zpravidla zavodňujeme pacienta infuzemi a také bychom měli podávat parenterální výživu v případě potřeby.

V den operačního výkonu, těsně před zákrokem, by měl mít pacient vyprázdněný močový měchýř. Na operačním sále zdravotní sestra zavede pacientovi močový katetr. Před operací nebývá nutné dělat klyzma pacientovi, to zaleží na ordinaci operujícího lékaře a druhu operace.

Večer před operací se pacient koupe, mění se mu ložní a spodní prádlo. Změny stavu pacienta, které sestra zaznamenala, by měly být hlášeny lékaři. A také by měla sestra pacientovi upravit stav nehtů a vlasů.

Aby pacient psychicky lépe snášel plánovanou operaci, a aby se před ní dobře vyspal, lékař den před výkonem předepíše pacientovi sedativa.

Aby se minimalizovalo riziko pooperačních komplikací, jako je tromboembolická nemoc, používají se bandáže nebo elastické punčochy na dolní končetiny (Slezáková, 2019, s. 35).

Anesteziologická příprava. Den před blížící se operací provádí anesteziolog vyšetření celkového stavu pacienta, edukuje ho ohledně anestezie, řekne pacientovi o možných rizicích tohoto výkonu a zaznamenává informace do lékařské dokumentace (Slezáková, 2019, s. 35-36).

5.4.3. Bezprostřední předoperační příprava před CABG

Provádí se 2 hodiny před operací. Zdravotní sestra musí zkontrolovat dokumentaci pacienta. Na závěr sestra zkontroluje, jestli pacient během noci byl lačný, nepil a dodržoval všechna pravidla která nařizuje nemocnice. Sestra by měla provést kontrolu operačního pole, zkontrolovat, zda pacient má na sobě bandáže dolních končetin a také podá premedikaci kterou před tím naordinoval anesteziolog (Slezáková, 2019, s. 36).

5.5. Intraoperační péče při CABG

Časový interval od doby, kdy sestra předává pacienta ze standardního oddělení na operační sál, do doby, kdy pacienta odvezou na jednotku intenzivní péče se nazývá obdobím intraoperační péče. Skupina lékařů a zdravotníků pracujících na operačním sále poskytuje intraoperační péči. Na operačním výkonu se podílejí lékaři, sestra instrumentářka, pomocná sestra, anesteziologická sestra, anesteziolog a sanitář (Janíková, 2013, s. 40).

Součástí povinností pomocné sestry je příprava techniky, pomůcek a také pomoc v přípravě operačního týmu. Operační tým před tím, než vstoupí do operačního sálu, musí projít přes umyvárnu, kde podle všech standardů provedou hygienu rukou a teprve pak jdou přímo dovnitř operačního sálu, kde jim sestra instrumentářka pomůže obléct sterilní empíry a rukavice (Janíková, 2013, s. 40).

Každý operační sál je vybaven kvalitním osvětlením, operačním stolem, technikou (RTG, mimotělní oběh, monitory, odsávače), připraveným sterilním stolkem, nástroji a také pomůckami k zahájení KPR (Janíková, 2013, s. 41).

Sestry převezou pacienta přes takzvaný filtr, a pak ho sterilní chodbou pomocí vozíku určeného pro pacienty odvezou ho na operační sál.

Před uvedením pacienta do anestezie kontroluje sestra ještě jednou dokumentaci pacienta, jeho osobní údaje, zeptá se na alergie a zkontroluje typ výkonu, který pacient podstoupí (Janíková, 2013, s. 41).

Pacient je umístěn na operačním stole na zádech. Ruce jsou umístěny tak, aby bylo vhodné nasadit manžetu pro monitorování krevního tlaku během operace. Anesteziologická sestra má za úkol po celou dobu operace sledovat termoregulaci pacienta, aby nedošlo k podchlazení. Monitorace pacienta probíhá po celou dobu operačního výkonu a také se mu podává dle ordinace lékaře infuze, ATB apod., což je úkolem nejen anesteziologické sestry, ale i anesteziologa (Janíková, 2013, s. 40).

Poté, co lékař dokončí operaci, zaznamená do dokumentace pacienta informace o výkonu, jaké se podávaly léky, jaké byly použity nástroje po celou dobu operace, jaké množství materiálu bylo použito, tuto informaci mu sdělí sestra instrumentářka. V tuto chvíli je na dospávacím pokoji anesteziologická sestra vedle pacienta, kontroluje jeho stav, dokud se pacient nezačne probouzet z anestezie. Pak je operant převezen na jednotku intenzivní péče (Janíková, 2013, s. 42).

5.6. Pooperační ošetrovatelská péče po CABG

Péče o pacienty v pooperačním období je hlavním úkolem sestry (Drábková, 2016, s. 1-2).

Pooperační péče o pacienta může být rozdělena do dvou skupin, první to je bezprostřední péče o pacienta, což znamená preventivní péče o nemocného a minimalizace pooperačních komplikací. Následná péče je pak doba rehabilitace, například pobyt v lázních (Janíková, 2013, s. 47).

5.6.1. Bezprostřední pooperační péče

V okamžiku, kdy skončí operační proces a pacient se probudí z anestézie, začíná bezprostřední pooperační období. Pacient je na dospávacím pokoji napojen na monitor a je pod dohledem ošetrovatelského personálu. V období pooperační péče anesteziologická sestra měří pacientovi TK, dbá na vitální funkce, kontroluje celkový stav pacienta, hodnotí bolest operační rány, kontroluje stav rány, sekrece v drénech atd.

Pro pacienty v prvních hodinách po operaci by mělo být samozřejmostí důkladné sledování zdravotnickým personálem v souvislosti s možností život ohrožujících komplikací pro pacienta z hlediska dýchacího a kardiovaskulárního systému. Ohledně dýchacího systému je to zástava dechu, asfyxie (udušení) v souvislosti se zapadnutím jazyka nebo pooperačním zvracením. Úkolem zdravotní sestry je proto sledovat dýchací

pohyby hrudníku, charakter dýchání, barvu kůže a sliznic a také to, jestli se u pacienta neobjeví nevolnost a zvracení. Také by měla sestra připravit pomůcky pro KPR (Drábková, 2016, s. 1-2).

Co se týká dokumentace, tak v pooperačním období lékař v dokumentaci pacienta zaznamenává naordinované léky, v případě potřeby transfuze, různé infuze, vše, co se týká převazů operační rány atd. Sestra se pak řídí podle lékařových ordinací (Slezáková, 2019, s. 37).

Důležitým aspektem je pravidelná kontrola dýchání, aby se zabránilo plicním komplikacím. V tomto období leží pacient na zádech. Je také důležité polohovat pacienta, aby se zabránilo vzniku proleženin (Slezáková, 2019, s. 37).

5.6.2. Ranní pooperační péče

Obvykle probíhá již na standardním oddělení. Tento druh péče začíná okamžitě po bezprostřední péči. Netýká se pacientů, kteří jsou stále ve velmi závažném stavu, jsou nuceni být stále pod dohledem a napojeni na monitorech. Tito pacienti nadále zůstávají na jednotce intenzivní péče (Drábková, 2016, s. 1).

5.7. Úloha sestry v dalších dnech pooperačního období na standardní oddělení

Sestra by měla pečlivě sledovat stav a pohodu pacienta v pooperačním období a také sledovat jeho dýchací funkce, srdeční tep, bilanci tekutin, vzhled kůže, tělesnou teplotu atd. Jakékoliv odchylky musí sestra okamžitě nahlásit ošetřujícímu doktorovi (Vytečková, 2013, s. 104-105). Na základě toho, jakou operaci pacient absolvoval, lze rozhodnout o pro něho vhodné ošetrovatelské péči (Drábková, 2016, s. 1).

Sestra podle pokynů lékaře sleduje celkový stav pacienta a monitoruje jeho fyziologické funkce. Také se sestra zabývá prevencí plicních komplikací a pomáhá pacientovi v pooperačním období vstát z postele a posadit se. Sestra sleduje i psychický stav pacienta. Snaží se mu věnovat více času, vyslechne ho, bude k němu empatická, a pokud možno, odpoví na všechny otázky pacienta. Sestra pomáhá pacientovi při vykonání běžné hygieny. Provádí s pacientem dechovou rehabilitaci, která pomůže pacientovi lépe odkašlat hlen, který se vytvořil v plicích pacienta pod vlivem anestézie nebo kvůli vedlejšímu účinku analgetik. Sestra musí dbát na hydrataci pacienta. Dle ordinace lékaře podává sestra léky pacientovi. Sestra kontroluje stav operační rány, včas dělá převazy a kontroluje polohu pacienta (prevence dekubitů). Po jakékoli manipulaci s pacientem zaznamenává vše do ošetrovatelské dokumentace a také poskytuje pacientovi podrobné

informace o domácích rehabilitačních aktivitách, třeba jak provádět převazy, co může a co nemůže pacient dělat v pooperačním období doma (Vytejková, 2013, s. 104-105).

Praktická část

Formulace problému

Kardiovaskulární onemocnění jsou skupina onemocnění srdce a cév. Jsou hlavní příčinou smrti po celém světě. Každoročně umírá tolik lidí na kardiovaskulární onemocnění, kolik neumírá na jiná onemocnění. Tento problém se v různé míře dotýká zemí s nízkými a středními příjmy. Více než 80 % úmrtí na KVO se vyskytuje v těchto zemích téměř stejně u mužů i žen (Staněk, 2014. s. 112).

6. Cíl a úkoly práce

Hlavní cíl: Zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientů s uzávěrem koronárních tepen po kardiochirurgickém zákroku a intervenční PTCA.

Dílčí cíle:

1. Porovnat ošetrovatelskou péči o pacienty na kardiochirurgickém a kardiologickém oddělení.
2. Jmenovat nejčastější společné ošetrovatelské diagnózy u obou pacientů s kardiologickými potížemi.

7. Výzkumné otázky:

1. Liší se ošetrovatelská péče o pacienty po chirurgickém a po intervenčním zákroku?
2. Jaké jsou ošetrovatelské problémy u pacientů po CABG a po PTCA?

8. Charakteristika sledovaného souboru

Výběr participantů byl záměrný. Věkovy rozdíl pacientů nepřesahoval 5 let a jejich přidružená onemocnění byla podobná. Pacienti byli informováni o provedení výzkumu a podepsali informovaný souhlas. Skupina pacientů se skládala ze 2 pacientů, kdy jeden z nich byl hospitalizován na kardiologii a byl po operačním výkonu CABG, následně propuštěn do domácího ošetřování. Druhý byl hospitalizován na kardiologické klinice a absolvoval intervenční výkon PTCA, následně byl propuštěn do domácího ošetřování.

9. Metodika práce

Pro bakalářskou práci jsme zvolili metodu kvalitativního výzkumu, z důvodu získání velkého množství informací o respondentech. Nejčastějšími metodami kvalitativního výzkumu jsou metoda Focus Group a metoda hlubokého rozhovoru. Kvalitativní studie především umožňuje shromáždit rozmanitost názorů existujících ve zkoumaném problému.

Pro tento typ práce byl použit sběr dat z rozhovoru složený z 25 otázek vycházející z koncepčního modelu Marjory Gordonové. Kromě informací získaných pomocí rozhovoru jsme získali data pomocí ošetrovatelské a lékařské dokumentace a také v průběhu celého rozhovoru jsme pozorovali celkový komfort pacienta, rychlost odpovědi na otázky, psychický stav a chtění spolupracovat.

10. Organizace výzkumu

Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici Lochotín v Plzni na kardiologickém oddělení a kardiochirurgické klinice od 12. 10. do 3. 12. 2020. Pro výzkum jsme si vybrali 2 pacienty s uzávěrem koronárních tepen. Jeden pacient byl hospitalizován na kardiochirurgickém oddělení, druhý na kardiologické klinice. Výzkumné šetření probíhalo a bylo zaměřeno každý den v době odborné praxe a bylo zaměřeno na anamnézu, životní styl pacientů, předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči a péči o pacienta po intervenčním výkonu.

11. Kazuistika č. 1

11.1. Katamnéza

53 – lety pacient přijat na kardiologické oddělení 19. 10. 2020. Pacient udává, že v posledním ½ roce cítí ráno po probuzení tlakovou bolest na hrudi s propagací do levého ramene, která mizí po pohybu. Při fyzické zátěži bolest na hrudi nepozoruje. Koronarografie byla provedena cestou levé radiální tepny s nálezem významné stenózy kmene, RIA a ACD. Při hospitalizaci pacient orientován místem a časem, spolupracující, stenokardie nebyla přítomná.

