

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Nejčastější problémy v ošetrovatelské praxi před a po invazivních  
výkonech v oboru kardiologie**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce:**

**Bc. Veronika Švábová, R.N**

**2009**

**Autor práce:**

**Hana Veselá**

## **Abstract**

The theme of this is „The Most Frequent Problems in Nursing Practice before and after Invasive Cardiological Interventions“. The principal goals were to identify the most frequent problems in the nursing practice after invasive interventions, to map the awareness of patients before and after invasive interventions and the effect of awareness on further course of nursing care.

The chapter describing the current state of the given problem also includes the history of invasive cardiology, describes some invasive interventions performed in the hospital and nursing. The latter is mainly focused on the role of a nurse in the care of patients undergoing invasive interventions and describes some nursing problems that may occur in these patients. The importance of communication between nursing staff and patients is highlighted.

The qualitative inquiry took place in the form of non-standardized interviews and observation. The interviews were recorded on a dictaphone and transcribed subsequently. Two interviews, on which case reports were based, were made with 5 respondents in total. The case reports were completed with synoptic tables presenting the problems described in the case reports. The investigation took place at the standard Department of Cardiology of the České Budějovice Hospital, Inc.

The case reports include both interviews, before and after an invasive intervention, stating the most frequent problems of respondents. They reflect nurse's approach to the care of patient and, last but not least, the level of doctor's and nurse's awareness. I can state according to the achieved results that the set goals were reached.

The results of this thesis will be provided to the management of the medical facility where the investigation was performed. They may serve to eliminate the described problems related to invasive interventions. The thesis may also be presented at nurse seminars, conferences and in professional magazines for nurses.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Nejčastější problémy v ošetrovatelské praxi před a po invazivních výkonech v oboru kardiologie vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

podpis studentky

**Poděkování:**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Bc. Veronice Švábové, R.N. za její trpělivost a cenné rady související s touto prací.

<b>Obsah</b>	
<b>Úvod</b> .....	3
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	4
<b>1.1 Obor kardiologie</b> .....	4
<i>1.1.1 Definice kardiologie a invazivní kardiologie</i> .....	4
<i>1.1.2 Historie a význam kardiologie</i> .....	4
<b>1.2 Invazivní výkony v kardiologii</b> .....	6
<i>1.2.1 Pravostranná srdeční katetrizace</i> .....	6
<i>1.2.2 Levostranná srdeční katetrizace</i> .....	7
<i>1.2.3 PTCA (perkutánní transluminální koronární angioplastika)</i> .....	9
<i>1.2.4 Elektrofyzilogické vyšetření</i> .....	10
<b>1.3 Ošetrovatelská příprava pacienta na invazivní výkon</b> .....	11
<i>1.3.1 Psychologická příprava</i> .....	12
<i>1.3.2 Fyzická příprava</i> .....	13
<i>1.4.3 Pomocná vyšetření jako součást přípravy na invazivní výkon</i> .....	14
<b>1.4 Péče o pacienta během invazivního výkonu</b> .....	18
<i>1.4.1 Aseptické postupy během invazivního výkonu</i> .....	18
<i>1.4.2 Asistence sestry u invazivního kardiologického výkonu</i> .....	19
<b>1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po kardiologickém invazivním výkonu</b> .....	20
<i>1.5.1 Monitorace pacienta</i> .....	20
<i>1.5.2 Režimová opatření u pacienta</i> .....	21
<b>2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	24
<i>2.1 Cíle práce</i> .....	24
<i>2.2 Výzkumné otázky</i> .....	24
<b>3. METODIKA PRÁCE</b> .....	25
<i>3.1 Metodika sběru dat</i> .....	25

3.2 <i>Charakteristika sledovaného souboru</i> .....	25
<b>4. VÝSLEDKY</b> .....	26
<b>5. DISKUSE</b> .....	54
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	63
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	65
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	68
<b>9. PŘÍLOHY</b> .....	69

## Úvod

V dnešní době se stále častěji objevuje srdeční onemocnění a s ním spojená vysoká mortalita. Nárůst takové úmrtnosti si vyžaduje zdokonalování metod diagnostických i terapeutických. Za jeden z pokroků bychom mohli označit velký rozvoj invazivní kardiologie, jejíž podstatou je přímý zásah do lidského organismu. Typ takového zásahu sebou nese řadu problémů týkající se především samotných nemocných, kteří výkon podstupují. Z toho důvodu jsem si zvolila téma bakalářské práce, které je zaměřené na problematiku související s invazivními výkony.

Velké procento pacientů s onemocněním srdce, nastupující do nemocnice k invazivnímu výkonu, pocítuje určité obavy. Přístup k těmto nemocným vyžaduje značnou dávku empatie ze strany sestry a vůbec celého zdravotnického týmu. Bohužel v poslední době, kdy se tyto výkony značně rozšířily, zapomínáme na jedinečnost každého člověka. Někdy opomíjíme věci, které se nám zdají nepodstatné proto, že je vykonáváme každý den, ale pro člověka, který jde poprvé na invazivní výkon je taková maličkost velmi důležitá. V první řadě je nezbytné podat dostatek informací, které by pomohly jedinci zmírnit nejistotu, která může být příčinou špatné spolupráce mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Informovanost považuji za hlavní pilíř veškeré ošetrovatelské péče o pacienta.

Cílem práce je zjistit jaké nejčastější problémy se u pacientů podstupující invazivní výkon vyskytují a jak ovlivňuje, již zmíněná informovanost pacienta celý ošetrovatelský proces během hospitalizace, kterou si většina zákroků vyžaduje. V souvislosti s tím, bych se chtěla zaměřit na komplexnost informací, které jsou pacientům poskytovány.

Závěrem bych si dovolila podotknout, že z výsledků této práce by mohly načerpat mnoho poznatků hlavně sestry. Především nám poskytnou informace o tom, v jaké oblasti se u pacientů vyskytují nejčastější problémy. Díky tomu bychom se měli v rámci ošetrovatelské péče, na tyto oblasti zaměřit a pokusit se o jejich celkové zlepšení.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Obor kardiologie**

#### ***1.1.1 Definice kardiologie a invazivní kardiologie***

Abychom se mohli zabývat invazivními výkony v kardiologii, je nezbytné seznámit se s některými pojmy, které s nimi úzce souvisejí. Jedním z nich je pojem *kardiologie*. Jedná se o vědní obor, který se odpojil od vnitřního lékařství a zabývá se výzkumem, etiologií, diagnostikou, klinickým obrazem, léčbou a také prevencí onemocnění srdce. Dalším důležitým pojmem je *invazivní kardiologie*, ta je součástí kardiologie zabývající se katetrizačními postupy diagnostickými i terapeutickými. Jsou to postupy jako levostranná a pravostranná katetrizace, koronarografie, elektrofyzilogické vyšetření, PTCA, kardiostimulace a další (18, 33).

Invazivní vyšetření představuje určitý způsob vyšetřování, při němž vyšetřovací přístroje či nástroje pronikají dovnitř organismu. Řada těchto metod výrazně zlepšila možnosti diagnózy některých nemocí (33).

Kardiovaskulární onemocnění patří již řadu let k nejzávažnějším zdravotním problémům. Řadí se mezi nejčastější příčinu úmrtí, hlavně v rozvinutých zemích. Proto má tento obor své nezastupitelné místo v oblasti medicíny (13).

Na kardiologických odděleních, stejně jako na jakémkoliv jiném, o pacienty pečuje sestra, která zastává veškeré ošetrovatelské činnosti vykonávané během jejich pobytu v nemocnici. Týká se jak přijetí pacienta, tak jeho přípravy na invazivní výkon, péče během výkonu a v neposlední řadě péče po výkonu (26).

#### ***1.1.2 Historie a význam kardiologie***

Kardiologie je disciplínou, která úzce spojuje klinickou praxi s teorií, proto není možné tyto dvě oblasti oddělit. Každý teoretický kardiolog je stále ovlivňován novými problémy z klinické praxe. Pokud by neměl dostatek znalostí, jeho experimenty by neměly žádný smysl (7).

Počátky české kardiologie spadají již do období Rakousko-Uherské monarchie. V roce 1921 se kardiovaskulární onemocnění řadily v českých zemích na sedmé místo



mezi příčinami úmrtí a v roce 1927 byly dokonce na prvním místě. To byl důvod, proč byla kardiologie v letech 1919 až 1929 v popředí zájmu. Významnými kardiology v této době byli Klement Weber a František Herles, který u nás jako první diagnostikoval podle EKG akutní infarkt myokardu (7).

Velký revoluční objev a pokrok v kardiologii se udál po druhé světové válce. Jednalo se především o rozvoj katetrizace srdce, kterou provedl W. Forssmann v roce 1929 na vlastním srdci. Tento objev Z. Fejfar označuje za začátek hemodynamické éry kardiologie. Později ji zpracovali Cournand a Richards, všichni tři pak byli oceněni Nobelovou cenou. Díky této nové metodě se rozšířily diagnostické a terapeutické možnosti (7, 8).

Avšak důležitou osobou v rozvoji invazivní kardiologie je i O. Klein, pražský internista, který v roce 1930 provedl a publikoval diagnostickou srdeční katetrizaci. Tento lékař bývá dosti často opomíjen a první zásluhy za katetrizaci srdce bývají připisovány právě W. Forssmannovi. Ten sice provedl katetrizaci srdce rok před Kleinem, ale nikoliv za účelem diagnostickým, ale chtěl pouze dokázat, že touto cestou lze aplikovat léky přímo do srdce (18).

V roce 1929 vznikla *Československá kardiologická společnost*, která existuje do současnosti. Jejím cílem bylo rozvíjet klinickou praxi, vědeckou činnost a spolupráci v Evropě. Dále se zaměřovala na sociálně-zdravotní péči o kardiaky a dětské pacienty. V období 2. světové války byla soustředěná na pracovní schůze a postgraduální výchovu. Roku 1949 došlo k jejímu nedobrovolnému zařazení do *Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně*, ze které vystoupila až v roce 1991 a stala se opět samostatnou (7).

V nedávné době vznikla, ve spolupráci s Českou kardiologickou společností, tzv. *Pracovní skupina ošetrovatelství v kardiologii*. Nově vzniklá skupina je otevřená pro všechny sestry z lůžkových zařízení i ambulancí, které mají zájem o kardiologii. Všichni členové pracovní skupiny jsou zároveň členy České kardiologické společnosti. Cílem této skupiny je podpora a organizace postgraduálního vzdělávání kardiologických sester formou konferencí a seminářů. Dále také probíhá spolupráce s Českou asociací

sester za účelem definovat a legalizovat sesterské aktivity při specializačních činnostech v oboru kardiologie na akreditovaných pracovištích (20).

## **1.2 Invazivní výkony v kardiologii**

### ***1.2.1 Pravostranná srdeční katetrizace***

Jedná se o invazivní vyšetřovací metodu, při které se zavádí katétr do pravých srdečních dutin, a to nejčastěji přes podklíčkovou, stehenní, krční nebo loketní žílu. Odkud se pokračuje přes dolní nebo horní dutou žílu do pravé síně, pravé komory, plicnice a periferní větve plicnice. Pro ilustraci uvádím v příloze č. 5 některé druhy katétrů, které lze použít při invazivním výkonu v kardiologii (5,26).

Srdeční katetrizace se v nynější době stala standardním výkonem určující nám diagnózu a závažnost kardiovaskulárních onemocnění. Je důležité, aby byla prováděna lékařem, který nemocného před katetrizací viděl a sám zhodnotil závažnost postižení (11).

Jak už jsme se zmínili, katetrizace nám umožňuje nejen diagnostiku, ale i význam některých srdečních vad, činnost srdečních komor nebo monitoruje základní životní parametry u lidí v kritickém stavu. Při této katetrizaci lze měřit i tlak krve v plicním oběhu. Její provedení je buď plánované, nebo akutní u lidí ležících na jednotkách intenzivní péče (14).

Provádí se pomocí speciálních rentgenokontrastních cévek, které jsou zaváděny při skiaskopické kontrole. Nejčastěji se při tomto vyšetření používá Swan-Ganzův plovoucí katétr, který se smí zavádět pouze za monitorace tlaků. Na jeho konci je nafukovatelný balónek, po jehož nafouknutí dojde ke snadnějšímu průchodu srdečními oddíly a zaklínění v periferní větvi plicnice. V plicnici lékař balónek vypustí a zaznamenává se tlak ve výdechu. Potom lékař balónek opět nafoukne a zasune ho o kousek dál, dokud se neobjeví tlak v zaklínění, který odpovídá tlaku v levé síni. Zavádění katetru do pravé síně může být obtížné v případech, že se u pacienta vyskytuje fibrilace síní, příliš velká pravá síň, ve které se katétr stáčí, nebo při trikuspidální regurgitaci (5, 8, 30).

Indikací k pravostranné srdeční katetrizaci je u nemocných vzestup tlaku v plicnici. V tomto případě se katetrizace využívá na diagnostikování plicní hypertenze.

A podle hodnot tlaku naměřených při vyšetření se plicní hypertenze rozlišuje na prekapilární a postkapilární (14).

Dále se může tato metoda využívat na posouzení stupně náplně levé a pravé srdeční komory a srdečního minutového objemu. Při vysoké nebo naopak nedostatečné náplni některé z komor může dojít k poklesu srdečního minutového objemu. Velký pokles minutového objemu se může projevit jako syndrom nízkého srdečního minutového objemu. Proto je někdy nutné plnicí tlaky pravé a levé komory sledovat pomocí zavedeného Swan-Ganzova katétru (2).

Díky pravostranné katetrizaci také můžeme posoudit přítomnost zkratové cirkulace mezi levostrannými a pravostrannými oddíly. K posouzení významnosti zkratu a jeho lokalizaci nám poslouží metoda etážových odběrů vzorků krve. Krev se odebírá při katetrizaci a to z horní a dolní duté žíly, pravé síně, komory a plicnice. Poté se ve vzorcích stanovuje saturace kyslíkem, která nám lokalizuje, ve kterých místech se nachází zkrat (14).

Při pravostranné katetrizaci lze provést i angiografii pravé síně, pravé komory nebo plicnice, která je indikována při podezření na plicní embolizaci. Jedná se o nejpřesnější metodu potvrzující nebo vylučující plicní embolii (14).

Do této doby jsme pravostrannou katetrizaci popisovali jako vyšetřovací metodu, ale lze ji také použít k léčebným účelům. A to buď k aplikaci streptokinázy přímo do plicnice u plicní embolie. Nebo jako metoda k elektrické stimulaci různých srdečních oddílů, k přerušení nitrosrdečních vodivých struktur při různých arytmiích pomocí metody katetrizační ablace (14).

### ***1.2.2 Levostranná srdeční katetrizace***

Jedná se o invazivní vyšetření, které se musí provádět pod rentgenovou kontrolou. „Levostranná srdeční katetrizace je nejpřesnější vyšetřovací metodou k rozpoznání ischemické choroby srdeční“ (13).

Nejčastěji se punktuje arteria femoralis nebo arteria radialis. Do tepny se zavede vodící drát a po něm zavaděč (Seldingerova technika). Poté se postupuje přes aortu a její větve proti směru proudu krve (retrográdně) do levé komory (14).

K levostranné katetrizaci patří selektivní koronarografie a levostranná ventrikulografie (14).

### Selektivní koronarografie

Jde o invazivní vyšetření koronárních tepen, které se pomocí kontrastní látky rentgenograficky zobrazí. Díky ní můžeme posoudit možnou přítomnost vrozených anomálií věnčitých tepen, aterosklerotických stenóz, včetně jejich závažnosti a rozsahu. Umožňuje také zobrazení kolaterálního oběhu a diagnostiku spasmů koronárních tepen (14, 28).

Význam tohoto vyšetření spočívá v rozhodování o dalším postupu léčby u pacienta. Podle výsledků koronarografie může být pacient indikován k operačnímu řešení nebo k revaskularizaci pomocí balónkové koronární angioplastiky. Své místo má také při hodnocení postupu arteriosklerotických změn a informuje nás o počtu postižení koronárních tepen a o funkci levé komory srdeční. Tyto informace jsou důležitými ukazateli prognózy u pacientů (14).

Indikace koronarografie je v poslední době stále častější, důvodem je její dostupnost a bezpečnost v rukou zkušených kardiologů. Můžeme říci, že dnes představuje třetí nejdůležitější vyšetřovací metodu po EKG a echokardiografii (3, 8).

Selektivní koronarografie bývá indikována u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, chlopenními vadami, srdečním selháním a arytmiemi neznámého původu. Za nezbytnou se považuje u pacientů po transplantaci srdce, u kterých je nutné toto vyšetření provádět v pravidelných intervalech (5, 28).

Tato vyšetřovací metoda nemá absolutní kontraindikaci. Lze se zmínit pouze o relativní kontraindikaci, kam bychom mohli zařadit aktivní infekci u pacienta, alergickou reakci na kontrastní látku, která byla zaznamenána v anamnéze při předchozím podání. Dále to může být těžká anémie, rozvrat vnitřního prostředí, závažné poruchy krevní srážlivosti nebo technicky neproveditelný výkon, např. těžká

ateroskleróza končetinových tepen, celkově těžký zdravotní stav pacienta. Také nedostatečnou spolupráci pacienta a jeho nezvládnutelný strach z vyšetření lze považovat za relativní kontraindikaci koronarografie (5).

#### Levostranná ventrikulografie

Jedná se o metodu, která bývá součástí katetrizačního vyšetření. V posledních 35 letech hraje toto vyšetření významnou roli při hodnocení srdečních chorob. Levostranná ventrikulografie je důležitou metodou, při které se zjišťuje funkce levé komory srdeční (11, 30).

Její smyslem je posouzení velikosti, morfologie a kinetiky všech segmentů levé komory. Způsob provedení je za pomoci speciálního katetru (pig-tail), který se zavede retrográdně přes aortální chlopeň do levé komory. Poté může být činnost levé komory zhodnocena buď měřením rychlosti kontrakce, nebo měřením ejekční frakce levé komory (11, 30).

#### **1.2.3 PTCA (perkutánní transluminální koronární angioplastika)**

V dnešní době bývá častěji označována jako PCI (perkutánní koronární intervence). Lze ji označit za nejčastěji prováděnou intervenční katetrizační léčbu. U tohoto výkonu již mluvíme o alternativní metodě trombolytické léčby, která se využívá při zjištění zúžení nebo uzávěru některé cévy. Napomáhá tedy ke zprůchodnění (rekanalizaci) postižené cévy. Je-li provedena včas, dojde ke zmenšení velikosti infarktového ložiska a tím pádem i k záchraně životaschopného srdečního svalu. Od koronarografie se liší tedy tím, že se nejedná o diagnostickou metodu, ale již o léčebnou katetrizační metodu. Velmi často navazuje právě na koronarografii (11, 29).

Poprvé byla tato metoda využita koncem 70. let u pacientů s ICHS (ischemickou chorobou srdeční). Od té doby došlo k velkému rozvoji v typech použitých katetrů, ale i přes použití této léčebné metody může docházet k dalšímu zužování cévy. Proto je nezbytná zručnost, znalost a zkušenost katetrizujícího lékaře. Výkon by měl být prováděn v nemocnicích, kde je okamžitá dostupnost kardiologie k řešení nečekaných situací, které vyžadují koronární chirurgii nebo bypass (11).

Zákrok spočívá v zavedení katétru s balónkem k postiženému místu zúžené cévy a následně lékař provede nafouknutí balónku. Nejčastější přístup k místu zúžení je přes stehenní tepnu, méně často to bývá tepna pažní, vřetenní a podpažní. Během výkonu je důležité, aby byla délka zúžení přesně změřena a následně zvolen stent (viz příloha č. 6). Jedná se o kovovou výztuž (spirálu), kterou lékař pomocí vodiče zavede do místa zúžení. Poté stent pomocí balónkového katétru rozepne. Následně katétr vyfoukne a vytáhne ven. Stent, který zůstane v místě zúžení, proroste cévní výstelkou a zůstává zde trvale. Důvodem správného zvolení stentu je předejití natržení stěny cévy před nebo za stentem. Po výkonu lékař do místa vpichu zavádí tzv. sheath, jedná se o krátký katétr s chlopičkou, který napomáhá minimalizovat komplikace v místě vpichu po výkonu. Ten bývá odstraněn lékařem za asistence sestry až na oddělení. Jeho vytažení závisí na výsledcích APTT. Poté ještě na místo vpichu sestra přiloží kompresivní obvaz a pacient dále dodržuje klidový režim 16- 24 hodin dle zvyklosti oddělení (13, 29).