11.2. Anamnéza

EA: není v karanténě.

OA: pacient v roce 2003 prodělal SKG a PCI ACD se stentem, nikotinismus, dyslipidemie, pacient má diabetes mellitus 2. typu na PAD, arteriální hypertenze, ICHDK, stav po PTA a. iliaca se stentem v roce 2004.

RA: otec ve 55 letech byl po CABG, matka žije 74 let, má ICHDK, sourozence nemá, 3 dcery – zdravé, manželka zdravá.

PA: pracuje ve firmě jako technický ředitel.

SA: ženatý, žije s manželkou a dcerami v domě.

AA: nekuří.

Abúzus: kouří 10-15 cigaret denně od 17 let.

Řízení vozidel: A, B, C, E

Léky: Anopyrin 100 mg tbl 1-0-0, Sortis 80 mg 0-0-1, Nolpaza 20 mg tbl 1-0-0, Preductal 35 mg 1-0-1, Synjardy 5/1000 1-0-1, Oltar 4 mg tbl 1-0-0, Monomack D 100 1/2-0-0, Tanatril 20 mg 1-0-0, Betaloc Zok 50 mg 1-0-0.

Lékařské diagnózy: I259 Chronická ischemická choroba srdeční, I350 Stenóza aortální chlopně, I10 Arteriální hypertenze, I742 ICHDK, E11 Diabetes mellitus 2. typu, E780 Dyslipidemie.

11.3. Objektivní nález

Pacient afebrilní, orientován místem a časem, lucidní, spolupracuje, eupnoe, kožní integrita a sliznice bez cyanózy, anikterický.

TK 100/60 **TF** 73/ min **TT** 36,5 **Váha** 93 kg **Výška** 172 cm **BMI** 32,5 (mírná obezita)

EKG: AS pravidelný, bez známek akutní ischemie.

Hlava: Skléry anikterické, spojivky růžové, sliznice DU vlhká, jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, bez povlaků, krční mandle bez zarudnutí, nos bez výtoků, horní chrup má vlastní, dolní má protézu, sliznice bez známek zarudnutí.

Krk: pohyblivý, přiměřená naplň krčních žil, karotidy hmatné, štítná žláza není zvětšena, lymfatické uzliny v normě.

Hrudník: poklep plný jasný, dýchací sklípkové čisté, AS pravidelný, šelest lehký systolický, srdeční akce pravidelná.

Břicho: diferenciální bubínkový poklep, bez známek peritoneální dráždění, měkké, nebolestivé, bez rezistence, v niveau.

DK: hybnost končetin není omezená, bez otoku, bez známek hluboké žilní trombózy.

HK: bez deformit, intravenózní vstup nemá, bez otoku, nejsou cyanotické.

Kůže: čistá bez patologických eflorescencí, bez známek bledostí, kožní turgor je v normě, jizvy 0.

11.4. Vyšetření

ORL

Fokusy před srdeční operací. Subjektivně bez ORL potíží.

Zubní vyšetření

Dle OPG odstraněny pacientovi zuby, které mohou představovat riziko fokální infekce. Nyní je bez známek obtíží.

Před plánovou hospitalizací pacient měl náběr na SARS – CoV- 19. Výsledek byl negativní.

Laboratorní vyšetření

Krevní obraz, vyšetření hemokoagulace, biochemie, vyšetření moči, moč chemický a sediment.

Zobrazovací vyšetření a ostatní

Před hospitalizací pacientovi se provádělo RTG plic a srdce, jícnové ECHO, EKG, ultrazvuk.

11.5. Základní vyšetření sestrou

Vyšetření pohledem:

Hygiena, úprava, celkový vzhled: pacient je čistý, upravený, je vidět, že se o sebe stará.

Kognitivní funkce: plně při vědomí, orientován místem a časem, plně soběstačný, spolupracuje.

Výraz tváře: normální.

Ústa: růžové, souměrné, vlhké.

Dutina ústní: jazyk plazí ve střední čáře, růžový, suchy, sliznice dutiny ústní je vlhká, růžová.

Nos: bez výtoků.

Uši: zvukovod bez sekrece, pacient slyší dobře.

Zuby: dolní zubní protéza, bez zápachu, bez potíží.

Oči: izokorické, bez známek zánětu.

Zrak: zhoršený, pacient používá brýle na čtení a na jízdu autem.

Brýle: ano, na dálku a na blízko.

Kůže: kožní turgor je normální, není zarudlý.

Končetiny: bez deformit, bez otoků, pohyblivost ve všech kloubech přiměřená.

Nehty, vlasy: upravené.

Dýchání: dušnost při námaze.

Psychický stav: má strach z operace, projevující se úzkostí.

Bolest: pacient je bez bolesti.

Výživa: bez problému.

Hmotnost: 94,5 kg, BMI – 33,5 (mírná obezita).

Výška: 168 cm.

Riziko pádu: bez rizika.

Riziko dekubitů: 26 a více (bez rizika vzniku dekubitů).

Vyšetření poslechem:

Dýchací zvuky: nejsou žádné.

Tlak krevní: 117/70 mmHg

Hlas, řeč: normální.

Komunikace: normální.

Slovní zásoba: dobrá.

Sluch: pacient slyší dobře.

Vyšetření pohmatem:

Puls: 65/ min, plný, pravidelný.

Stisk ruky: pevný.

11.6. Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace 19. 10. 2020

Pacient přijat na oddělení k plánované operace CABG, z kardiochirurgické ambulance v 11:00. Při hospitalizaci pacientovi byl nasazen na ruku identifikační náramek. Dle ordinace lékaře pacientovi byl zaveden PŽK do LHK a odebrané stěry na Covid 19. Na oddělení sestra odebrala ošetřovatelskou anamnézu, změřila pacientovi teplotu, krevní tlak, puls a saturaci kyslíkem. Také pacientovi změřili váhu a výšku. Všechno bylo zapsáno do ošetřovatelské dokumentace. Pacient byl seznámen s provozním řadem oddělení, čekajícím ho operačním výkonem a s pravý a povinností pacienta. Pote pacient podepsal souhlas z hospitalizace.

Po odebrání anamnézy sestra doprovodila pacienta na lůžko a ukázala mu kde je jeho lůžko, jak muže zazvonit na sestřičku a jak ovládat lůžko.

Medikace: Anopyrin 100 mg, Sortis 80 mg, Nolpaza 20 mg, Preductal 35 mg, Synjardy 5/1000, Oltar 4 mg, Monomack D 100, Tanatril 20 mg, Betalok Zok 50 mg.

Hodnotící škály: Při příjmu Barthelův test základních všedních činností 100 bodů – nezávislý. Glasgow Coma Scale (GCS) 15 bodů – normální stav. BMI 33,5. VAS škála bolesti - 1 představuje mírnou bolest, 10 představuje velmi závažnou bolest.: 3. Riziko vzniků dekubitů – 26 a více, bez rizika vzniku dekubitů.

Komunikace: Pacient je docela komunikativní. Odpovídá na otázky sestry stručně a jasně. Snaží se myslet pozitivně, usmívá se a rychle našel společnou řeč se spolubydlícími na pokoji.

2. den hospitalizace 20. 10. 2020

Den před plánovaným operačním výkonem. Ráno pacient provedl celkovou hygienu, vyčistil si zuby, umyl si vlasy a oholil se žiletkou, kterou měl u sebe z domova. Před snídaní sestra připravila pacientovi léky naordinované lékařem, a podala mu do kelímku na stolek vedle lůžka. Sestra upozornila pacienta na to, že má léky v kelímku a že musí je vzít po snídaní. Sestra změřila pacientovi krevní tlak (122/79), puls (65) a teplotu (36,6). Pacientovi doktorem byla naordinovaná diabetická dieta číslo 9. Kolem 8 ráno byla velká vizita. Pacient je v klidu, měl několik otázek k primářovi ohledně operačního výkonu a pooperační komplikace. Sestra edukovala pacienta o tom, že od půlnoci nesmí jíst, pit ani

kouřit cigarety. Vedle lůžka má ceduli, kde je napsáno, že musí být na lačno před výkonem.

Medikace: Anopyrin 100 mg, Sortis 80 mg, Nolpaza 20 mg, Preductal 35 mg, Synjardy 5/1000, Oltar 4 mg, Monomack D 100, Tanatril 20 mg, Betalok Zok 50 mg.

Hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností 100 bodů – nezávislý. BMI 33,5. VAS – 0, bolest neudává.

Komunikace: Dnes pacient moc nekomunikuje, vypadá docela nervózně. Na otázku sestry „Jak se máte?“ „Jak jste dnes spal?“ odpověď pacienta „Nic moc sestří. Hrozně jsem nervózní kvůli operaci. Bojím se, že se neprobudím po anestezii.“ Sestra se snaží pacienta uklidnit, nabízela knihy na přečtení, jaké mají na oddělení pro pacienty, nebo koukaní na televizi. Pacient je edukován sestrou, co jeho čeká zítra a jak bude probíhat příprava k výkonům.

3. den hospitalizace 21. 10. 2020

Ráno pacienta přišel navštívit lékař. Snídaně pacient nedostal. Po snídání si dal sprchu a poté jeho čekala premedikace. Sestra dle ordinace lékaře podala pacientovi morfin intramuskulárně. Pacient se převlekl do jednorázového empíru a jednorázovou čepici. Společně se sestrou vzali dokumentaci pacienta a na lůžku odvezli jeho na operační sál.

Ve 12:33 pacient přijat po operaci na oddělení RES. Pacient je sedován propofolem, zornice jsou myotické, izokorické. Hypotermní, extrémně zahříván. Oběhově je stabilní, podpořen noradrenalinem. Sestra pacienta napojila na monitor, na EKG křivce je vidět sinusový rytmus. Pacient je intubovaný a napojen na UPV v režimu SIMV. Odsávání každé 2 hodiny. Má zavedené 2 drény do hrudníku. Byl odebrán ASTRUP. Krevní plyny a laktát jsou v normě, hemoglobin 152 g/l.

Medikace: Noradrenalin 5 mg, Glukóza 5%, Sufentanil 100, Aktrapid, Kalium chlorid 7,45 %.

Po vysazení sedace se nemocný pomalu probouzí k plnému vědomí, je klidný, spolupracuje, hýbe končetinami dobře. Pacientovi bylo uděláno pooperační RTG plic, je v pořádku, bez akutní patologie. Ve 13:50 pacient byl extubován. Po extubaci dýchá klidně, volně. Dle ordinace lékaře pacientovi nasazeny kyslíkové brýle 3 l/minutu.

Hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností 25 bodů – vysoce závislý. VAS – 5 bodů (střední bolest) BMI 33,5. Glasgow Coma Skale (GCS) – 14 bodů (při vědomí). Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 25 bodů a více (bez rizika).

Komunikace: v pooperační době pacient moc nemluvil, jenom mohl pár krát odkývat na otázky, na které se ho ptala sestra. Například, „Slyšíte mě?“, pacient odkývne „Ano“. Sestra pacientovi vysvětlila že už je po operačním výkonu, a je na jednotce intenzivní péče. Ted je stabilní, pacient napojen na monitor, a po celou dobu na JIP bude sledován lékařem a sestrou. Pacientovi řečeno, když jeho stav bude připraveny, tak ho přeložíme na standartní oddělení zpátky. Pacient se usmál a kývnul hlavou „Ano“.

4-5. den hospitalizace 22. 10. 2020-23. 10. 2020

Z důvodu epidemiologické situaci doba hospitalizace pacienta na pooperační jednotce byla jenom jeden den.

Ráno 22. 10. 2020 provedena sestrou celková hygiena pacienta na lůžku. Pacient plně při vědomí, při vykonávání hygieny spolupracoval. Nemocný subjektivně v klidu, bez bolesti, bez dušnosti, v noci spí. Dýchání spontánní, čisté, sklípkové, symetrické.

Po hygieně proběhla malá vizita, kde lékař oznamuje, že toho dne proběhne překlad na standardní oddělení.

V 10:15 jsme přijeli pro pacienta na JIP. S sebou jsme měli patientskou postel, resuscitační batoh a kyslíkovou bombu. Převoz pacienta nebyl závažný. Ve 10:40 pacient už byl na kardiochirurgickém oddělení na mediálním pokoji. Pacient je stále monitorován a kvůli nízkému TK stále mu běží noradrenalin kontinuálně dle ordinace lékaře. Pacientovi byl změřen TK, puls a saturace. Sestra dle ordinace lékaře měřila TK a SpO2 každou hodinu.