Indikace k výkonu je stále častější. Jedná se o pacienty s angínou pectoris, akutním infarktem myokardu. Ale indikováni většinou jsou všichni pacienti, kteří mají zúžení tepen minimálně o 50%. Je však důležité, aby byl uzávěr starý méně než dva měsíce. Tato metoda může přinést úspěch i u pacientů s nestabilní angínou pectoris. Bylo by však dobré zmínit se, že v tomto případě může častěji docházet k opětovnému zúžení ošetřené cévy (restenóze) (11, 13).

Restenózy jsou častější u pacientů, kterým byla ošetřena (dilatována) více jak jedna céva. Procentuálně lze říci, že se objevují u 20% ošetřených pacientů. Ošetření restenózy spočívá v dalším provedení PCI. Pokud dochází k častému opakování, jsou tito pacienti doporučeni k chirurgickému řešení pomocí bypassu. Lze se také zmínit o možné prevenci restenózy, která spočívá v zavedení stentů, na které jsou nanášeny různé farmakologické látky (heparin, nízkomolekulární heparin a další). Prevence je však stále jedním z hlavních cílů intervenčních kardiologů (11, 13).

#### ***1.2.4 Elektrofyziologické vyšetření***

Elektrofyziologické vyšetření (EFV) je invazivní vyšetřovací metoda, jejímž cílem je upřesnit diagnostiku a mechanismus srdeční arytmie a také umožňuje testování

účinku zavedené antiarytmické léčby. Rozsah a charakter postupů při vyšetření se liší podle toho, co je cílem vyšetření (14, 30).

Podstata vyšetření spočívá ve snímání elektrické aktivity srdečních oddílů a jejich stimulaci za pomoci elektrodových katétrů, které se zavádí do srdečních dutin žilní nebo tepennou cestou. Vstupními místy mohou být žíly stehenní, podklíčkové a krční. Katétr se do srdce zavádějí standardní Seldingerovou metodou (28, 30).

Vyšetření by nám mělo pomoci určit léčebný postup u pacientů se srdeční arytmií, rozhodne o tom, zda se bude jednat o léčbu antiarytmiky, kardiostimulací, ablací katétrelem nebo dokonce chirurgickou cestou (14).

Toto vyšetření se indikuje jako poslední možnost po vyčerpání všech neinvazivních vyšetřovacích metod u pacientů s problematikou arytmií. Jedná se o vyšetření, které trvá několik hodin. Může se provádět ambulantně i při hospitalizaci (30).

K elektrofyzilogickému vyšetření jsou indikováni pacienti s:

- Bradyarytmií – při podezření na AV blokádu, především u pacientů se synkopami.
- Tachyarytmií – např. komorové tachykardie, stavy po resuscitaci, kdy došlo k zástavě srdce z nejasného původu.
- Synkopálními stavy – jedná se o nejasné synkopy, u kterých byla vyloučena mimosrdeční příčina (např. epilepsie).
- Palpitací – k vyšetření se přistupuje tehdy, když diagnózu nelze stanovit neinvazivní metodou (14)

Kontraindikací elektrofyzilogického vyšetření jsou akutní záněty, akutní infarkt myokardu, myokarditida, intoxikace a závažné poruchy hemokoagulace (5).

### **1.3 Ošetřovatelská příprava pacienta na invazivní výkon**

Jako před každým vyšetřením, tak i zde je velmi důležitá příprava na invazivní výkon, kterou obstarává především sestra. Je nezbytné, aby pacient byl připravený včas a správně. Svědomitá příprava nám zaručuje snížení rizika výskytu komplikací po zákroku.

Každé invazivní vyšetření má svá určitá specifika přípravy. Některé zásady jsou však u všech stejné. Jedná se především o informovanost pacientů, která se vztahuje k psychologické přípravě. Část zahrnující tuto přípravu, by neměla být podceněna. Je také nezbytné zajistit fyzickou přípravu pacienta. V neposlední řadě je třeba před invazivním výkonem provést některá pomocná vyšetření. V následujících podkapitolách uvádíme zmíněné jednotlivé oblasti týkající se přípravy pacienta (28).

### ***1.3.1 Psychologická příprava***

V ošetrovatelské péči o pacienta má své nezastupitelné místo také psychologická příprava. Při příchodu do nemocnice je často doprovázen negativními pocity, jako je strach nebo obavy. Nejčastější příčinou strachu je bolest, nejistá diagnóza, budoucnost, v neposlední řadě smrt. Sestra má za úkol získat nemocného ke spolupráci, sledovat jeho psychický stav a odpovídat na dotazy, které jsou v její kompetenci. Jak již jsme se zmínili, neméně důležitá je informovanost pacienta. Vysvětlení významu vyšetření pro stanovení diagnózy a dalšího léčebného postupu. Lékař by měl nemocnému podat informace o průběhu výkonu, vhodné je zdůraznit, že je zákrok nebolestivý z důvodu místního znecitlivění. Sestra zároveň každému nemocnému podá informace individuálně a sdělení přizpůsobuje jeho celkovému stavu. Zohledníme věk, psychický stav, fyzický stav, zda se jedná o akutní příjem nebo plánovaný. Některým pacientům stačí pouze celkové shrnutí a vysvětlení, jiní chtějí znát všechny detaily (17, 26).

Proto je nezbytné, aby sestra, která s pacientem tráví většinu dne ovládala komunikační dovednosti, ke kterým patří správné kladení otázek, naslouchání, správná analýza informací získaných od pacienta a především vytvoření pocitu důvěry a spolupráce. Správná komunikace mezi sestrou a nemocným napomáhá k jeho aktivnímu zapojení do ošetrovatelského procesu a léčby. Je tedy vhodné poskytnout nemocnému dostatek prostoru, aby vyjádřil své obavy a strach. Sestra by neměla používat formulace typu: „Nedělejte si starosti.“, „Všechno je v pořádku.“, apod.. Nezbytné je akceptovat chování pacienta a vyhnout se jeho posuzování, tím získává pocit, že je součástí všeho dění kolem něj (15, 23, 25).



Velký význam v přípravě pacienta na invazivní výkon má pozorování. Při rozhovoru většinou nemocný své pocity zcela neodkryje. Sestra by proto měla ovládat pozorovací schopnosti, které jí mohou hodně napovědět při zhodnocení psychického stavu pacienta. Strach a úzkost, které jsou nejčastějšími emocemi doprovázející nemocného, se mohou objevit v neverbálních projevech. Takové chování většina nemocných nedokáže mít trvale pod kontrolou a díky tomu si sestra může vytvořit závěr o celkovém psychickém stavu pacienta (15, 31).

Součástí přípravy na invazivní výkon je také podepsání informovaného souhlasu, který obstarává lékař po poučení pacienta. Úlohou sestry je zajistit, aby všechny potřebné dokumenty byly v pořádku. Před odjezdem na sál zkontroluje, zda ošetrovatelská dokumentace obsahuje veškeré potřebné formuláře. Po celou dobu přípravy je nezbytné sledovat celkový stav pacienta a odpovídat na jeho případné nejasnosti, které jsou v její kompetenci (14, 28).

### ***1.3.2 Fyzická příprava***

V den vyšetření sestra pacienta upozorní, že nesmí přijímat nic ústy a musí zůstat nalačno. Sestra, k tomu kompetentní, aplikuje nemocnému periferní žilní kanylu a během výkonu ho informuje o důvodech jejího zavedení. Je velmi důležité, aby pacient byl s celým výkonem dobře obeznámen a spolupracoval. Po celou dobu by sestra měla dodržovat zásady asepse a správné manipulace s kanylou, tím předchází možnému vzniku nozokomiální nákazy. Je důležité, aby před výkonem provedla hygienické umytí rukou a připravila všechny potřebné pomůcky k lůžku. Při výkonu sestra používá nesterilní jednorázové rukavice. Umístění kanyly je dobré provést na nedominantní ruku pacienta, neměla by být oteklá nebo s vyskytujícím se otevřeným poraněním. V neposlední řadě je nezbytné, aby sestra provedla záznam o zavedení kanyly do dokumentace. Záznam by měl obsahovat datum, místo aplikace a podpis sestry (10, 14).

Před samotným invazivním výkonem je třeba oholit obě třísla. Pokud je pacient schopen vyholí si třísla sám v koupelně, v opačném případě výkon provede sestra. Nemocný by měl být sestrou informován, proč je důležité, aby byla oholena obě třísla.

Po dobu výkonu sestra zajistí nemocnému potřebnou intimitu pomocí zástěny u lůžka nebo může použít koupelnu k tomu určenou, záleží na zvyklostech oddělení. Sestra má také za úkol zjistit, zda pacient není alergický na kontrastní látku nebo některé léky. Zjištěné skutečnosti společně se záznamem o vyholení třísels a svým podpisem poznačí do dokumentace. Dále u pacienta zajistí odstranění šperků, zubní protézy, laku z nehtů, makeupu a jiných druhů protéz. Před odjezdem na katetrizační sál sestra nemocnému doporučí, aby se došel vyprázdnit, a poté mu aplikuje premedikaci dle ordinace lékaře (14, 22).

Pokud je u pacienta zjištěna alergie na kontrastní látku, bývá premedikace jiná. Tu opět určuje lékař a sestra ji na základě této ordinace aplikuje. Premedikace se také liší u elektrofyziologického vyšetření. V tomto případě se u nemocného vysadí několik dní před výkonem digitális, díky kterému by u pacientů mohlo dojít k arytmiím během manipulace s elektrodou v srdci. Abychom se vyhnuli zkreslení obrazu vyšetření, přerušit se i léčba antiarytmiky. Interval přerušení je u jednotlivých léků různý. Pokud má pacient závažné arytmie nebo podezření na ně, hospitalizuje se na monitorovací lůžko koronární nebo antiarytmické jednotky (14).

### ***1.3.3 Pomocná vyšetření jako součást přípravy na invazivní výkon***

V této kapitole jsou popsána nejčastější pomocná vyšetření, která se provádí před kardiologickými výkony. Především se zaměříme na ošetřovatelskou část, která zahrnuje ošetřovatelskou přípravu na vyšetření a péči po něm. Hlavní roli v plnění těchto úkolů zastupuje sestra.

***Elektrokardiografie (EKG)*** je metoda, která se provádí standardně u všech nemocných, kteří podstupují interní nebo specializované kardiologické vyšetření (9).

Příprava na EKG vyšetření obsahuje především informování a poučení pacienta. Sestra by měla nemocnému zdůraznit, že se jedná o nebolestivý výkon a tím zajistí jeho psychické uvolnění a svalovou relaxaci, která je pro natočení EKG nezbytná. Proto je vhodné, aby vyšetření probíhalo v klidné a přiměřeně teplé místnosti, tím předejdeme výskytu třesu, který by nám mohl znehodnotit záznam (10, 27).

Před vyšetření požádáme nemocného, aby se svlékl do půl těla, a pomůžeme mu zaujmout vodorovnou polohu na zádech. Klasický způsob natáčení EKG je pomocí 12-ti svodů, které lze rozdělit na končetinové a hrudní. Dříve než sestra umístí elektrody je třeba místo na kůži navlhčit vodou nebo použít EKG gel, čímž docílíme snížení odporu kůže. Toto rozlišení musí sestra, která provádí záznam EKG znát, aby byla schopná uskutečnit správné a kvalitní vyšetření. Pro ilustraci uvádíme v příloze č. 8 správné rozmístění elektrod. Když jsou svody na svém místě, požádá nemocného, aby se nehýbal a chvíli vydržel nemluvit, upozorní ho, že se bude jednat jen o pár minut. Sestra po ukončení výkonu označí záznam pacientovým jménem a rokem narození, pokud se tam tyto údaje nenacházejí. V dnešní době však máme už přístroje, které označení provádějí automaticky a některé také umožňují ukládání záznamů do paměti. Součástí EKG bývá také měření krevního tlaku a srdeční frekvence, které provede sestra. Hodnoty zaznamená na získaný záznam z EKG, který předá lékaři. Pacientovi sestra pomůže otřít místa na kůži, která byla navlhčena a popřípadě poskytne pomoc při oblékání (9, 10, 12).

**Rentgen srdce a plic (RTG S+P)** představuje jednu z neinvazivních metod. Může přinést řadu užitečných informací, jako je nález při posuzování výdutí velkých tepen (aorty). Při tomto vyšetření je nutné se chránit před účinky záření, které je během procesu částečně absorbováno v těle nemocného. Celé vyšetření provádí kvalifikovaný rentgenolog (radiologický asistent) a snímky vyhodnocuje radiolog (lékař) (8, 25).

Předem by měla sestra pacienta poučit o tom, jaké vyšetření jej čeká a co je součástí přípravy. Někdy je třeba nemocného připravit i medikamentózně, a to podáním Diazepamu ke zklidnění. Ženám do 45 let se rentgen neprovádí v druhé polovině menstruačního cyklu a při menstruaci. Sestra má za úkol pacienta na vyšetření dopravit a zajistí, aby měl odstraněné všechny šperky a hodinky. Dále se postará, aby měl nemocný vyprázdněný močový měchýř a střeva. Jinak si tato vyšetřovací metoda nevyžaduje žádnou speciální přípravu (32).

**Echokardiografie (ECHO)** jinak také ultrasonografie srdce, kterou lze označit za významnou součást kardiologického vyšetření. Tato metoda je neinvazivní, nazetěžující, snadno opakovatelná a umožňuje sledovat vývoj patologického procesu,

prostorové vidění, změnu tvaru a pohybu jednotlivých srdečních struktur. Celková doba vyšetření trvá přibližně 15-20 minut (10).

Vyšetření provádí lékař za asistence sestry a to buď klasicky přes hrudník, nebo pomocí jícnové sondy. Poloha, kterou nemocný při vyšetření zaujímá, je vleže na levém boku. Překážkou šíření UZ je plynné prostředí a kostní tkáň, které pohlcují nebo odrážejí velké množství UZ energie. Proto je nezbytné, aby zde byl bezvzdušný kontakt sondy s kůží. K tomuto účelu slouží dostatečné množství gelu, který se nanese na sondu. Na tomto místě je vhodné, aby sestra nemocného upozornila na to, že nanášený gel je studený. Jinak tato metoda nevyžaduje žádnou zvláštní přípravu. Péče po vyšetření spočívá pouze v očištění pacienta od gelu a sestra dbá na to, aby nedošlo u nemocného ke kolapsu v souvislosti se závratí při vstávání (10, 27).

Jícnové ECHO, které se provádí pomocí jícnové sondy, je používané pro vhodnou polohu jícnu, který naléhá na zadní stranu srdce. Obraz je kvalitnější, protože mezi srdcem a jícnem není žádná tuková tkáň. Celé vyšetření trvá asi 15-20 minut a to v místní anestézii vchodu do hltanu a kořene jazyka. Nejnepříjemnější částí vyšetření je zavedení sondy. U některých pacientů se sonda nepodaří zavést vůbec, proto lze výkon provést i v celkové anestézii. Poloha při vyšetření je vleže na levém boku, poté lékař zavádí sondu endoskopickou technikou (10, 27).

Příprava na vyšetření spočívá v seznámení pacienta o celém průběhu výkonu. Informace předává lékař, který zároveň získá souhlas nemocného. Výkon se provádí nalačno, proto je nezbytné, aby sestra nemocného upozornila, že od půlnoci nesmí přijímat nic ústy. Sestra zjistí, zda není pacient alergický, jestli nemá potíže při polykání a také se zeptá, zda neužívá léky, které zabraňují srážení krve. O zjištěných skutečnostech informuje lékaře. Dále poskytne pacientovi informace o nutnosti odstranění zubní protézy a brýlí. Úlohou sestry je sledovat celkový psychický stav pacienta, mnohdy se stává, že právě před tímto výkonem mají strach a obavy. Je nezbytné nemocného uklidnit a umožnit mu případné dotazy týkající se vyšetření. Jako premedikace se podává sedativum a lokální anestézie.

Po výkonu sestra popřípadě lékař informuje nemocného, aby ještě 2 hodiny nepřijímal potravu, nepil a nekouřil. Sestra pacienta upozorní, že v případě objevení se

potíží typu krvácení nebo bolestivost v oblasti hltanu, aby ji ihned informoval (10, 27, 29).

**Ergometrie** je funkční vyšetření srdce (viz příloha č. 7). Napomáhá odhalit latentní formy ischemické choroby srdeční a objasnit původ bolesti na hrudi. Jedná se o zátěžový druh vyšetření, který se provádí na stacionárním kole. Sestra pacienta upozorní, aby alespoň 2 hodiny před vyšetřením nepřijímal žádnou potravu a také, aby si sebou přinesl vhodné oblečení na cvičení. Krátce před výkonem sestra provede EKG záznam u pacienta v klidu, změří tepovou frekvenci a tlak krve. Poté vysvětlí průběh vyšetření a uklidní nemocného. Samotné vyšetření provádí lékař, který ukončí test v případě, kdy už pacient není schopen dále šlapat, nebo se objeví známky nedokrevnosti, arytmie na EKG. Během vyšetření je u nemocného přítomna sestra, která kontroluje jeho celkový stav (fyzický stav, EKG, tlak krve, puls, dýchání). Po zátěži je pacient dalších 10 minut sledován v klidu, protože některé patologické změny se mohou objevit až po testu v klidové fázi, monitorujeme tedy EKG tepovou frekvenci, krevní tlak (25, 27).

**Laboratorní vyšetření** musí být provedeno u pacienta před každým invazivním výkonem. Obsahuje vyšetření krevního obrazu i s diferenciálem, dále vyšetření urey, kreatininu, iontů, glukózy, Quicku a aPTT (10).

Odběry, které zajišťuje sestra, by měly být provedeny správně a především včas. Nejdříve si sestra připraví všechny potřebné pomůcky. Nezapomene na zkumavky, které je třeba předem označit identifikačními údaji pacienta, aby se předešlo možné záměně vzorků. Před samotným odběrem krve je nezbytné, aby sestra nemocného seznámila s celým průběhem výkonu. Po příchodu na pokoj si sestra uspořádá prostředí tak, aby měla všechny potřebné pomůcky po ruce. Pacient by měl zaujímat polohu vleže nebo vsedě. Během celého výkonu sestra postupuje soustředěně, udržuje s nemocným kontakt a neustále ho sleduje, zda se u něj neobjeví nevolnost. Při odběru krve používá pomůcky k jednomu použití a nesterilní rukavice. Důležité je celý odběr provádět za aseptických podmínek, aby nemohlo dojít u nemocného nebo u sestry ke vzniku nozokomiální infekce. Na závěr sestra místo vpichu nemocnému přelepí náplastí, poděkuje za spolupráci a přesvědčí se, že je v pořádku. Povinností sestry je také odstranění použitých pomůcek dle vyznačených kontejnerů na oddělení. Dále vypíše

žádanku na vyšetření krve a spolu s odebraným biologickým materiálem odešle do příslušné laboratoře. Provedený výkon zaznamená do dokumentace pacienta společně se svým podpisem (19).