Ráno 23.10.2020 pacientovi byla provedená hygiena na lůžku. Pacient se s pomocí sestry oholil vousy (žiletka měl u sebe z domova). Po hygieně proběhla, po které jsme se sestrou udělali převaz operační rány. Před obědem stoupla TT na 38 stupňů celsia. Toho dne provedeny odběry ASTRUP – a, arteriálního a venózního. Dle ordinace lékaře nasazeny kyslíkové brýle 3 ml/ minutu. TT celý den 38. Lékař dále naordinoval antibiotika. Dnes se již pacient mohl najíst (k snídání měl hořký čaj a chleba s máslem). Když jsem se ho zeptala, jestli mu chutnalo, s úsměvem odpověděl „Jako nikdy.“. Vzhledem k dobré atmosféře jsem pacienta požádala o zodpovězení několika mých otázek, tuto moji žádost zdvořile odmítl (cítil se unavený a chtěl si odpočinout). Nechala jsem ho tedy odpočívat a domluvili jsme se, že si popovídáme za pár dni.

Medikace: Noradrenalin 5 mg, Sufentanil 100, Actrapid, Kalium chlorid 7,45, Amoksiklav.

Hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností – 45 (střední závislost) Glasgow Coma Skale (GCS) – 14 bodů (při vědomí). Riziko vzniků dekubitu dle Nortonové – 25 bodů a více (bez rizika). VAS – 5 bodů (střední bolest). BMI 33,5.

Komunikace: ráno pacient komunikoval velmi dobře, odpovídal na otázky, byl docela usmívavý. Odpoledne se mu nějak zhoršila nálada, nechtěl mluvit ani s rodinou, která mu volala. Nabízeli jsme, jestli chce abychom zapnuli televizi, pacient odkýval, že nechce. Tak jsme ho nechali odpočnout.

6. den hospitalizace 24. 10. 2020

Ráno se pacient snažil provést hygienu své pomoci. K snídani měl kávu bez cukru, chleba s diabetickým džemem. Po snídání jsme ve spolupráce se sestrou udělali převaz hrudníku. Rána vypadá dobře, není zarudlá, nejsou známky zánětu, jizva klidná. Pacient je stále monitorován a má zavedené drény. Dle ordinace lékaře ode dneška PMK ex. V 11 hodin dopoledne pacientovi se dělalo ECHO srdce. Dnes za pacientem byla fyzioterapeutka, posazovala pacienta a chodili spolu po pokoji. Odpoledne pacientovi se zvýšila teplota nad 37. Dnes pacient byl na velké. Bylo vidět, že je mu trapno říct sestřím o gramofon, ale on chápal že nemá jinou možnost. Stolice normální barvy, normální konzistence. Datum poslední stolice ráno 20. 10. 2020. Dnes se také měnil PŽK. Pacient je v dobré náladě. Večer se měřilo krevní tlak a teplota. Po celý den pacient relativně bez bolesti v oblasti operační rány, bez dušnosti, při vědomí, orientován místem a časem.

Medikace: Noradrenalin 5 mg/50 ml, Sufentanil 100 mg/50 ml, FR + 40 ml, KCL, Cordarone 300 mg/100 ml FR, Rosucard 20 mg.

Hodnotící škály: VAS – 4 bodů (střední bolest). BMI 33,5. (GCS) – 15 bodů (při vědomí). Barthelův test základních všedních činností 65 bodů – (lehká závislost). Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 25 bodů a více (bez rizika).

Komunikace: pacient se vzbudil v dobré náladě, spolupracoval se sestrami. Volal dnes s rodinou, říkal že se těší až se uvidí. Pacient si sám zavolal nejlepšímu kamarádovi, pote měl ještě lepší náladu. Byla jsem docela ráda za to, jak se zlepšil psychický stav pacienta.

7-8. den hospitalizace 25. 10. 2020 – 26. 10. 2020

Po ranní hygieně pacient dostal snídane. Po snídani byla dechová rehabilitace s paní fyzioterapeutkou. Potom jsme odvezli pacienta na vozík na CT mozku dle ordinace ošetřujícího lékaře. Podle popisu lékaře mozek bez ložiskových změn, bez známek intrakraniálního krvácení. Tlak krevní je stále nízký a tělesná teplota drží nad 37. Dnes odstranění drénu, pacient to zvládl velmi dobře. Sestra provedla převaz operační rány.

26. 10 pacient byl přeložen na samostatný pokoj z důvodu podezření na Covid – 19, ráno se dělali stery. Je vztekly na lékaře a sestry kvůli informace, že nakonec může být Covid pozitivní. Po odběru pacientovi přinesli snídane a tabletky. Dle každodenního standartu sestra změřila krevní tlak, puls a udělala převaz operační rány. Všechno se zaznamenává do dokumentace pacienta.

Medikace: FR+ 40 ml 7.5% KCL/ 2 hod, Actrapid kontinuálně, Noradrenalin 5 mg/ 150 ml.

Tabletky: Sortis 80 mg, KCL 2 tbl, Furon 40 mg, Egilok 12.5 mg, Controloc 40 mg, Aulin 100 mg.

Hodnotící škály: Riziko vzniků dekubitu dle Nortonové – 25 bodů a více (bez rizika). VAS – 4 bodů (střední bolest). BMI 33,5. (GCS) – 15 bodů (při vědomí). Barthelův test základních všedních činností 80 bodů – (lehká závislost).

Komunikace: snažila jsem uklidnit pacienta, ale nepodařilo se mi. Pacient chtěl mluvit s doktorem. Sestra zavolala lékaře, trochu se podařilo uklidnit pacienta. Pote, když lékař odešel pacient nám řekl, že se velmi těší domů a nechce nějaké další onemocnění.

9–10. den hospitalizace 27. 10. 2020 – 28. 10. 2020

Ráno pacient je v dobré náladě. Subjektivně v klidu, bolesti v oblasti operační rány neudává, bez dušnosti. V noci spal dobře. Před snídání a vizitou se provedl ranní hygienu, oholil se. Neměl dnes chuť na kávu, poprosil si čaj a k tomu si dal chleba, sýr a pluků jablka. Dle primáře CŽK od 28. 10 ex. Kolem 10 hodiny s fyzioterapeutkou byla prováděná dechová rehabilitace. Po celý den bolest neudával. Před obědem sestrou proveden převaz operační rány. Odpoledne pacient nahlásil sestře, že je vyprázdněný. Všechno bylo zaznamenáno do dokumentace pacienta. Dle ordinace ošetřujícího lékaře 28. 10 se musí udělat kontrolní výtěr na Covid 19. Výsledek na Covid 19 z předchozího dne již negativní.

Medikace: Sortis 80 mg, Kalium chloratum, Egilok 12,5 mg, Controlok 40 mg, Furon 40 mg, Aulin 100 mg, Synjardy 5/1000 mg, Trombex 75 mg. Aktrapid s.c, Clexane 0,4 ml s.c.

Kontinuálně Noradrenalin 5 mg/50 ml.

Hodnotící škály: Riziko vzniků dekubitu dle Nortonové – 25 bodů a více (bez rizika). VAS – 0 bodů. BMI 33,5. (GCS) – 15 bodů (při vědomí). Barthelův test základních všedních činností 95 bodů – (lehká závislost).

Komunikace: pacient je šťastný z předchozího negativního výsledků na Covid 19. Dnes docela dost komunikoval se sestrami, během vizity i s doktorkou.

11. den hospitalizace 29. 10. 2020

Provedeno kontrolní echokardiografické vyšetření. Subjektivně bez větších bolestí, bez dušnosti, bez vertiga. Kontrolní výtěr na Covid 19 j negativní. Pacient se cítí dobře, nic ho netrápí. Objektivně pacient je při vědomí, orientován místem a časem. Má dobrou svalovou sílu. Dnes spolupracuje a komunikuje dobře. Po dobu celého dne pacient je afebrilní. Bolestí v oblasti operační rány neudává. Během vizity obdržel informace o propuštění zítra 30. 10. 2020. Po vizitě sestrou byl udělán převaz operační rány a také pacient byl poučen, jak se má starat o ránu doma. Pacientovi byla doporučena následná lázeňská léčba a také nošení hrudního pasu po dobu 2 měsíce. Ve spolupráci s fyzioterapeutkou naposledy pacient udělal dechovou rehabilitaci.

Medikace: Sortis 80 mg, Kalium chloratum, Egilok 12,5 mg, Controlok 40 mg, Furon 40 mg, Aulin 100 mg, Synjardy 5/1000 mg, Trombex 75 mg

Hodnotící škály: Riziko vzniků dekubitu dle Nortonové – 25 bodů a více (bez rizika). VAS – 0 bodů. BMI 33,5. (GCS) – 15 bodů (při vědomí). Barthelův test základních všedních činností 95 bodů – (lehká závislost).

Komunikace: dnes velmi dobrá komunikace pacienta s ošetřujícím personálem. Sestrou byl poučen o pokračování v rehabilitaci, o nošení hrudního pasu po dobu 2 měsíce, šetřit hrudník. Pacient je velice spokojen s tím, že má možnost pokračovat v rehabilitaci doma aneb v láních. Hned volal manželce a dcerám říct, že zítra bude propuštěn domů, čím udělal radost rodině.

12. den hospitalizace 30. 10. 2020

Po ranní hygieně pacient se nasnídal chlebem s máslem a bílou kávou. Pote sestra udala převaz operační rány a mezitím edukovala pacienta, jak si musí dělat převazy doma. PŽK ex ode dneška. Pacient si zařídil odvoz, pro něho přijedou dcera a manželka. Proběhla edukace pacienta o pooperační péče, sebeděče a správné aplikace léků. Dne 30.10 pacient je při vědomí, komunikuje, orientován místem a časem. Dýchání bez potíží. Operační rána je zahojena.

V 13:00 pacient obdržel propouštěcí zprávu od lékaře a byl propuštěn do domácí péče.

11.7. Ošetřovatelský proces dle Marjory Gordonové.

1. Podpora zdraví

Pacient se léčí s arteriální hypertenzí, s DM kompenzovaným na PAD, s ischemickou chorobou DK a má dyslipidemie. V běžném životě pravidelně navštěvuje praktického lékaře a kardiologickou ambulanci. Z nejbližších příbuzných má manželku. Léčebný režim se snaží dodržovat. Užívá léky na tlak a diabetes mellitus pravidelně podle ordinace lékaře. Léky mu doma připravuje buď manželka, anebo sám. Jinak prodělal běžné dětské nemoci. Úrazy neměl. V roce 2002 prodělal operace CABG. Nyní hospitalizován na kardiologické oddělení pro revaskularizace myokardu – CABG 2x a náhradu aortální chlopně biologickou protézou. Operace byla provedená 21. 10. 2020. Alergie neguje. Pacient je kuřák, 30 cigaret denně, alkohol pije příležitostně. Pacient má suchý dráždivý kuřácký kašel. Dietu má 9 diabetickou, doma se snaží dodržovat dietní režim. Kávu pije jedenkrát denně ráno, drogy nikdy neužíval. Kůže je suchá, vlasy a nehty jsou čisté. Obvyklý způsob hygienické péče je ráno a večer.

2. Výživa

Pacient jí 4x denně, pravidelně, obvyklé sní celou porcí. Nají se sám, bez pomoci. Vaří mu manželka, ale když je v práci, tak si kupuje. Alergie na potraviny nemá. Oblíbené jídlo knedlo vepřo zelo. Doma se snažil diabetickou dietu. Nyní při hospitalizaci dieta přísně diabetická. Denně vypije asi 1500 ml tekutin, převážně čaj hořký teplý. Pocit žízně má občas, když má zvýšený cukr v krvi. Stav sliznic je normální – vlhký. Občas, po specifickém jedlé má pálení žáhy. Pacient má dolní zubní protézu. K zubnímu lékaři pravidelně nechodí. Problémy s kousáním a polykáním nemá. Stav kůže – ještě nezhojená rána po operace srdce.

3. Vylučování

Nyní zaveden PMK z důvodu provedené operace. Doma močil normálně, žádné potíže při močení neměl, moč bez příměsí, bez zápachu. Diuretika neužívá. Pacient nikdy nepoužíval vložky ani plenkové kalhotky, je plně kontinentní. Stolice je pravidelná, obden, bez příměsí, normální konzistence. Projímadla nikdy neužíval. Zvýšené pocení neudává.