## **1.4 Péče o pacienta během invazivního výkonu**

### ***1.4.1 Aseptické postupy během invazivního výkonu***

Pacienta na katetrizační sál doprovází sestra společně se sanitářem. Zde si nemocného převezme sálová sestra. Ta provede identifikaci pacienta a uloží ho na operační lůžko. Potom nemocnému přiloží na hrudník elektrody, které slouží ke snímání EKG během výkonu a během toho komunikuje s nemocným. Po celou dobu je důležité, aby všichni pracovníci, kteří se vyskytují na katetrizačním sále, dodržovaly zásady aseptiky. Jedná se o takové postupy, při kterých dojde k přerušení cesty přenosu infekce mezi pacienty, personálem, pomůckami a prostředím. Toho lze dosáhnout používáním sterilních pomůcek, přijetím opatření k omezení kapénkové infekce, čistotou nemocného, jeho prostředí a v neposlední řadě účinným mytím rukou zdravotnického personálu. Jde o první linii obrany před nozokomiální nákazou a používají se u všech invazivních výkonů. Nezbytný úkon, který sestra za tímto účelem provádí, je příprava sterilního stolku. Sestra musí být předem seznámena s typem výkonu, aby byla schopná připravit správné pomůcky a nástroje. Pomůcky jsou většinou jednorázové, které se po použití odstraňují do příslušných kontejnerů. Nástroje, které lze využít opakovaně se musí před každým použitím sterilizovat, tam kde to není možné, se provádí jejich dezinfekce, aby se zajistila jejich dekontaminace. Pomůcky, které sestra připravuje, jsou například antiseptické roztoky na očištění kůže nemocného, místní anestetikum, jehly, stříkačky, příslušný balíček určený ke katetrizaci, sterilní rukavice pro lékaře (nejlépe dvoje), zvláštní krytí, náplast, roztok k dezinfekci rukou, sterilní roušky, operační pláště, speciální katétr, speciální kontejner na ostré předměty. Veškeré uváděné instrumentarium sestra připravuje na sterilní roušku. Dalšími postupy jak předejít vzniku nozokomiální nákazy, je používání sterilních operačních plášťů, čepic, ústenek

po dobu invazivního výkonu. Velmi důležité jsou také podávky, které ochrání sterilní nástroje a pomůcky před kontaminací (22).

#### ***1.4.2 Asistence sestry u invazivního kardiologického výkonu***

Setra má za úkol upravit polohu nemocného a připravit ho na výkon. Ten se provádí pouze v místním znecitlivění, to znamená, že je pacient stále při vědomí. Po znecitlivění místa vpichu lékař provede napíchnutí tepny, do které zavede tenkou cévku (katétr) z umělé hmoty. Katétr posuvným pohybem přes hlavní tepnu (aortu) dopraví až k příslušným srdečním oddílům. Sestra po dobu výkonu asistuje lékaři a aplikuje pacientovi léky do žíly dle ordinace lékaře a mezitím sleduje fyziologické funkce pacienta, saturaci krve (okysličení krve), možný výskyt alergické reakce na kontrastní látku, dále vědomí, dýchání, palpitaci. Důležitou součástí je komunikace s pacientem, při které sestra zjišťuje možné bolesti na hrudníku (1, 28, 29).

Sestra nebo lékař pacienta upozorní, že se může objevit při zavádění katétru mírný tlak v místě vpichu. Nejedná se však o nic neobvyklého, ale je nezbytné pacienta o této skutečnosti předem informovat. Pokud se ale objeví jakékoliv jiné bolesti nebo potíže je třeba okamžitě upozornit lékaře. A to buď provede sám pacient anebo sestra, která ho po celou dobu sleduje. Na konci výkonu lékař pacienta seznámí s výsledky vyšetření a navrhne mu možná řešení. Délka celého zákroku závisí především na jeho typu a rozsahu (27, 29).

Před odjezdem pacienta zpět na oddělení je seznámen s klidovým režimem na lůžku, dobu pobytu určí lékař provádějící výkon, to se řídí opět jeho rozsahem a typem. Na místo vpichu sestra přiloží kompresivní obvaz, aby se předešlo možnému krvácení. Pokud byl výkon prováděn s pomocí kontrastní látky, sestra pacienta upozorní na nutnost většího příjmu tekutin, aby se látka z těla co nejrychleji vyloučila. Po předání pacienta sestře zpět na oddělení, která si ho sama z katetrizačního sálu převezme, má za úkol sálová sestra úklid použitých pomůcek. Nejprve se zaměří na ostré předměty, ty odstraní v souladu s předpisy do příslušného kontejneru. Další použité nástroje uloží na místo k tomu určené, kde budou připraveny pro následnou sterilizaci, případně dezinfekci. Zbylý infekční odpad se odstraní do příslušných označených nádob (22, 27).

## **1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po kardiologickém invazivním výkonu**

### ***1.5.1 Monitorace pacienta***

Pokud se nevyskytnou komplikace, bývá pacient po invazivním výkonu umístěn zpět na kardiologické oddělení. Tady sestra pokračuje v ošetrovatelské péči, která je přizpůsobená současnému stavu nemocného.

Bezprostředně po příjezdu sestra provede u nemocného záznam EKG, změří krevní tlak a tepovou frekvenci. V neposlední řadě zkontroluje místo vpichu, zda nedošlo ke krvácení nebo ke vzniku hematomu. Nezapomene také zhodnotit úroveň prokrvení dolní končetiny, její barvu a teplotu. Výsledky pečlivě zaznamená do dekurzu. Upozorní pacienta na to, aby neohýbal končetinu, ze které byl proveden vpich. Ještě jednou ho seznámí s dodržováním klidového režimu po dobu, kterou určil lékař provádějící invazivní výkon. Také zajistí pacientovi signalizační zařízení. Pokud nemocnému, v důsledku komplikací během výkonu, nemusela být provedena celková anestézie, může hned po příjezdu na oddělení přijímat potravu a tekutiny. Sestra pacientovi zajistí k lůžku močovou láhev nebo podložní mísu a sleduje vyprazdňování moče (27).

Během doby, kdy je nemocný upoután na lůžko u něj sestra zajišťuje uspokojování potřeb a sleduje tlak, puls a kontroluje krvácení, výskyt hematomu v místě vpichu a také prokrvení dolní končetiny. Dále sleduje, zda v místě vpichu nedošlo ke vzniku nozokomiální nákazy, která se projevuje zarudnutím, otokem nebo hnisáním v místě vpichu. Ale také se může objevit celkový příznak v podobě vysokých teplot.

U pulsu sestra hodnotí frekvenci, rytmus (pravidelný, nepravidelný) a kvalitu neboli sílu. Sestra musí znát správná místa měření pulsu (nejčastěji se jedná o arteria radialis, carotis, temporalis). Při měření krevního tlaku by měla sestra dát pozor na správnou techniku (volba manžety, paže v úrovni srdce, správná rychlost vypouštění manžety). Při jakékoliv odchylce od fyziologických hodnot, je nezbytné informovat lékaře. Dále pečuje o periferní kanylu, sleduje známky infekce kolem místa zavedení, kontroluje průchodnost. Žilní katétr je zaveden nezbytně dlouhou dobu. Jeho odstranění



určuje lékař na základě celkového zdravotního stavu pacienta. Při manipulaci s kanylou sestra dodržuje zásady asepse (19, 22).

Jako prevenci infekce sestra vykonává intervence, které zahrnují pravidelné pečlivé sledování invazivních vstupů, ať už se jedná o periferní žilní kanylu nebo vpich v třísele. Dodržuje aseptické postupy při veškerých převazech, sleduje laboratorní výsledky, které by mohly signalizovat zánětlivý proces v těle. Chrání nemocného před nozokomiálními nákazami, o kterých jsme se již zmiňovali v předešlé kapitole. V případě, že se objeví známky infekce, je nutné informovat lékaře (21).

I v péči po výkonu je velmi důležité využívat pozorovací schopnosti sestry. Pokud při pozorování pacienta po výkonu spatříme nápadný klid a zamlklost, může to svědčit o prožívání nadměrné úzkosti. Příčinou mohou být špatné výsledky vyšetření (15).

Intervence, které sestra provádí v případě, že se objeví u pacienta strach nebo úzkost jsou naslouchání, poskytnutí možnosti rozhovoru. Dále zajistí nemocnému přesné informace o jeho stavu a situaci, ty samozřejmě musí být pouze v rámci jejich kompetencí. V neposlední řadě zajistí pacientovi klidné a tiché prostředí.

U elektrofyzilogického vyšetření je délka klidového režimu zpravidla 24 hodin. Provádí se opět monitorace EKG a po 15 minutách sestra měří tlak a puls. Několik hodin po výkonu sestra ponechává na místě vpichu kompresivní obvaz. Jinak je monitorace stejná jako u ostatních invazivních výkonů (28).

### ***1.5.2 Režimová opatření u pacienta***

Když pacient přijede ze sálu je povinností sestry seznámit ho, že po dobu klidového režimu nesmí končetinu zatěžovat a aby se snažil vyvarovat zvýšení tlaku v břiše (tlačení na stolicí). Vysvětlí nemocnému, že tato opatření slouží jako prevence vzniku krvácení a hematomu v místě vpichu. Pokud byla pacientovi podána kontrastní látka, sestra mu zdůrazní důležitost dostatečného příjmu tekutin, který napomáhá rychleji vyloučit látku z těla ven. Sestra také nezapomene dát nemocnému k ruce signalizační zařízení. U mužů zajistí močovou láhev, u žen podložní mísu k lůžku.

Celé toto období bychom mohli označit pro pacienta za nepříjemné. Hlavně v souvislosti s upoutáním na lůžku, kdy je odkázaný na pomoc sestry. V jeho očích to

může znamenat ztrátu sebeúcty a sebepečce. U výkonů, které vyžadují déletrvající klidový režim, je nutné, aby sestra zajistila adekvátní hygienickou péči. Ta probíhá na lůžku nemocného. Za takových podmínek to mohou někteří nemocní považovat za nedůstojné a není výjimkou, že se to může projevit na jejich chování. Mohou odmítat jakoukoliv pomoc, proto je důležité, aby sestra takovéto chování chápala a respektovala. Neměla by nemocného odsuzovat, ale naopak poskytnout mu potřebné pomůcky k lůžku a podle potřeby asistovat. Během hygienické péče se postará, aby si pacient co nejvíce činností prováděl sám, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Sestra u něj tedy uskutečňuje jen ty výkony, které není schopen vykonat. V neposlední řadě by neměla sestra zapomenout na zajištění intimity nemocnému. Toho lze dosáhnout tak, že požádá chodící pacienty, aby na chvíli opustili pokoj, nebo lze použít zástěnu, kterou nemocného ochrání před pohledy ostatních. Jednou z více možností je také zajištění, aby při hygieně byly odkryty jen nezbytné části těla (21, 24).

Moment, kdy se pacient potřebuje vyprázdnit na lůžku, bychom mohli považovat za velmi nepříjemný s ohledem na intimní prostředí. Mnoho nemocných raději odmítá jíst z obavy, že by museli použít podložní mísu. Také příjem tekutin je často pacienty opomíjen právě z tohoto důvodu. V takových chvílích je důležité, aby sestra byla chápavá a dokázala se vcítit do pocitů pacienta. Ujistit ho, že při vyprazdňování bude mít dostatek soukromí a zajistit klidné prostředí. Na základě nedostatečného příjmu potravy může vzniknout u pacienta riziko zácpy, o které lze uvažovat při delším pobytu na lůžku a déletrvající hospitalizaci. Dalším problémem může být riziko deficitu tělesných tekutin. Tomu by sestra měla předcházet pomocí intervencí jako je správná informovanost nemocného o nutnosti příjmu za účelem vyloučení použité kontrastní látky z těla. Dále sestra zajistí tekutiny k lůžku nemocného a pravidelně kontroluje jejich příjem a výdej (21, 24).

Porušený spánek jako ošetřovatelský problém u hospitalizovaných pacientů není výjimkou. Už jen změna prostředí ho může narušit, a pokud je pacient ještě k tomu upoután na lůžku, je riziko mnohem větší. Poloha na zádech ne každému nemocnému vyhovuje, někdo je například zvyklý usínat na břiše. S nedostatkem spánku se často dostaví i únava. Nespavost, nové obavy z dalšího postupu léčby a z výsledků vyšetření

zhoršuje celkovou spolupráci pacienta a zpomaluje celý ošetrovatelský proces. Úlohou sestry je tyto problémy u nemocného odhalit a snažit se o jejich řešení. Za účelem zkvalitnění spánku je dobré zjistit dřívější rituály nemocného před spánkem. Dále se sestra postará o odstranění rušivých elementů z okolí. V praxi to znamená, že bude dbát na zajištění klidného prostředí pro spánek. Dále sestra aplikuje nemocnému léky na spaní dle ordinace lékaře, poté sleduje jejich účinek. Nutné výkony naplánuje tak, aby pacient mohl spát alespoň 90 – 120 minut bez přerušení. Především je však důležitý empatický přístup a naslouchání. Sestra by neměla zapomínat na lidský přístup k nemocnému člověku po celou dobu hospitalizace (24, 27, 28, 29).

Propuštění pacienta domů závisí na druhu prováděného výkonu a jeho rozsahu. Většinou tyto kardiologické invazivní výkony nevyžadují pacientovu dlouhodobou hospitalizaci. Lékař nemocnému ještě krátce před propuštěním doporučí 2-3 dny omezit fyzické zatížení končetiny, na které byl vpich do tepny prováděn (16). Pacient opouští nemocniční zařízení s propouštěcí zprávou, ve které jsou uvedeny zásady domácího režimu, jaké léky musí pacient užívat a jejich přesné dávkování. Ve zprávě je také poznačeno datum kontroly nemocného na pracoviště, kde byl zákrok prováděn.

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit nejčastější problémy v ošetrovatelské praxi po invazivních výkonech.
2. Zmapovat informovanost u pacientů před a po invazivních výkonech a její vliv na další průběh ošetrovatelské péče.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká je informovanost pacientů před invazivními výkony?
2. Rozumí pacienti podaným informacím?
3. Jaká je role sestry v ošetrovatelské péči u pacientů po invazivních výkonech?
4. Spolupracují pacienti se zdravotnickým personálem po invazivních výkonech?
5. Pociťují pacienti strach před a po invazivních výkonech?
6. Jaký je důvod strachu u pacientů před a po invazivních výkonech?

### **3. Metodika práce**

#### ***3.1 Metodika sběru dat***

V této práci byla použita kvalitativní metoda šetření. Sběr dat byl proveden formou nestandardizovaného rozhovoru a doplněn o pozorování pacienta před výkonem, během rozhovoru a po výkonu. Pozorovací arch byl vytvořen na každou oblast pozorování zvlášť (viz přílohy č. 2, 3, 4).

Rozhovory byly vedeny formou dotazování a byly k nim předem vytvořeny rámcové otázky se zaměřením na danou problematiku (viz příloha č. 1). Získané informace byly po souhlasu pacienta zaznamenány na diktafon a následně přepsány.

První rozhovor s jednotlivými pacienty byl veden na pokoji krátce po jejich přijetí na kardiologické oddělení. Druhý rozhovor se uskutečnil následující den po provedeném invazivním výkonu.

Výsledky empirické části této bakalářské práce byly zpracovány formou kasuistik jednotlivých respondentů. U každé z nich byly vytvořeny tabulky pro lepší přehlednost. Ty zahrnují pouze problémy, které se u jednotlivých pacientů v určité oblasti vyskytly.

#### ***3.2 Charakteristika sledovaného souboru***

Sledovaný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na standardním kardiologickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. během měsíce února. Jednalo se celkem o 5 pacientů. Z toho 4 byli hospitalizováni za účelem provedení plánovaného invazivního výkonu. A jeden pacient byl přijat akutně, o provedení invazivního výkonu se rozhodlo až následující den.

Předem byla podána žádost managementu zdravotnického zařízení o možnosti uskutečnění výzkumného šetření. Po kladné odpovědi byl získán souhlas od jednotlivých pacientů. Pacienti byli seznámeni se skutečností, že se jedná o anonymní rozhovor a nikde nebude uvedeno jejich jméno, ani žádné jiné osobní údaje.

## 4. Výsledky

### Kasuistika 1

#### **Rozhovor před výkonem**

Muž ve věku 70 let, který má bydliště v Českých Budějovicích. Důvodem jeho hospitalizace bylo plánované provedení koronarografického vyšetření pro zhoršené dýchání. Při dotazu, zda s ním mohu udělat rozhovor, se respondent vyjádřil kladně.

Pacient uvádí, že ho do nemocnice odeslal lékař za účelem provedení koronarografie: „Nezdálo se mu moje zhoršené dýchání. Já se léčím se srdcem už přibližně 11 let. Tenkrát mně prováděli taky toto vyšetření, a na základě toho udělali bypass.“ Zákrok se tehdy uskutečnil v Praze v IKEMU. Pacient tam strávil delší dobu, protože u něj došlo k rozvoji komplikací po operaci. Rána začala hnisat, tak byl umístěn na JIP. Toto období snášel těžce, převážně z důvodu, že nevěděl, jak to dopadne. „Člověk začne mít černé myšlenky a obavy z toho, že by mohl zemřít. Další těžká věc byla, když jsem byl ve všem úplně odkázaný na pomoc sester. Musel jsem jenom ležet, bylo to opravdu nepříjemné“, uvedl pacient. Od té doby chodí na pravidelné kontroly k lékaři, který ho odeslal na koronarografické vyšetření.

Informovanost ze strany lékařů a sester pacient hodnotí takto: „Myslím si, že by mohla být lepší, především od lékařů. Vadí mi, že ne vždy řeknou věci úplně do detailu, pak nad tím neustále musíte přemýšlet. Někomu třeba stačí jen základní informace, ale já jsem typ člověka, který musí vědět vše do podrobností.“ V tomto momentě se pacient odmlčel, proto jsem položila otázku, zda si myslí, že informace poskytnuté tady na oddělení jsou dostačující a nepotřebuje něco doplnit. Respondent sám za sebe říká, že zatím žádné další informace nepotřebuje. Co se týká výkonu jako takového, vše už mu vysvětlil lékař, který ho do nemocnice poslal. A dále uvedl: „Toto vyšetření jsem podstoupil už dvakrát, takže vím, co mě čeká“. Informace týkající se přípravy na vyšetření byly pacientovi sděleny pomocným ošetřujícím personálem, který mu zároveň předložil k podpisu dokumenty o informovaném souhlasu. Podrobnosti o klidovém režimu nebyly pacientovi prozatím poskytnuty. Co bych během mého pozorování ohodnotila pozitivně je skutečnost, že pacientovi byla poskytnuta zpětná vazba a prostor pro případné dotazy. To by mělo být vždy součástí při podávání jakýchkoliv informací

pacientům. Dále v průběhu pozorování se u nemocného neobjevilo opětovné dotazování z jeho strany. Z toho se domnívám, že mu byly poskytnuty informace, které pacientovi v dané chvíli stačily.

Součástí rozhovoru bylo také zjištění psychického stavu pacienta. Ten popsal své pocity před vyšetřením následovně: „Mám obavy z toho, co se při vyšetření zjistí a jestli to půjde nějak vyřešit. Mám také strach, že budu muset delší dobu ležet. Snad to ale nebude tak dlouhodobá záležitost, jako když jsem byl hospitalizován v Praze.“ Tam u pacienta vznikly komplikace po operaci bypassu. Upoutání na lůžku hodnotil takto: „Je to pro mě nutné zlo, které se musí vydržet. Nejhorší je, že si nemohu sám dojít na toaletu. Stydím se požádat o podložní mísu, a proto své potřeby raději zadržuji, i když vím, že to není dobré.“ Pacient také uvedl, že pociťuje nervozitu, která je spojená s tím, že: „Nikdy nevíte, co tam mohou najít.“ Na tomto místě jsem se přesvědčila, že člověk může na první pohled působit klidným dojmem. Ale po rozhovoru s pacientem jsem pochopila, že ne vždy tomu tak musí být. Je pochopitelné, že se u něho objevily obavy a nervozita, to se však ani tak netýkaly samotného výkonu, jako spíše opatření, které pacienta čekají po zákroku. Co se mi moc nelíbilo, byl fakt, že sestra se moc nezajímala o psychický stav pacienta. Při pozorování jsem se v žádném okamžiku nesetkala s tím, že by se ptala respondenta na to, jak se cítí. Domnívám se, že by měla sestra brát nemocného jako celistvou bytost, k tomu patří jednak fyzický stav, ale v neposlední řadě také psychika, která je mnohdy opomíjena.