4. Aktivita a odpočinek

Nyní nesportuje, nikdy žádný sport aktivně nevykonával, ale rad jezdí na kole. Pacient po výkonu závislý na druhé osobě, rehabilituje na oddělení, na lůžku a vsedě, pomalu začíná vstávat z lůžka a chodit. Pacient byl poučen o rehabilitačních cvičeních a po propuštění bude cvičit pravidelně. Bylo doporučeno po propuštění navštívit lázně. Denně

spí asi osm hodin. Léky na spaní neužívá. Nyní hůře spí z důvodu bolesti operační rány. Po spánku se cítí odpočatý. Během dne nespí. Před hospitalizací byl plně soběstačný, oblékal se sám, vyčistil si zuby, samostatně vykonával běžné denní aktivity.

5. Vnímání – poznání

Pacient je orientován místem, časem i osobou. Je komunikativní. Odpovídá na všechny mnou stanovené otázky. Vyjadřuje se jasně. Z řeči problémy nemá. Slovní zásobu má dobrou. Pozornost udržuje. Problémy se sluchem neudává. Zrak má zhoršený, používá brýle na dálku a na blízko.

6. Vnímání sebe sama

Pacient nazývá sám sebe extrovertem, optimistou. Při našem rozhovoru dodržuje oční kontakt. Necítí se omezeně ani v době nemoci. Pacient má dobrou adaptaci v cizím prostředí. Má obavy z návratu domů a z toho, jestli bude schopen nějakého pohybu. Nechce být manželce přítěží. Velkou změnou zdravotního stavu pro pacienta je bolest na prsou, a operace na srdce. Při povídání pacient trochu úzkostný, z důvodu epidemiologické situace a je považován za suspektního, protože po operačním výkonu na jednotce intenzivní péči byl v kontaktu s Covid pozitivním pacientem. Po třetím náběre na Covid – 19, pacient je docela vztekly.

7. Vztahy

Pacient je ženatý. Žije v domě s manželkou a dcerami. Sourozence nemá, otec zemřel, matka žije, je v důchodu. Často jí navštěvuje s rodinou. Vztahy v rodině má velmi dobré. Manželka i děti jsou pro něj velkou oporou. Pacient dlouho nechtěl jít na vyšetření ke kardiologovi, manželka ho v tom nepodporovala, tlačila na něj, aby šel do nemocnice. Pacient: „Díky manželce jsem tady“. Po propuštění má strach, zda se bude o něj moci manželka starat. Informace o zdravotním stavu chce, aby byly podány manželce. Pacient je docela přátelský, má pět nejlepších kamarádů. Velmi často chodí k nim na návštěvy, nebo spolu chodí do hospody. Nyní pacienta nikdo v nemocničním prostředí nenavštěvuje z důvodu epidemiologické situace.

8. Sexualita

Pohlavní nemoci žádné neprodělal. S prostatou problémy nemá. Problémy v sexuální oblasti nemá.

9. Zvládání zátěže

Největší stres působí pacientovi jeho zdravotní stav, a strach z budoucnosti, ale snaží se myslet pozitivně. Ve stresových situacích mu pomáhá manželka a kamarádi.

Odreagování nachází ve svém mobilním telefonu, který má u sebe. Taký pacientovi pomáhá cigareta v zvládnání stresové zátěží.

10. Životní principy

Žádné náboženství neuznává. Pro pobyt v nemocnici žádné omezení nemá. Nemá ani přání ohledně víry. Pacient má obavy ze staří. Přemýšlí hodně nad tím, že jednou zestárne.

11. Bezpečnost – ochrana

Pacient je bez známek tělesného poškození a násilí. Ohrožen infekcí, z důvodu zavedení PMK, ČŽK PŽK, stavu po operaci. Pacient už rok neměl teploty ani rýmu. Rád se otužuje.

12. Komfort

Pacient se cítí poměrně dobře. Nyní je komfort minimální z důvodu dočasného upoutání na lůžko a nutnosti vyprazdňování se na pokoji a se zavedením PMK.

13. Růst a vývoj

Růst a vývoj pacienta normální. Netrpí žádnou vývojovou vadou. Pohybový režim pacienta bez omezení. Nebyly zaznamenány žádné problémy. Pacient má vědomosti, dovednosti a informace ohledně opatření a péči po propuštění. Když dovolí epidemiologická situace, zařídí si lázně.

11.8. Plán ošetrovatelské péče

Po odebrání anamnézy a zjištění potřeb byly u pacienta stanoveny ošetrovatelské diagnózy a naplánován plán ošetrovatelské péče vztahující se k tématu bakalářské práce.

11.8.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest 00132 v oblastí operační rány z důvodu operačního výkonu projevující se

subjektivně: chybí chuť k jídlu, sdílení o bolesti

objektivně: bolestivé grimasy v obličeji, panika, pocení, zvýšený krevní tlak, arytmie

Cíl:

krátkodobý cíl: do 3 dnů u pacienta dojde k zmírnění bolesti

dlouhodobý cíl: pacient bude bez bolesti do konce hospitalizace

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnot' stupeň bolesti dle VAS
- Zjistí, jak se bolest projevuje
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře
- Zajisti pacientovi úlevovou polohu
- Edukuj pacienta o úlevových polohách
- Zjistí, co pacient obvykle používá na bolest
- Zajisti klidný spánek
- Zapisuj všechny postupy do dokumentace pacienta
- Dbej na verbální a neverbální projevy bolesti
- Starej se o pohodlí pacienta

Realizace: Vysvětlila jsem pacientovi, jak funguje škála bolesti VAS. Řekla jsem, že stupeň 0 – slabá bolest a stupeň 10 – závažná bolest. Pacient oznámil bolest po škále VAS – 3. Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře. Zajistila jsem pacientovi úlevovou polohu na zádech s trochu zvednutou hlavou. Podala jsem analgetiky, zapsala jsem do dokumentace pacienta, starala jsem se o pohodlí pacienta, podala mu mobilní telefon blíž k němu, aby se nemusel pohybovat, na žádost pacienta zapnula jsem mu televizi.

Hodnocení: U pacienta došlo k zmírnění bolesti v oblasti operační rány do 3 dnů. Pacient bez bolesti po celou dobu hospitalizace. Cíle byly splněny.

Úzkost 00146 z důvodu blížícího stáří

subjektivně: nepokoj, bušení srdce, pocení

objektivně: insomnie, nepokoj, nervozita, nepozornost, vyjádření obav slovy

Cíl:

krátkodobý cíl: pacient ovládá mechanismem záchvatu úzkosti do 3 dnů

dlouhodobý cíl: po celou dobu hospitalizace pacient bude bez úzkosti

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistí míru úzkosti
- Zjistí od pacienta nebo rodiny příčiny úzkosti
- Sleduj, jak se projevuje úzkost
- Povídej s pacientem v klidu, nespíchej
- Dej možnost pacientovi vyjádřit své pocity
- V případě potřeby zajisti psychologa
- Podávej léky dle ordinace lékaře
- Zaznamenávej všechno do dokumentace pacienta

Realizace: Při rozhovoru jsem si všimla, že pacient není vyrovnaný, má úzkost a není vůbec klidný. Pacient popisuje úzkost ze blížícího stáří. Ze slov pacienta „Bojím se, že jednou mi bude 60, a budu starý“. Dala jsem pacientovi brožuru k přečtení. Ošetřující lékař zavolal psychologa, po rozhovoru s ním, pacientovi se ulevilo. Podala jsem léky dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Pacient je v klidu, bez záchvatu úzkosti. Pacient ovládá mechanismem záchvatů úzkosti do 3 dnů. Psychickou podporou a léčbou se nám podařilo zmírnit úzkost pacienta. Cíle byli splněny.

Zácpa 00011 související s operačním výkonem

subjektivně: nadýmání, snížený počet stolice, bolest v břišní dutině

objektivně: tvrdá stolice, snížená fyzická aktivita, bolestivé grimasy v obličeji

Cíl:

krátkodobý cíl: pacient zná rizikové faktory a vhodná řešení individuální situace do 3 dnů

dlouhodobý cíl: pacient je bez zácpy do konce hospitalizace

Ošetrovatelské intervence:

- Konzultuj s pacientem správná dietní opatření, prevence zácpy
- Zjistí příčinu zácpy

- Zjistí, zda pacient užíval nějaké léky a vedlejší účinky
- Dbej na zápach, barvu a příměsí ve stolici
- Dle ordinace lékaře udělej klyzma
- Podávej laxativa dle potřeby
- Dbej na pravidelnost, množství a konzistentnost stolice
- Povzbuzuj pacienta k denním aktivitám
- Dbej dostatečné hydratace pacienta (voda, džus, stimulační nápoj)

Realizace: S pacientem proběhla konzultace ohledně správným dietním opatřením.

Podávala jsem laxativa dle potřeby. Pacient je zapojen do denních aktivit.

Hodnocení: Pacient zná rizikové faktory a vhodná řešení individuální situace. Pacient je bez zácpy po celou dobu hospitalizace. Cíle byly splněny.

11.8.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce 00004 z důvodu zavedení PMK

Cíl:

krátkodobý cíl: Pacient zná příznaky infekce do 12 hodin

dlouhodobý cíl: Pacient bez známek infekce po dobu zavedení PMK

Ošetrovatelské intervence:

- Informuj pacienta o možných rizicích z důvodu zavedení PMK
- Edukuj pacienta o zásadní péči o pokožku
- Dbej na hygienu genitálů
- Dbej na hydrataci pacienta
- Dbej na dostatečnou výživu pacienta
- Sleduj příměsi v moči u pacienta
- Sleduj celkový vzhled močí
- Prováděj dezinfekce v okolí PMK
- Zapisuj všechny postupy do dokumentaci pacienta
- Monitoruj rizikové faktory vzniků infekce

Realizace: Pacienta jsem seznámila o možných rizicích z důvodu zavedení PMK. Pacient mnou edukován o péči o pokožku. U pacienta se prováděla dezinfekce v okolí PMK. Sledovala jsem celkový vzhled a příměsi v moči.

Hodnocení: Pacient zná rizika a projevy infekce. Pacient zná, jak se musí správně provádět hygiena a péči o pokožku. U pacienta nebyla zaznamenaná infekce. Cíle byly splněny.

Riziko pádu 00155 z důvodu dočasné imobilizace

Cíl:

krátkodobý cíl: pacient si uvědomuje, že má riziko pádu

dlouhodobý cíl: u pacienta nedojde k pádům během hospitalizace

Ošetrovatelské intervence:

- Informuj pacienta o všech bezpečnostních opatřeních
- Zajisti bezpečnost pacienta při různých výkonech
- Zajisti dozor nad pacientem
- Kontroluj, zdali pacient správně používá kompenzační pomůcky
- Zhodnot' všechny rizikové faktory v poměru k prevence pádu

- Dbej na suchou podlahu v místnosti
- Zapisuj všechny postupy do dokumentaci pacienta
- Edukuj pacienta, jak správně používat kompenzační pomůcky

Realizace: Pacient byl seznámen se všemi bezpečnostními opatřeními. Zajistila jsem dozor nad pacientem během hospitalizace. Kontrolovaná správnost použití kompenzačních pomůcek u pacienta. Zhodnotila jsem všechny rizikové faktory.

Hodnocení: Pacient ví, že má riziko pádů. Pacient zná všechny možné bezpečnostní opatření. U pacienta během hospitalizace nedošlo k pádům. Cíle byly splněny.

Riziko porušení kožní integrity 00047 z důvodu dočasné pooperační mobilizace

Cíl:

krátkodobý cíl: Pacient zná o rizicích porušení kožní integrity do 12 hodin

dlouhodobý cíl: Během hospitalizace nedojde k porušení kožní integrity

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnot' celkový stav kůže
- Edukuj pacienta o vhodné stravě
- Seznam pacienta se správnou hygienou kůže
- Kontroluj povrch kůže
- Dozví, jaké pacient užívá léky
- Udržuj lůžko čisté a suché
- Zapisuj všechny postupy do dokumentace pacienta
- Starej se o kožní integritu pacienta
- Používej masti dle ordinace lékaře
- Dbej na prevenci poškození kožního turgoru

Realizace: Pacient je seznámen se správnou hygienou kůže. Povrch kůže jsem pravidelně mazala. Během hospitalizace jsem udržovala lůžko pacienta čisté a suché. Pacient a jeho rodina dbají na vhodnou stravu.

Hodnocení: Pacient zná všechny rizikové faktory. U pacienta pravidelně kontrolován povrch kůže. Lůžko je čisté a suché. Během hospitalizace nedošlo k poškození kožní integrity. Cíle byly splněny.

11.9. Edukační plán

Tabulka 1 Edukační plán pacienta na kardiochirurgickém oddělení

Účel: Edukace pacienta o důležitosti dodržování diety v pooperačním období
Cíl: Mít dostatek informací o zdravém stravování
Pomůcky: vhodná literatura o zdravé stravě Výukové metody: rozhovor, poučení

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Čas	Hodnocení
Kognitivní	Pacient vyjmenuje vhodné dietní potraviny	Sestra obeznámí pacienta o všech možných dietních potravinách	10	Pacient vyjmenoval vhodné dietní potraviny
Afektivní	Pacient ví o důležitosti dodržování diety	Sestra ozřejmí důležitost dodržování diety v poop. období	10	Pacient si uvědomil důležitost dodržování diety v poop. období
Psycho-motorický	Pacient se naučí oddělit zdravé potraviny od nezdravé	Sestra připraví pro pacienta seznam zdravých a nezdravých potravin	15	Pacient umí oddělit zdravé potraviny od nezdravé

Zdroj: vlastní

12. Kazuistika č. 2

12.1. Katamnéza

50 - letý pacient 30. 11. 2020 byl přijat plánovaně k provedení PCI. Pan popisuje příležitostné bolesti za dolním okrajem sternu, spíše tupé, propagace do LHK, i v klidu, bez návaznosti na zátěž, jiné obtíže neuvádí, dušnost, palpitace neguje. Laboratorně i klinicky bez známek krvácivých či zánětlivých komplikací.

12.2. Anamnéza

EA: není v karanténě

OA: 23. 9. 2020 byla provedená SKG, Následně dle doporučení 10/2020 provedená i FR stenózy RCx a RIA, nález indikován k PCI. Také pacient má arteriální hypertenze a ischemickou chorobu srdeční.

RA: Otec prodělal mozkovou mrtvici, matka měla rakovinu dělohy, má dvě sestry – zdravé. Syn a manželka jsou zdravé.

PA: řidič VZV.

SA: žije v domě s přítelkyní, má jednoho syna z prvního manželství.

AA: neguje.

Abúzus: kouří 10 cigaret denně, cca od 18 let, alkohol příležitostné, nikdy neužíval návykové látky.

Léky: ANP 100 mg 1-0-0, Trombex 75 mg 1-0-0, Concor cor 2,5 mg 1-0-0, Prestarium neo 5 mg 1-0-0, Amlozek 5 mg 1-0-0, Rosucard 20 mg 0-0-1.

Lékařské diagnózy: I208 Námahová angina pectoris, I10 Arteriální hypertenze, I259 Ischemická choroba srdeční, SKG 9/2020, Obezita, E780 Dyslipidemie, Nikotinismus.

12.3. Objektivní nález

Pacient orientován místem a časem, spolupracuje, bez známek cyanózy, kožní turgor je normální, anikterický.

TK: 160/90 **TF:** 76/min **TT:** 36,6 **Váha:** 98,8 kg **Výška:** 174 cm **BMI:** 32 (mírná obezita).

EKG: AS pravidelný.

Hlava: zornice izokorické, spojivky růžové, inervace VII nervů neporušena, skléry bílé, sliznice DU vlhká, bez známek zánětu, jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, nepovlečený, růžový, chrup má vlastní.

Krk: štítná žláza nehmatná, karotidy hmatné, naplnění krčních žil přiměřená, lymfatické uzliny v normě.

Hrudník: bez deformit, dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů, AS pravidelný.

Břicho: v niveu, měkké, volně prohmatné, bez známek peritoneálního dráždění, nebolestivé, bez rezistence.

DK: bez deformit, otoků, pohyblivost ve všech kloubech přiměřená, bez známek hluboké žilní trombózy.

HK: bez deformit, bez známek cyanózy, intravenózní vstup nemá.

Kůže: čistá, bez patologických eflorescencí, kožní turgor v normě.

12.4. Vyšetření

EKG – AS pravidelný.

Před plánovou hospitalizací pacient měl náběr na SARS – CoV- 19. Výsledek byl negativní.

Laboratorní vyšetření

Krevní obraz, biochemie, hemokoagulace, vyšetření moči, moč chemický a sediment.

Ostatní vyšetření

Perkutánní koronární intervence, optická koherenční tomografie, koronarografie.

12.5. Základní vyšetření sestrou

Vyšetření pohledem:

Hygiena, úprava, celkový vzhled: pacient je čistý, upravený.

Kognitivní funkce: orientován místem a časem, komunikuje, spolupracuje.

Výraz tváře: normální.

Ústa: vlhké, normální barvy.

Dutina ústní: jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, růžový.

Nos: bez deformit a výtoků.

Uši: pacient slyší dobře, bez sekrece.

Zuby: chrup má vlastní, bez zápachu.

Oči: spojivky růžové, bez známek zánětu.

Zrak: pacient používá brýle na dálku.

Brýle: ano, na dálku.

Kůže: jizvy 0, není zarudla, bez známek cyanózy.

Končetiny: bez deformit, otoků, pohyblivost ve všech kloubech přiměřená.

Nehty, vlasy: čisté, upravené.

Dýchání: v normě, bez dušnosti.

Psychický stav: strach z výkonu.

Bolest: popisuje bolesti za sternem.

Výživa: bez problému.

Hmotnost: 98,8 kg, BMI 32 (mírná obezita).

Výška: 174 cm.

Riziko pádu: bez rizika.

Riziko dekubitů: 26 a více (bez rizika vzniků dekubitu).

Vyšetření poslechem:

Dýchací zvuky: nejsou žádné.

Tlak krevní: 160/90 mmHg.

Hlas, řeč: normální.

Komunikace: normální.

Slovní zásoba: dobrá.

Sluch: pacient slyší dobře.

Vyšetření pohmatem:

Puls: 76/min.

Stisk ruky: pevný.

12.6. Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace 30. 11. 2020

Dne 30. 11. 10:15 ráno byl 50letý pacient přijat na kardiologickou kliniku k plánovanému intervenčnímu výkonu PTCA. Pacienta jsem odvedla na vyšetřovnu, kde ho čekala sestra. Předtím, než sestra začala sbírat anamnézu, jsem pacienta zvažila a změřila. Také jsem mu změřila glykemii a krevní tlak. Poté jsem výsledky nahlásila sestře. Sestra požádala pacienta, aby se položil a my tak mohli natočit EKG. Poté sestra odebrala anamnézu. Pacient spolupracoval, odpovídal koherentně. Asi po hodině jsem pacienta doprovodila na pokoj, ukázala mu jeho lůžko a naučila s ním manipulovat dále jsem ho pak instruovala, jak v případě potřeby přivolat sestru.

Ve 12 hodin byl oběd. K obědu se podávalo rýže a kuřecí maso s omáčkou. Po celou dobu hospitalizace měl dietu číslo 3, což je základní racionální strava. Odpoledne jsem pacienta navštívila a zeptala se ho, jak se cítí a jak mu pochutnal na obědě. Po několikaminutové konverzaci přišel lékař, který nemocnému oznámil, že zítra ho čeká výkon.

Medikace: ANP 100 mg 1-0-0, Trombex 75 mg 1-0-0, Concor cor 2,5 mg 1-0-0, Prestarium neo 5 mg 1-0-0, Amlozek 5 mg 1-0-0, Rosucard 20 mg 0-0-1.

Hodnotící škály: Při příjmu Barthelův test základních všedních činností 100 bodů – nezávislý. Glasgow Coma Scale (GCS) 15 bodů – normální stav. VAS škála bolesti - 1 představuje mírnou bolest, 10 představuje velmi závažnou bolest: 2. Riziko vzniků dekubitů – 25 a více, bez rizika vzniků dekubitů.

Komunikace: Dle mého názoru byl pacient celkem úzkostný, po diskusi se sestrou jsme se šli na pokoj společně podívat a jeho psychický stav vyhodnotit. Zjistili jsme, že je trochu nervózní z výkonu. Nemocný byl úzkostný, protože měl strach z neznámého (neuměl si představit, jak bude vyšetření probíhat a měl strach, jestli ho to nebude bolet). Sestra pacientovi donesla brožuru s popisem onoho výkonu s přehledným popisem postupu PTCA. Poté sestra pacientovi vysvětlila všechny detaily PTCA a ozřejmila mu co ho čeká. Po chvíli komunikace se pacient viditelně uklidnil, dokonce sestře poděkoval a prohlásil „Sestřičko, vy jste mě tak uklidnila, já se cítím o hodně líp“.

2. den hospitalizace 1. 12. 2020

V 7:30 ráno přijel pro pacienta sanitář a odvezl ho na katetrizační sál. V 10 hodin se pacient ze sálu vrátil, na ruce měl náramek „TR – Band“ s nafouknutým balonkem. Po příjezdu pacienta jsme se sestrou změřili TK, puls, saturaci a sestra mu také zkontrolovala pulzaci na a. radialis. Ihned po výkonu měl TK 170/95. Pacient byl subjektivně bez potíží a byl klidný. Vpich byl klidný, bez zarudnutí, nebolel, pulzace a. radialis hmatná. Sestra z balonku odsávala každých 20 minut 2ml vzduchu, toto trvalo asi dvě hodiny. Před obědem dostal pacient infuzi fyziologického roztoku 250 ml a Verapamil i.v 2,5 mg/ ml.

Kolem 13:30 hodin dostal pacient oběd (opožděné vzhledem k potřebě dokapání infuze s léky). K obědu měl pacient svíčkovou. Odpoledne sestra pacientovi zmíněný TR – BAND náramek sejmula. Místo vpichu bylo bez bolestí, klidné, bez zarudnutí. Okolí bez známek hematomu, palec nebolel. Tep na a. radialis hmatný.

Medikace: ANP 100 mg 1-0-0, Trombex 75 mg po dobu do 5/2021 1-0-0, Controloc 40 mg do 5/2021 1-0-0, Concor cor 2,5 mg 1-0-0, Prestarium neo 5 mg 1-0-0, Amlozek 5 mg 1-0-0, Rosucard 20 mg 0-0-1.

Hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností 100 bodů – nezávislý. Glasgow Coma Scale (GCS) 15 bodů – normální stav. VAS škála bolesti - 1 představuje mírnou bolest, 10 představuje velmi závažnou bolest.:0, bez bolesti. Riziko vzniků dekubitů – 25 a více, bez rizika vzniků dekubitů.

Komunikace: Od rána pacient bez známek úzkosti. Komunikoval s lékařem a sestrami. S pacientem jsem mluvila asi hodinu, svěřoval se s tím, že se těší domů až se uvidí s přítelkyní.

Říkal, že se těší domů a až se uvidí s přítelkyní. O víkendu měl v plánu jet za synem.

3. den hospitalizace 2. 12. 2020

Pacient subjektivně v klidu, bez bolesti, spal bez obtíží celou noc. Levé zápěstí a. radialis a okolí bez komplikace. Pulsace a. radialis a a. ulnaris dobrá. Dnes demise. Pacient edukován o dietních opatřeních, zásadách zdravého životního stylu a potřebě pravidelné medikace.

V 8 hodin ráno se pacient nasnídal. Sestra vyjmula PŽK (dle ordinace lékaře) a pak mu byla předána lékařská zpráva, pacient byl následně propouštěn do domácího ošetřování. Převoz byl zajištěn pacientovo přítelkyní.

12.7. Ošetrovatelský proces dle Marjory Gordonové.

1. Podpora zdraví

Pacient se léčí s ischemickou chorobou srdeční a arteriální hypertenzi. Má praktického lékaře, ale moc často nechodí na kontrolu. Z příbuzných má partnerku a syna z prvního manželství. Do této doby se z ničím závažným neléčil. Prodělal běžné dětské choroby. Úrazy neměl. Alergie neguje. Farmakologickou léčbu se snaží dodržovat. V září 2020 byla provedená SKG. Je bez dušnosti, příležitostně bolest za dolním okrajem sternu propagující do levé horní končetiny. Jiné obtíže nemá. Pacient nemá aktivní život, nesportuje. Nějakou zvláštní dietu nedodržuje. Kávu pije 2x denně, návykové látky nikdy neužíval, je kuřák. Alkohol příležitostně – sklenice vína k večeři.