Spokojenost s přístupem ošetrovatelského personálu sám za sebe prozatím nemůže pacient zhodnotit, protože je tu teprve krátce. Ale po chvílce váhání jsem se dozvěděla informace, které pocházely od ostatních pacientů na pokoji, a stěžovali si na sestru, která je předešlou noční službu nepřišla zkontrolovat. Přípravu na vyšetření, v podobě vyholení třísel, pacient zhodnotil jednou větou, a to: „Byla tady sanitárka, která mně třísla vyholila.“ Po této odpovědi bylo patrné, že se toho více na dané téma nedozvím. Na tomto místě bych ráda uvedla, jak taková příprava operačního pole probíhala. Sanitárka nemocného seznámila s tím, co taková příprava na výkon zahrnuje a poté ho požádala, aby se položil na lůžko, že mu oholí třísla. Dovolila bych si vyjádřit svůj názor, že se nejedná právě o vhodný způsob přípravy. Abych však při rozhovoru

odlehčila situaci, zeptala jsem se, jak nemocný hodnotí zařízení a uspořádání na oddělení. „Velké pozitivum vidím v tom, že pokoje jsou zařízeny pro méně pacientů a součástí každého je sprcha a WC. Na umístění lůžka mně nezáleží, protože mám dlouhodobé problémy se spánkem a je vlastně jedno, kde ležím.“

Během celého rozhovoru jsem také pozorovala neverbální projevy u pacienta. Co se u respondenta objevilo bylo výrazná gestikulace, kterou používal. Neměl však sebemenší problémy s udržení očního kontaktu. Dále pacient mluvil spíše hlasitěji, ale plynule.

Na závěr tohoto setkání jsem pacientovi umožnila zeptat se na cokoli, co by ho zajímalo ve spojitosti s plánovaným vyšetřením, nebo s probíhajícím rozhovorem. Protože respondent neměl žádné dotazy, požádala jsem ještě o jeden rozhovor, který by se uskutečnil po provedení koronarografie.

### **Rozhovor po výkonu**

Další setkání proběhlo hned druhý den po lékařské vizitě. Bylo vedeno opět na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů.

První věcí, která mě zajímala, byl výsledek vyšetření pacienta. Dozvěděla jsem se, že závěry jsou pro respondenta pozitivní a nemusí podstoupit další operaci. Respondent se obával, že mu bude muset být opět proveden bypass. Mohu jen potvrdit, jak bylo na nemocném vidět, že u něho veškerá nervozita a obavy opadly. K pocitům během výkonu se vyjádřil následovně: „Pocity jsem měl dobré, protože výkon prováděl starší lékař.“ Tento názor mě zaujal, tak jsem poprosila o upřesnění. „Myslím si, že starší lékař má více zkušeností, než mladší. Tím ale nechci znevažovat práci začínajících lékařů.“ Informace o tom, jak dopadlo vyšetření, sdělil pacientovi jeho ošetřující lékař krátce po návratu z katetrizačního sálu.

Během rozhovoru jsme se dostali i k otázce dodržování režimového opatření po výkonu. Pacient byl o klidovém režimu poučen sestrou a lékařem ještě na katetrizačním sále. Také jsem mohla být svědkem, že sestra, která pacienta převzala ze sálu, ho informovala ještě jednou o nutných opatřeních. Toto sdělení bylo tedy respondentovi poskytnuto dvakrát. Dále nemocný uvedl, že se doba pobytu na lůžku dala vydržet,



protože netrvala příliš dlouho. Myslel si, že to bude horší. Péči sester zhodnotil pozitivně a dodal, že si nemůže na nic stěžovat. Dokonce uvedl, že sestra během noční služby byla na pokoji alespoň 4x, protože pacient, který ležel na vedlejším lůžku, byl neklidný. Potom si zašel pro sestru také sám respondent, který nemohl spát a potřeboval snížit lůžko pod hlavou. Uvedl, že sestra byla ochotná a nemůže jejímu chování nic vytknout. Protože vím, že se nemocný během noci moc nevyspal, zajímalo mě tedy, jestli se cítí unavený. „Unaveně se cítím, když si uvědomíte, že jsem v noci vůbec nemohl spát, tak se není čemu divit.“ Příjem potravy během pobytu na lůžku, o kterém se pacient také zmínil, popsal takto: „Moc dobře to nešlo, snědl jsem jen pár lžic.“ Měla jsem možnost pacienta pozorovat i při příjmu potravy a skutečně toho moc nesnědl. Bylo vidět, že je pro něho velmi obtížné najíst se vleže. Co se týká pitného režimu, tak pacient uvedl, že sice byl seznámen s důležitostí příjmu tekutin, ale i přesto moc nepil, nepociťoval potřebu a chtěl se vyhnout nutnosti použít močovou láhev.

Vrátila jsem se v rozhovoru zpět na spokojenost s ošetrovatelskou péčí sester po vyšetření. Cílem bylo zjistit, jak sestra kontrolovala stav pacienta a jak mu uspořádala prostředí kolem. Byla mi sdělena informace, že sestra u pacienta pravidelně kontrolovala tlak a puls. Po příjezdu z katetrizačního sálu navíc ještě natočila EKG, zhodnotila místo vpichu, avšak po zbytek pobytu nemocného na lůžku mu tříslo kontrolováno sestrou nebylo. Je pravdou, že při pozorování jsem mohla zaznamenat, že sestra všechny tyto úkony provedla. Také jsem vypožadovala, že kontrolování třísla proběhlo pouze jednou, a to při návratu ze sálu, poté už nikoliv. Prokrvení končetiny však nemocnému kontrolováno nebylo. Dále jsme se dostali k zajištění potřebných věcí k lůžku, pacient uvedl: „Všechno potřebné jsem měl po ruce, zvonek a močovou láhev také.“ Tuto informaci díky pozorování mohu potvrdit. Sestra také zajistila nemocnému signalizační zařízení a obstarala močovou láhev. Zjistila jsem, že pacient během pobytu na lůžku nepoužil podložní mísu. Přesně uvedl: „Nepoužil, moc jsem nejedl a byly to jen 3 hodiny, tak se to dalo vydržet. Ale asi bych měl stejně problém ji použít, bylo by mně to nepříjemné.“ Chtěla jsem vědět, zda se sestra zajímala o pacientův psychický stav a zeptala se ho, jak se cítí. Cílem bylo, abych se ujistila, že mé pozorování bylo správné. Při něm jsem ani v jednom okamžiku nezahlédla, že by se sestra o tuto

informaci zajímala. Pacient se mi svěřil se skutečností, že si není jítý. Přesně uvedl: „Nevím, to nemůžu říct jistě, abych nelhal.“ Z toho se mohu pouze domnívat, že tento fakt skutečně sestrou zjišťován nebyl.

Na tomto místě bych se také vyjádřila k tomu, jak pacient dodržoval klidový režim a jak spolupracoval s ošetrovatelským personálem. Mohu jen říci, že nemocný neměl problémy s dodržováním nutných opatření a také se neobjevily žádné konflikty s ošetrovatelským personálem.

Na závěr celého rozhovoru jsem se zeptala pacienta, jestli nepotřebuje ještě doplnit nějaké informace a jak by celkově zhodnotil hospitalizaci na tomto oddělení. Celkové hodnocení nemocného vyznělo velmi pozitivně. Na péči sester si nestěžoval, spíše uvedl, že tu byli všichni milí a laskaví. Konkrétně se vyjádřil následovně: „Já jsem během hospitalizace neměl s nikým žádný problém, ale jsem rád, že už jdu domů. To víte, všude dobře doma nejlépe, jak se říká.“

**Tabulka 1 Shrnutí problémů uvedených v kasuistice**

Oblast problematiky	Před výkonem	Po výkonu
Seznámení s oddělením	xxx	0
Poskytnutí informací souvisejících s výkonem	xx	xxx
Poskytnutí informací o výsledcích výkonu	0	xxx
Přítomnost zpětné vazby	xxx	xxx
Komunikace sestry s pacientem	xx	xx
Sledování psychického stavu pacienta sestrou	x	xx
Výskyt negativních emocí (strach, obavy, nejistota, nervozita, plačtivost)	xxx	-
Spokojenost s přístupem sestry	xx	xxx
Příprava operačního pole	x	0
Spolupráce pacienta se sestrou	xxx	xxx
Seznámení pacienta s klidovým režimem	-	xx
Dodržování klidového režimu pacientem	0	xxx
Uspořádání prostředí pacienta sestrou	0	xxx
Zajištění signalizačního zařízení	0	xxx
Porucha spánku	-	x
Příjem tekutin a stravy	xxx	x
Kontrola místa vpichu	0	x
Kontrola prokrvení končetiny	0	-
Pravidelná kontrola krevního tlaku a pulsů po výkonu	0	xxx

**Legenda:**

xxx Bylo přítomné ve vysoké míře

- Nebylo přítomné

xx Bylo přítomné ve větší míře

0 Nehodnoceno

x Bylo přítomné v menší míře

## **Kasuistika 2**

### **Rozhovor před výkonem**

Druhým respondentem byla žena ve věku 82 let. Důvodem její hospitalizace bylo plánované provedení koronarografického vyšetření z důvodu neobjasněných bolestí na hrudi. S uskutečněním rozhovoru pacientka předem souhlasila.

Pacientka byla opakovaně hospitalizována v nemocnici v Táboře pro bolesti na hrudi. Už delší dobu, při objevení takových příznaků, užívá Nitroglycerin pod jazyk. Ten jí však v poslední době nezabíral. Pro již několikátou hospitalizaci bylo pacientce doporučeno vyšetření v Nemocnici České Budějovice, a.s. na kardiologickém oddělení. Lékař ji odesílá za účelem provedení koronarografie. U pacientky se jedná o první hospitalizaci v této nemocnici a také první takové vyšetření srdce. Při rozhovoru jsem se dozvěděla, že pacientka žije sama, je vdova a má 4 syny. Jeden syn zemřel krátce po manželově smrti. Od ostatních dětí má již 10 vnoučat, o kterých si ráda povídá. Během rozhovoru se k nim neustále vracela.