2. Výživa

Pacient jí 2x denně, nemá pravidelný režim stravování kvůli práci. V práci hodně jí fast food anebo nějaké rychle občerstvení. Chuť k jídlu má dobrou. Nejoblíbenějším jídlem je svíčková. Neoblíbené jídlo čočka a hrách. Speciální dietu nedodržuje, jí všechno. Je schopný se najíst sám. Pacient má mírnou obezitu. Občas po palivem jídle přítomná pálení žáhy. Pacient dodržuje pitný režim, za den vypije 3 litry tekutiny za den, vyloženě čistou vodu, minerálku a kávu. Specifický pocit žízně nemá. Sliznice jsou vlhké. Kožní turgor je normální.

3. Vylučování

Močí se normálně, moč bez příměsí, bez zápachu. Potíže při močení nemá, diuretika nikdy neužíval. Po dobu hospitalizace nebyla potřeba zavádět permanentní močový katetr. Stolice každé 2 dny, občas používá laxativa „Guttalax“. Stolice normální barvy, bez příměsí. Zvýšené pocení neudává. Na kašel se nestěžuje, dýchání v normě, dušnost neudává.

4. Aktivita a odpočinek

Nevykonává žádné sportovní aktivity. Občas chodí na procházky do lesa s přítelkyní, a pracuje na vlastní zahrádce. Spí 7 hodin denně, po probuzení se cítí odpočinitý. Přes den spí, když má možnost. Léky na spaní neužívá. Pacient plně soběstačný, obleče se sám a provede hygienickou péči. Bez rizika vzniků dekubitu.

5. Vnímání – poznávání

Pacient je orientován místem, časem a osobou. Vědomi je jasné. Řeč je plynulá. Hlas přiměřený. Pacient nemá problémy se sluchem. Zrak je trochu zhoršený, z kompenzačních pomůcek používá brýle na dálku.

6. Vnímání sebe sama

Pacient je společensky typ, optimista. Při rozhovoru dodržuje oční kontakt. Velkou podporou pro pacienta jeho nejlepší kamarád a přítelkyně. Velkou změnou zdravotního stavu je nemocné srdce. Má strach z výkonů projevující se úzkostí. Za poslední dobu tělesný vzhled se nezměnil. Necítí se omezeny kvůli hospitalizace. Ve společnosti se také necítí omezený.

7. Vztahy

Pacient je rozvedený. Má syna, který žije s bývalou manželkou v jiném městě. Ted žije s přítelkyní v domě a je velkou podporou pro něho. Má dva nejlepší kamarády a jsou v kontaktu i v hospitalizační době. Kamarádi spolu od 17 let. Také má dvě sestry. Rodinné problémy nemá. Vztahy v rodině jsou dobré. Žádné problémy související s propuštěním nemá.

8. Sexualita

Problémy v sexuální oblasti nejeví. Problémy s prostatou nikdy neměl. Léky na impotenci ne užívá.

9. Zvládání zátěže

Pacient se cítí vyrovnaný. Má trochu strach z výkonu, ale poté, co mu sestra vysvětlila, jak to probíhá, už se nebojí toho výkonu. Líp zvládá stres v samotě. Nejvíce stres vyvolává práce a okolí. Stres snižuje „procházka, jít někam do samoty“.

10. Životní principy

Vyznává náboženství křesťanství. Má možnost v průběhu hospitalizace vyznávat víru, ale nemá to za potřebu. Žádná přání ohledně víry nemá Rodina je životní hodnotou pro pacienta. Je spokojen se svým životem. Obavy z budoucnosti nemá.

11. Bezpečnost – ochrana

Pacient bez známek tělesného poškození a násilí. Má zavedeny PŽK do LHK. Má raději teplo a má rád saunování.

12. Komfort

Pacient se cítí poměrně dobře. Stav kůže normální. Vlasy a nehty jsou čisté. Obvyklý způsob hygienické péče je večer sprchování. Pacient nevyžaduje nějakou zvláštní pomoc po propuštění. Má dovednosti, informace o tom, že nesmí nějaký čas zatěžovat ruku přes kterou byl proveden výkon.

13. Růst a vývoj

Pacient nemá žádné vývojové vady. Pohybový režim bez omezení. Koordinace pohybu je fyziologická. Žádné problémy nebyli zaznamenány. Z kompenzačních pomůcek používá jenom brýle na dálku.

12.8. Plán ošetrovateľskej péče

Po odebrání anamnézy a zjištění potřeb byly u pacienta stanoveny ošetrovateľské diagnózy a naplánován plán ošetrovateľskej péče vztahující se k tématu bakalářskej práce.

12.8.1. Aktuální ošetrovateľské diagnózy

Strach 00148 z důvodu výkonu projevující se úzkostí

subjektivně: zděšení, zvýšená nervozita, tachykardie, zvýšený krevní tlak

objektivně: arytmie, zvýšená dechová frekvence, agresivita, odmítání mluvit, sinalost, zvýšené pocení

Cíl:

krátkodobý: pacient zná důvod strachu do 2 dnů

dlouhodobý: po celou hospitalizační dobu pacient bez známek strachu

Ošetrovateľské intervence:

- Nalez důvod strachu
- Pozoruj, jak se projevuje strach tělesné
- Podávej léky dle ordinace lékaře
- Pozorně poslouchej pacienta
- Udělej komfortní prostředí
- Zajistí léčbu s psychologem
- Edukuj pacienta o relaxačních cvičeních
- Mluv s pacientem v klidu
- Zapisuj všechny postupy do dokumentace pacienta

Realizace: Při rozhovoru s pacientem jsem si všimla, že psychicky není vyrovnaný. Pacient popisuje strach projevující se úzkostí z blížícího výkonu a nevedení. Podala jsem léky dle ordinace lékaře, mluvila jsem s ním v klidu a pomalu. Po rozhovoru s psychologem, pacient se ulevil.

Hodnocení: Pacient je klidný, bez známek úzkosti. Relaxačními techniky a vysvětlení výkonů se nám podařilo zmírnit strach a úzkost pacienta.

Akutní bolest 00132 za sternem z důvodů ischemické choroby srdeční projevující se

subjektivně: úzkost, minimální chuť k jídlu

objektivně: bolestivé grimasy v obličeji, panika, pocení, zvýšený krevní tlak, arytmie

Cíl:

krátkodobý: do 2 dnů u pacienta dojde k zmírnění bolesti, dle VAS: 0

dlouhodobý: pacient bez bolesti za sternem po celou dobu hospitalizace

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnot' stupeň bolesti dle VAS
- Podávej léky dle ordinace lékaře
- Dbej na verbální a neverbální projevy bolesti
- Zajistí klidný spánek
- Zajistí oxygenace dle potřeby
- Starej se o pohodlí pacienta
- Zapisuj všechny postupy do dokumentace pacienta

Realizace: Zhodnotila jsem stupeň bolesti dle VAS. Pacient udává 2 z 10. Podala jsem léky dle ordinace lékaře. Starala jsem se o pohodlí pacienta po celou dobu hospitalizace. Zajistila jsem klidný spánek pacientovi.

Hodnocení: U pacienta došlo k zmírnění bolesti za sternem. Pacient bez bolesti za sternem. Cíle byly splněny.

12.8.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy**Riziko infekce 00004 z důvodu zavedení PŽK****Cíl:**

krátkodobý: Pacient ví, jak se projevují příznaky infekce do 2 dnů

dlouhodobý: Pacient bude po celou dobu hospitalizace bez známek infekce

Ošetrovatelské intervence:

- Informuj pacienta o možných rizicích z důvodu zavedení PŽK
- Kontroluj místo vpichu
- Dbej na sterilní pomůcky
- Včas vyměňuj PŽK
- Sleduj okolí PŽK
- Zapisuj všechny postupy do dokumentace pacienta
- Dbej na hygienu pacienta
- Dbej na dostatečnou hydrataci

Realizace: Pacient je informovaný o možných rizicích z důvodu zavedení PŽK. PŽK se vyměňuje včas. Dbám na sterilní pomůcky.

Hodnocení: Pacient umí rozpoznat projevy infekce. U pacienta nebyla zaznamenaná infekce. Cíle byly splněny.

12.9. Edukační plán

Tabulka 2 Edukační plán pacienta na kardiologické klinice

Účel: Edukace pacienta o vhodné fyzické aktivitě	
Cíl: Mít dostatek informace o správném cvičení	
Pomůcky: video tutoriály	Výukové metody: poučení

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Čas	Hodnocení
Kognitivní	Pacient se naučí a ukáže vhodné cvičení	Sestra informuje pacienta o vhodných fyzických aktivitách	15	Pacient se naučil a ukázal cvičení
Afektivní	Pacient zná efektivitu a důležitost fyzické aktivity	Sestra ozřejmí efektivitu a důležitost fyzické aktivity při onemocnění srdce	10	Pacient si uvědomuje efektivitu a důležitost fyzické aktivity
Psycho-motorický	Pacient se naučí správně cvičit	Sestra připraví pro pacienta odkazy na videa o správném cvičení	10	Pacient umí a používá správnou metodiku cvičení

Zdroj: vlastní

DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na ošetrovatelský proces u pacientů s chorobami kardiovaskulárního systému. Zpracovali jsme dvě kazuistiky u obou pacientů. Jeden pacient byl 53letý muž hospitalizovaný na kardiochirurgickém oddělení a podstoupil chirurgický výkon CABG. Druhý pacient byl 50letý muž, který byl hospitalizován na kardiologické klinice a podstoupil intervenční výkon PTCA. Oba respondenti se léčili se stejným onemocněním – ischemickou chorobou srdeční. U dvou pacientů jsme porovnávali ošetrovatelský proces jako takový a případné rozdíly.

Teoretická část této bakalářské práce obsahuje anatomii srdce a cév, ischemickou chorobu srdeční a její klinický obraz. Také popisujeme aterosklerózu a léčbu tohoto onemocnění. Další kapitola popisuje intervenční výkon PTCA, indikace a kontraindikace. Poslední kapitolou je kardiochirurgická léčba CABG.

Zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientů s uzávěrem koronárních tepen po kardiochirurgickém zákroku a intervenční PTCA je hlavním cílem této bakalářské práce.

Pomocí první výzkumné otázky jsme chtěli zjistit, *Jestli se liší ošetrovatelská péče o pacienty po chirurgických a intervenčních zákrocích*. Pacienti měli stejné onemocnění – ischemickou chorobu srdeční, ale byli hospitalizováni na různých odděleních. Jeden respondent na kardiochirurgickém oddělení a druhý na kardiologické klinice. Pacient č. 1 byl muž po plánovaném operačním zákroku – bypassu. Po tomto výkonu pacient potřebuje odbornou ošetrovatelskou péči. První den hospitalizace byl pacient č. 1 velmi nervózní, nevěděl o výkonu nic a bál se. V první hospitalizační dny mu ošetřující sestra v krátkosti vysvětlila, jak se provádí výkon CABG a dala pacientovi o tomto výkonu brožuru, kterou mají na oddělení kardiochirurgie. Pro větší zklidnění pacienta č. 1 mu sestra řekla, že v den provedení samotného výkonu dostane pacient sedaci, tzv. premedikaci. Po rozhovoru se sestrou se pacient trochu uklidnil. Také měl respondent č. 1 nepříjemné pocity z důvodu epidemiologické situace a velmi se bál, že se nakazí Covid 19. V den konání výkonu jsem si promluvila s pacientem a řekla jsem mu, že s ním budu během operačního výkonu a také po celou dobu hospitalizace. Pacient se zklidnil. Po zákroku byla pacientovi zajištěna kvalitní ošetrovatelská péče. Ošetřující sestra se starala o polohování pacienta, pravidelně mu podávala léky na bolest, pečlivě ošetřovala ránu. Podstatné bylo to, že zdravotnický personál na tomto oddělení věděl, jak je na tom respondent č. 1 psychicky, a snažili se ho edukovat, vysvětlovat a odpovídat na jeho veškeré otázky. Druhý respondent byl hospitalizován na kardiologické klinice z důvodu provedení plánované intervenční léčby

PTCA. Pacient č. 2 byl při příjmu relativně v klidu, udával trochu nervozitu z výkonu, ale po pěti minutách edukace sestrou se pacient uklidnil. Subjektivně respondent č. 2 byl po celou dobu hospitalizace klidný, spíše optimistický a měl dobré vztahy se zdravotnickým personálem. Podle mých zkušeností myslím, že psychická podpora je velmi důležitá pro pacienty v hospitalizační době. O ošetrovatelské péči a o tom, jak je důležitá psychická podpora, píše ve své knize Vytejčková (Vytejčková, 2013).

Prvním dílčím cílem bylo *Porovnat ošetrovatelskou péči o pacienty na kardiologickém a kardiologickém oddělení*. Z vypracovaných kazuistik vyplývá, že pacient č. 1 po kardiologickém výkonu a pacient č. 2 po intervenčním výkonu vyžadují stejně kvalitní ošetrovatelskou péči, ale odlišnou v náročnosti. Třeba pacient č. 2 po intervenčním výkonu byl hospitalizován jenom 3 dny. Psychicky na tom byl trochu líp na rozdíl od pacienta č. 1, sice pacient č. 2 prožíval úzkost a strach z výkonu, ale ne tak moc jako pacient č. 1. Respondent č. 2 ihned po výkonu mohl jíst, pít, chodit, klidně se mohl sám o sebe postarat. Po příjezdu z katetizačního sálu měl dobrou náladu, známky úzkosti nebyly vůbec vidět. Sestra pacienta edukovala o dalších postupech nemocného. Například, že nějakou dobu pacient nesmí přetěžovat zbytečně ruku, přes kterou mu zaváděli vodič. Také mu sestra řekla, jak je důležité brát pravidelně léky naordinované lékařem a dodržovat správný dietní režim. Na rozdíl od pacienta č. 2 byl pacient č. 1 po kardiologickém výkonu celkově hospitalizován 12 dní. Druhý den po operačním zákroku byl pacient stále napojen na monitor a sledovali se mu fyziologické funkce lékařem a sestrou, také se pacientovi najednou podávalo několik léků a měl zavedené dva drény. Pacient byl po operaci první dva dny zmatený, unavený, udával bolesti v místě operační rány. Pacient byl edukován o následné farmakologické léčbě, o dietních opatřeních, o fyzické aktivitě a po případné domluvě o lázeňské rehabilitační léčbě. Při zpracování kazuistik jsem si uvědomila, že u pacientů se stejnou diagnózou, cca ve stejném věku ošetrovatelská péče se liší. Dílčí cíl byl splněn.

Druhou výzkumnou otázkou bylo, *Jaké jsou ošetrovatelské problémy u pacientů po CABG a po PTCA*. Pacient č. 1 z kardiologického oddělení říká, že největší problémy během hospitalizace pro něho byla dočasná imobilizace a upoutání na lůžku několik dní po provedení operace a také obavy z důvodu epidemiologické situace spojené s Covid 19, pacient měl strach z neznáma a také míval pocity, že je ohrožen. Pacient č. 1 večer před výkonem měl poruchu spánku z důvodu obavy a strachu z výkonu. Ke zlepšení kvality spánku u pacienta došlo po podání sedativa a po komunikaci s rodinou. Také měl pacient riziko poruchy kožní integrity z důvodu zavedení PMK a PŽK. K poruše kožní integrity

v době hospitalizace nedošlo díky pravidelným kontrolám, správné hygieně, sterilním pomůckám a dodržování všech dalších pravidel. U pacienta č. 2 okrem úzkosti z výkonů a rizika poruchy kožní integrity z důvodu zavedení TR Band a PŽK, žádné problémy nebyly prokázány. Pán se zklidnil poté, co mu sestra vysvětlila, jak se výkon provádí, ujistila ho, že není tak bolestivý, jak si pacient myslí. Ve své knize Jirkovský také uvádí, jak je důležité se zaměřit na psychiku pacienta, zmírnit obavy z výkonů, objasnit, jak proběhne operační výkon a podobně (Jirkovský, 2012). Na základě zpracované kazuistiky a edukačního plánu jsme zjistili, že pacient č. 2 neměl žádnou fyzickou aktivitu, což pro jeho diagnózu je špatná volba. Pacient byl edukován o tom, jak je důležité mít pravidelnou fyzickou aktivitu a dodržovat zdravý životní styl v prevenci onemocnění KVO. Do procesu edukací pacienta jsem se zapojila také, protože já osobně podporuji běžnou fyzickou aktivitu a také dodržování zdravého životního stylu a myslím si, že naše zdraví je v našich rukou. Ve své knížce význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii Tothová uvádí, pacient trpící chorobami kardiovaskulárního systému by měl dodržovat dietu, nekonzumovat tučné potraviny, dodržovat BMI kolem 25 kg/ m a také se snažit cvičit alespoň 3x v týdnu po 20 minut denně (Tothová, 2019).

Druhým dílčím cílem bylo, jmenovat *Nejčastější společné ošetrovatelské diagnózy u obou pacientů s kardiologickými potížemi*. Z vypracovaných ošetrovatelských diagnóz jsme zjistili, že nejčastější společnou ošetrovatelskou diagnózou byly strach a úzkost. A také akutní bolest byla společnou ošetrovatelskou diagnózou u obou respondentů. U pacienta č. 1 úzkost trvala o několik dnů déle na rozdíl od pacienta č. 2. Pacientovi č. 1 byla provedena edukace sestrou, byla nabídnuta spolupráce s psychologem a také poskytnuto hodně literatury na toto téma. Ke zmírnění bolesti u respondentu č. 1 došlo po podání analgetik dle ordinace lékaře a po zajištění úlevové polohy. Pacient č. 2 měl také strach a úzkost z čekajícího ho výkonu, ale po rozhovoru se sestrou, a zejména poté, co mu sestra vysvětlila, jak se výkon provádí, a edukovala ho, se cítil o hodně líp. U respondenta č. 2 ke zmírnění bolesti došlo ihned po intervenčním výkonu. Dílčí cíl byl splněn.

Kvalitativní výzkum a zpracování dvou kazuistik jsme si vybrali, protože mi přišlo velmi zajímavé sbírat data a informace od pacientů osobně. Vidět, jak pacient reaguje na otázky, slyšet jeho odpovědi, sledovat mimiku. Také jsem chtěla být s pacientem při výkonech a po celou dobu hospitalizace být mu aspoň nějakou podporou. Díky této bakalářské práci jsem se naučila být víc empatická k pacientům. Moc bakalářských prací o tomto tématu jsme nenašli. Jedna z mála nalezených mě ale zaujala, ale porovnání dat tady není vhodné, protože tato práce věnovaná pouze invazivním výkonům a následné edukace

pacienta. Krausová Milena ve své bakalářské práci píše o ošetrovatelské péči o nemocného po invazivních kardiologických výkonech z arteria femoralis. Na rozdíl od naší práce píše Krausová Milena o SKG, radioaktivní ablaci, intraaortální balónkové kontrapulzaci a o dalších invazivních katetrizačních metodách. (Krausová, 2016)

Zpracováním dvou kazuistik, ošetrovatelských diagnóz a edukačních plánů byly splněny cíle této bakalářské práce.

ZÁVĚR

V bakalářské práci se zabýváme ošetrovatelskou péčí o pacienty po chirurgickém a intervenčním výkonu. Ošetrovatelská péče je velmi důležitá při léčbě pacientů. Při psaní této bakalářské jsme se pokusili shrnout a zdůraznit určité aspekty a úkony v ošetrovatelství. Pokusili jsme se shrnout farmakoterapii, zdravotnické úkony, ale také specifický psychický stav pacienta hospitalizovaného pro uzávěr koronárních tepen. Vysvětlili jsme si základní principy bypassu a soustředili jsme se také na PTCA a klinickém využití této metodiky. Význam sester je v těchto úkonech neoddiskutovatelný, to ostatně z této bakalářské práce jednoznačně vyplývá. Sestry jsou nepostradatelné jak z hlediska samotných zdravotnických úkonů, tak i z hlediska péče o pacientovo duševní stav.

V nemocniční péči je důležité sledovat psychický stav pacienta. Během hospitalizace je nezbytný profesionální přístup zdravotníků a edukace pacienta. Tyto aspekty umožní zdravotníkům, zejména sestřám uklidnit pacienta a zlepšit jeho psychický stav. Pacientova psychická pohoda je jeden ze základních předpokladů k úspěšné léčbě. K udržování a podpoře takovéto pohody je důležité milé a empatické chování sester, stejně tak jako důvěryhodně působící lékař, který odpovídající formou pacientovi předá informace související s léčbou.

V první kapitole teoretické části jsme popsali anatomii srdce, cév a také věnčitých tepen. V druhé kapitole jsme se zaměřili na popis ischemické choroby srdeční, akutní a chronickou formy ischémie a také klinický obraz nemoci. Farmakologická léčba ischemické choroby srdeční byla také zahrnuta do kapitoly číslo dva. Ve třetí kapitole teoretické části jsme popsali ještě jednu nemoc a to aterosklerózu, její patogenezi a farmaceutickou léčbu. Také jsme popsaly edukaci sestry v prevenci aterosklerózy a rizikové faktory, které mohou způsobit toto onemocnění. Čtvrtá kapitola začíná popisem výkonu perkutánní transluminální angioplastiky a ošetrovatelské péče o pacienta podstupujícím tento výkon. V této kapitole jsme také rozepsali indikace a kontraindikace k PTCA, poté přípravu pacienta a úlohu sestry před výkonem. Dále byla popsána technika perkutánní transluminální angioplastiky a úloha sestry na katetrizačním sále při výkonu. Na konci čtvrté kapitoly jsme se zaměřili na úlohu sestry po výkonu PTCA. Do páté a poslední kapitoly teoretické části jsme zahrnuli kardiochirurgickou léčbu, a to zejména CABG. V této kapitole jsme popsali indikaci k bypassu, operační rizika a komplikace po výkonu CABG. Do velkého článku v této kapitole jsme zahrnuli ošetrovatelskou péči o

pacienta podstupujícího bypass a různé typy předoperačních příprav. Poté jsme popsali pooperační péči a úlohu sestry v následujících dnech pooperační péče na standardním oddělení.

Hlavním cílem této bakalářské práce zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientů s uzávěrem koronárních tepen po kardiochirurgickém zákroku a intervenční PTCA. Při zpracování kazuistik se ukázalo, že u kardiologických pacientů je důležitá ošetrovatelská péče, a to je edukace před výkonem, během výkonů a také po něm. Psychické pohodlí pacienta také je důležitou částí ošetrovatelské péči.

Tato bakalářská práce je vhodná jako studijní materiál pro studenty univerzit, vysokých a středních škol zdravotnických oborů zejména všeobecná sestra. Také může být používána na kardiochirurgických a kardiologických odděleních nemocnice pro sestry, které na začátku své práci v nemocnice.

SEZNAM LITERATURY

1. KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.
2. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha Grada, 2014. 264 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
3. БОКЕРИЯ, Лео и Елена ГЛУХОВА. *Клиническая кардиология: диагностика и лечение*. Москва РАМН, 2011. 1730 с. ISBN 978-5-7982-0277-5.
4. КОЗЛОВ, Валентин. *Анатомия сердечно-сосудистой системы*. Москва практическая медицина, 2011. 193 с. ISBN 978-5-98811-200-6.
5. SKALICKÁ, Hana a Miloš Táborský a kol., *Manuál ambulantního specialisty – kardiologa*. Praha Mlada fronta, 2016. 312 s. ISBN 978-80-2044-226-0
6. ROSLOVÁ, Hana. *Preventivní kardiologie: v kostce*. Praha Axonite, 2013. 248 s. ISBN 978-80-904899-5-0.
7. ADÁMKOVÁ, Věra. *Nemocné srdce, aneb, Nemoc není bezmoc*. Brno Facta Medica, 2010. 152 s. ISBN 978-80-904260-7-8.
8. STANĚK, Vladimír. *Kardiologie v praxi*. Praha Axonite, 2014. 376 s. ISBN 978-80-904899-7-4.
9. BULAVA, Alan. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha Grada, 2017. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.
10. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a dopl. vyd. Praha Grada, 2017. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
11. VÍTOVEC, Jiří, Jindřich ŠPINAR, Lenka ŠPINAROVÁ a Ondřej LUDKA. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. Praha Grada, 2018. 234 s. ISBN 978-80-271-0624-0.
12. KALÁB, Martin. *Perioperační péče o pacienta v kardiologii*. Brno Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 244 s. ISBN 978-80-7013-557-0.
13. *Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce*. Praha Grada, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4083-6.
14. ADÁMKOVÁ, Věra. *Pacient po kardiologickém výkonu v péči dalších odborných ambulancí*. Praha Maxdorf, 2018. 169 s. ISBN 978-80-7345-565-1.
15. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha Grada, 2019. 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.

16. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha Grada, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
17. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha Grada, 2013. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
18. HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK. *Memorix anatomie*. Praha Triton, c2013. 605 s. ISBN 978-80-7387-674-6.
19. BENEŠOVÁ, Marika. *Odmaturuj! z biologie*. Brno Didaktis, c2013. 256 s. ISBN 978-80-7358-231-9.
20. TÓTHOVÁ, Valérie, Ivana CHLOUBOVÁ a Radka PROKEŠOVÁ. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha Grada, 2019. 160 s. ISBN 978-80-271-2197-7.
21. JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
22. DRÁBKOVÁ, Pavla. *Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Ošetrovatelská péče u pacientů po operacích na standardním oddělení* [online]. Praha: Care Comm, 2016, 16 (2) [cit. 13.02.2021]. ISSN:1801464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/1/oseetrovatelska-pece-u-pacientu-po-operacich-na-standardnim-oddeleni/>
23. KRAUSOVÁ, Milena. *Ošetrovatelská péče o nemocného po invazivních kardiologických výkonech z arteria femoralis*. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
24. *Казанский медицинский журнал*. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце в условиях вспомогательного искусственного кровообращения [online]. 2018, 99 (6) [17.01.2021]. ISSN: 2587-9359. Доступно из: https://www.researchgate.net/publication/329684962_On-pump_beating-heart_coronary_artery_bypass_grafting_a_literature_review
25. *Вестник современной клинической медицины*. Кардиальный синдром х: возможности терапии [online]. 2017, 10 (6) [15.01.2021]. ISSN: 2079 - 553X. Доступно из: <https://cyberleninka.ru/article/n/kardialnyy-sindrom-h-vozmozhnosti-terapii/viewer>
26. *Российский медицинский журнал*. Кардиальные риски при внесердечных хирургических вмешательствах [online]. 2016, 19 (1) [17.01.2021]. ISSN: 2412-9100. Доступно из:

https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Kardialynye_riski_pri_vneserdechnyh_hirurgicheskih_vmeshatelystvah/

27. *Эндокринология. Журнал для непрерывного медицинского образования врачей.* Микроваскулярная стенокардия и сахарный диабет: что важно не упустить [online]. 2019, 8(4) [9.02.2021]. ISSN: 2304-9529. Доступно из: <https://cyberleninka.ru/article/n/mikrovaskulyarnaya-stenokardiya-i-saharnyy-diabet-cto-vazhno-ne-upustit/viewer>
28. Ліки України. Аномалии строения коронарных артерий [online]. 2012 10 (166) [13.12.2020]. ISSN 1997-9894. Доступно из: http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2012-12-28/dict_1.pdf
29. *Česká kardiologická společnost: Revaskularizace myokardu Perkutánní koronární intervence a aortokoronární bypass.* Brno: Česká kardiologická společnost, 2019 - ISSN 0010-8650
30. *Statní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. SÚKL: ©2010 [cit. 8.02.2021]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Žádost o poskytnutí informací 1	89
Příloha B Žádost o poskytnutí informací 2.....	92
Příloha C Povolení k provedení výzkumného šetření 1	95
Příloha D Povolení k provedení výzkumného šetření 2	96
Příloha E Informovaný souhlas pacienta o provádění výzkumu 1	97
Příloha F Informovaný souhlas pacienta o provádění výzkumu 2	98
Příloha G Léčba statiny	99
Příloha H Léčba antiagriganty	100

Příloha A Žádost o poskytnutí informací 1



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 50, 304 60 Plzeň - Lochovín
IČO 00609806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ / DIPLOMOVÉ / JINÉ PRÁCE

– FN PLZEŇ

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studentky/a: Eleonora Kondratova

Úplný název vysoké / vyšší odborné školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, Ošetrovatelství

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra / 3.ročník

***Název bakalářské práce:** Ošetrovatelský proces u pacientů s uzávěrem koronárních tepen

***Vedoucí práce:** Mgr. Jana Křivková,
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence (FZS ZČU)

Kontakt na vedoucího práce: krivkova@kos.zcu.cz

***Jsem zaměstnancem FN Plzeň: ne**

ZOK: ne

Pracovní pozice: ne

***Jsem zaměstnancem jiného poskytovatele zdravotních služeb: ne**

Název poskytovatele zdr. služeb: ne

Pracoviště: ne

Pracovní pozice: ne

***Nejsem v pracovním poměru.**

Cíl mé bakalářské práce – popsat stručně: Zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientů s uzávěrem koronárních tepen po kardiologickém zákroku a intervenční PTCA.

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce / období odborné praxe na zdravotnickém oddělení / klinice FN Plzeň: Od 12.10.2020 do 6.11.2020

Kontaktní pracoviště FN Plzeň pro empirickou část (uvedení konkrétního ZOK FN Plzeň, na kterém chci sbírat informace k mé práci): Kardiologické oddělení lůžka + JIP (FN Plzeň Lochotín)

Metoda empirické části práce

**Vyberte jednu nebo více variant – dle zaměření vaší práce: např. budu psát kazuistiku a současně dávat dotazník všeobecným sestřím, vyberu si tedy z nabídky č. 1 a 2 a zřetelně označím*

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

Pro sběr informací, pomocí dotazníku / rozhovoru oslovím:

*Pacienty

Plánovaný počet respondentů z FN Plzeň? 2-4.....

***2. Vypracováním kazuistiky / analýzy / – text žádosti:**

Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- *léčebných metodách
- *ošetrovatelských postupech

v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.

Poznámka: Student může žádat o poskytnutí informací ve výše uvedeném případě jen tehdy, podílí li se na ošetrování / vyšetřování pacientů v rámci své odborné praxe ve FN Plzeň.

- Informace mě bude poskytovat **oprávněný zdravotnický pracovník FN Plzeň, kterým je:** Bc. Šilhavá Olga, staniční sestra
- **Kontaktní telefon, e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň:** KCHO lůžka + JIP Email: silhavao@fnplzen.cz

Poznámka: Pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka se musí shodovat s místem výkonu odborné praxe studenta.

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

Eleonora Kondratova

Tel: 775526172

Email: eleonora.kondratova@yandex.ru

V Plzni dne: 21.09.2020

Příloha B Žádost o poskytnutí informací 2



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ / DIPLOMOVÉ / JINÉ PRÁCE – FN PLZEŇ

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studentky/a: Eleonora Kondratova

Úplný název vysoké / vyšší odborné školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, Ošetrovatelství

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra / 3.ročník

***Název bakalářské práce:** Ošetrovatelský proces u pacientů s uzávěrem koronárních tepen

***Vedoucí práce:** Mgr. Jana Křivková,
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence (FZS ZČU)

Kontakt na vedoucího práce: krivkova@kos.zcu.cz

***Jsem zaměstnancem FN Plzeň: ne**

ZOK: ne

Pracovní pozice: ne

***Jsem zaměstnancem jiného poskytovatele zdravotních služeb: ne**

Název poskytovatele zdr. služeb: ne

Pracoviště: ne

Pracovní pozice: ne

***Nejsem v pracovním poměru.**

Cíl mé bakalářské práce – popsat stručně: Zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientů s uzávěrem koronárních tepen po kardiologickém zákroku a intervenční PTCA.

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce / období odborné praxe na zdravotnickém oddělení / klinice FN Plzeň: Od 23.11.2020 do 4.12.2020

Kontaktní pracoviště FN Plzeň pro empirickou část (uvedení konkrétního ZOK FN Plzeň, na kterém chci sbírat informace k mé práci): Kardiologická klinika (FN Plzeň Lochotín)

Metoda empirické části práce

**Vyberte jednu nebo více variant – dle zaměření vaší práce: např. budu psát kazuistiku a současně dávat dotazník všeobecným sestřám, vyberu si tedy z nabídky č. 1 a 2 a zřetelně označím*

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

Pro sběr informací, pomocí dotazníku / rozhovoru oslovím:

*Pacienty

Plánovaný počet respondentů z FN Plzeň? 2-4.....

***2. Vypracováním kazuistiky / analýzy / – text žádosti:**

Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- *léčebných metodách
- *ošetrovatelských postupech

v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.

Poznámka: Student může žádat o poskytnutí informací ve výše uvedeném případě jen tehdy, podílí li se na ošetrování / vyšetřování pacientů v rámci své odborné praxe ve FN Plzeň.

- Informace mě bude poskytovat **oprávněný zdravotnický pracovník FN Plzeň, kterým je:** Bc. Radka Prudká, staniční sestra
- Kontaktní telefon, e-mail a **pracoviště** oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň: Kardiologická klinika ,tel.: 377103713 Email: prudkar@fnplzen.cz

Poznámka: Pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka se musí shodovat s místem výkonu odborné praxe studenta.

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

Eleonora Kondratova

Tel: 775526172

Email: eleonora.kondratova@yandex.ru

V Plzni dne: 1.11.2020

Příloha C Povolení k provedení výzkumného šetření 1



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

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na **Kardiologickém oddělení (KCH) FN Plzeň**, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „**Ošetrovatelský proces u pacientů s uzávěrem koronárních tepen**“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovoru s pacienty **KCH**, a dále získáváním informací o ošetrovatelských a léčebných postupech, tamtéž.

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

- Vrchní sestra souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, jakož i údaje, které vám pacienti sami sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- **Sběr informací budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Šilhavá Olga, Bc., staniční sestra KCH FN Plzeň.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas, a dále pokud by spolupráce s vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

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

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

V Plzni, dne 7. 10. 2020

Příloha D Povolení k provedení výzkumného šetření 2



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669006 tel.: 377 401 111, 377 103 111

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

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povolují** Vaše šetření na *Kardiologické klinice (KARD) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelský proces u pacientů s uzávěrem koronárních tepen*“.
Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovoru s pacienty *KARD*, a dále získáváním informací o ošetrovatelských a léčebných postupech, tamtéž.

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

- Vrchní sestra souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, jakož i údaje, které vám pacienti sami sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- **Sběr informací budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Prudká Radka, Bc., staniční sestra KARD FN Plzeň.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas, a dále pokud by spolupráce s vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

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

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

V Plzni, dne 10. 11. 2020

Příloha E Informovaný souhlas pacienta o provádění výzkumu

1

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Ošetrovatelský proces u pacientů s uzávěrem koronárních tepen.

STUDENT

Jméno: Kondratova Eleonora
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: eleonora.kondratova@yandex.ru

VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Jana Krivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: krivkova@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientu s uzávěrem koronárních tepen po kardiokirurgickém zákroku a intervenční PTCA.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafón. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

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

Podpis účastníka výzkumu: *[Signature]* Datum: 20.10.2020

Podpis studenta: *[Signature]* Datum: 20.10.2020

Příloha F Informovaný souhlas pacienta o provádění výzkumu 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Ošetrovatelský proces u pacientů s uzávěrem koronárních tepen.

STUDENT

Jméno: Kondratova Eleonora
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: eleonora.kondratova@yandex.ru

VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Jana Krivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: krivkova@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientu s uzávěrem koronárních tepen po kardiochirurgickém zákroku a intervenční PTCA

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já LUBOŠ LOUZA

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

Podpis účastníka výzkumu:  Datum: 1.12.2020

Podpis studenta:  Datum: 1.12.2020

Příloha G Léčba statiny

Statiny	Způsob podání	Účinek	Generika
Rosuvastatin	40 mg. – 1x denně	Snížení hladiny LDL a Zvýšení dobrého cholesterolu	Rosukard 40 mg. Zentiva
Simvastatin 20 mg.	20 mg. – 1x denně	Snížení hladiny LDL cholesterolu	Vasilip 20 mg. KRKA
Atorvastatin 10 mg.	10 mg. – 1x denně	Upravuje hladinu lipidů v těle	Atoris 10 mg. KRKA

Zdroj: převzato z SÚKL <https://www.sukl.cz/>

Příloha H Léčba antiagriganty

Antiagreganty	Způsob podání	Účinek	Generika
Clopidogrel 75 mg.	75mg. – 1x denně	Prevence vzniků trombu	Plavix 75 mg. Sanofi
Tikagrelor 90 mg.	90 mg. – 1x denně	Antagonista ADP receptoru	Brilinta 90 mg AstraZeneca

Zdroj: převzato z SÚKL <https://www.sukl.cz/>