Informace o nadcházejícím vyšetření, které pacientka dostala, popisuje jako nedostačující, protože jí nebylo přesně sděleno, co jí po výkonu čeká. V Táboře, kde byla pacientka hospitalizována dříve, jí lékař vysvětlil přesný postup samotného vyšetření. Další od koho respondentka dostala informace, byla lékařka, která prováděla pacientce ultrazvuk srdce zde na kardiologickém oddělení. Pacientka uvedla: „Paní doktorka na ultrazvuku říkala, že to vypadá dobře, tak se uvidí, jak to dopadne.“ Ošetřující lékař také ještě jednou zopakoval pacientce důvod vyšetření a postup, byla seznámena s přibližnou délkou výkonu. Bylo jí sděleno, že až podle výsledků vyšetření se uvidí, jaký bude další postup léčby. Podrobnosti tykající se přípravy na výkon jí poskytla sestra, která zároveň přinesla k podepsání informovaný souhlas. Při předávání těchto informací jsem nezaznamenala, že by proběhla zpětná vazba směřovaná na pacientku. Informace, které se týkaly klidového režimu po výkonu, prozatím nebyly pacientce objasněny podrobněji. Věděla o tom, že bude muset nějakou dobu po vyšetření strávit upoutána na lůžku, ale nebyly jí sděleny další detaily. Z pozorování jsem také pochopila, že se respondentka opakovaně ptala ostatních pacientek, se kterými je společně na pokoji, co takový klidový režim bude obnášet.

Pocity, které pacientka prožívala před výkonem, by popsala jako strach, ale ne ze samotného vyšetření, ale spíše z toho, co se při něm najde a jaký bude postup další léčby. Dále také uvedla, že se u ní projevuje nervozita, protože přesně neví, co ji čeká. Pacientka sama o sobě říká: „Já jsem nervák, ale už jsem odhodlaná to podstoupit. Prodělala jsem už operací víc, tak zvládnou i tohle.“ Nejhorší podle jejích slov je dlouhé čekání, které se zdá být nekonečné, nejraději by to chtěla mít už za sebou. Z pozorování bylo možné slova respondenty jen potvrdit. Bylo opravdu znát, jaká se u ní projevuje nervozita a zároveň neklid. Dále se bojí skutečnosti, že bude muset dlouhou dobu strávit upoutána na lůžku. Má problémy s páteří a často ji bolí záda, tak doufá, že to vydrží. Před samotným přijetím do nemocnice pacientka pocítovala velkou nejistotu, kterou spojovala s úplně novým prostředím, neznámým vyšetřením a také s tím, že vlastně neví, co je příčinou jejích bolestí na prsou. Respondentka sama uvedla: „Ale určitě tam něco musí být, když se tak zadýchávám.“ Během rozhovoru jsem se dozvěděla, že je pacientka napůl uzavřený typ člověka a napůl otevřený. Když ale s někým naváže hovor, je ráda, že si může promluvit o všem, co ji trápí. Podle pacientky už má každý člověk za sebou nějaké ty zkušenosti, problémy, o které se třeba rád podělí s druhými lidmi. V téhle fázi rozhovoru jsme mluvili delší dobu o její ztrátě manžela a krátce na to i syna. Když došlo i na slzy, navrhla jsem přerušit rozhovor, ale pacientka odmítla. Chvilí jsem jí tedy dala prostor, aby se mohla vzpamatovat, a poté jsme pokračovali. V pozorování jsem se také zaměřila na to, zda se sestra zajímala o psychický stav pacientky. Bohužel jsem nebyla svědkem ani jednoho momentu, kdy by se sestra respondentky ptala, jak se cítí.

V další části rozhovoru pacientka uvedla, že s péčí ošetřovatelského personálu je celkem spokojená. Sama říká: „Všichni jsou tady ochotní, prozatím si nemohu na nic stěžovat. Ale jsem na tomto oddělení poprvé, a k tomu ještě krátce, takže uvidíme, jak to bude dál.“ V souvislosti s tím, že tu byla pacientka poprvé, mě zajímalo, jestli byla seznámena s chodem oddělení a organizační strukturou. Zjistila jsem, že tak učiněno nebylo. Dokonce ani nevěděla, že se na pokoji nachází sociální zařízení, což mimochodem hodnotí velmi pozitivně. „Je dobře, že to máte hned na pokoji, je hrozné, když byste musela chodit pořád přes chodbu, takhle je to určitě pohodlnější,“ uvedla

pacientka. Také se vyjádřila kladně k umístění svého lůžka, které se nacházelo u dveří. Při rozhovoru jsme se dostali i k přípravě na vyšetření. Především mě zajímalo, jak probíhala. Dozvěděla jsem se, že zde byla sanitárka, která pacientce vyholila obě třísla, a to přímo na lůžku. Tuto skutečnost mohu jen potvrdit z pozorování. Zdálo se však, že se nad tím respondentka nijak nepozastavila. Dále jí bylo řečeno, aby si před výkonem sundala šperky, hodinky a zubní protézu, jestli ji vlastní. Sanitárka pacientce také přinesla anděla a poučila jí o tom, že se do něho převlékne těsně před odjezdem na katetrizační sál. Jaký bude přesný režim po výkonu, se pacientka nedozvěděla.

Během rozhovoru jsem také pozorovala neverbální projevy respondentky. Celkově na mě pacientka působila nervózním dojmem. K používání gest bych se vyjádřila tak, že žádná výrazná gestikulace se u pacientky neobjevila. Udržování očního kontaktu respondentce nedělalo potíže, mluvila spíše tiše a nejistě, často docházelo k zadržávání.

Závěrem rozhovoru jsem umožnila pacientce zpětnou vazbu. Ponechala jsem jí prostor na případné dotazy, které by se mohly týkat, jak samotného nadcházejícího vyšetření, tak právě probíhajícího rozhovoru. Byla mně položena otázka, co budu přesně se získanými informacemi dělat, jak je použiji. Ještě jednou jsem vysvětlila pacientce, že jde o anonymní rozhovory a informace, které jsem získala, budu interpretovat pouze ve své závěrečné bakalářské práci. Ujistila jsem ji, že informace nebudou nijak zneužity. Krátce před tím, než jsem se s pacientkou rozloučila, jsem ji požádala o možnost uskutečnit druhý rozhovor, který by proběhl po provedeném koronarografickém vyšetření.

### **Rozhovor po výkonu**

Druhé setkání proběhlo až třetí den hospitalizace pacientky. V den, kdy měl být výkon proveden, se bohužel neuskutečnil. Důvodem bylo chybění některých výsledků vyšetření, které jsou pro výkon nezbytné. Proto bylo celé vyšetření o jeden den odloženo.

Už při otázce, jak dopadlo vyšetření, bylo na pacientce vidět, že má pravděpodobně špatné zprávy. Respondentka se hned v úvodu rozplakala. Důvodem bylo, že se vlastně nic při vyšetření nenašlo. Byla to dobrá zpráva a nebyl tedy důvod, proč by pacientka plakala. Nakonec, ale uvedla: „Nevím, z čeho mám tedy ty bolesti na hrudi“. Má obavy, jak bude nyní postupovat léčba, když se neví, od čeho jsou její problémy. Ošetřující lékař pacientku informoval, že příčin může být více, například krevní tlak. Respondentka navíc při rozhovoru uvedla, že ji v poslední době bolí hlava. Zjistilo se, že příčinou mohlo být právě užívání Nitroglycerinu. Ten byl tedy pacientce vysazen a nyní sama říká, že bolest ustoupila. Pacientka během rozhovoru o sobě prohlásila, že se stresuje celkem často. Strach o rodinu bývá častým důvodem stresu. Dále podotkla, že už se těší domů.

Klidový režim, který pacientka musela dodržovat po vyšetření, trval 3 hodiny. Sama se zmínila, že pro ni byl klid na lůžku nejhorší, protože má už delší dobu problémy se zády, konkrétně s páteří a při ležení se u ní objevila bolest zad. Informace týkající se režimových opatření byly pacientce předány již na katetrizačním sále, krátce před odjezdem zpět na oddělení. Informace poskytl lékař, který prováděl výkon. Na oddělení bylo vše sestrou ještě zopakováno. Při pozorování jsem se mohla o pravdivosti slov respondenty přesvědčit, skutečně byla informována o nutných opatřeních také sestrou na oddělení. Dále pacientce byly poskytnuty informace o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, který souvisí s rychlejším vyloučením kontrastní látky z těla. Uvedla, že se snažila přijímat tekutiny, ale i přesto jich nebylo moc. Příjem stravy byl také obtížný, vzhledem k nutnosti ležet v jedné poloze, což pacientka snášela těžce, jak už jsem se zmínila dříve. Přesto uvedla, že snědla alespoň polévku a trochu z druhého chodu. Během celé doby, kdy pacientka byla upoutána na lůžku, využila podložní mísu pouze jednou s tím, že jí dělalo problémy vyprázdnit se. Znovu už o ni tedy nepožádala a došla si na toaletu, až když mohla vstávat z lůžka. Při tom, kdy pacientka poprvé po 3 hodinách vstávala, se jí zamotala hlava: „Motala se mně hlava, ale byl to jen okamžik, sestra u mě nebyla, pouze mně přišla odvázat tříslo a řekla, že už můžu pomalu vstát, a že kdyby byl nějaký problém, tak ať si zazvoním.“ Řeč byla zavedena i na minulou noc. Především jsem se v rozhovoru zaměřila na to, jak se pacientka během noci vyspala.

Sdělila mi, že noc byla dlouhá, a moc toho nenaspala: „Už jsem se viděla doma,“ uvedla pacientka. Po celou dobu upoutání na lůžku pacientka spolupracovala s ošetřovatelským personálem a klidový režim dodržovala.

V rozhovoru jsme se dostali i k hodnocení ošetřovatelské péče na oddělení. Pacientka se mi svěřila, že se jí líbilo na přístupu sester, že byly ochotné a obětavé kdykoliv pomoc nebo poradit. Po příjezdu z katetizačního sálu sestra natočila pacientce EKG, změřila tepovou frekvenci a tlak krve. Jelikož se pacientka nezmínila o kontrole tříslo, zeptala jsem se tedy, zda si pamatuje, jestli sestra kontrolovala ještě něco jiného. Bylo mi sděleno, že sestra se také podívala na tříslo, ale to bylo pouze při příjezdu, potom už jen probíhalo pravidelné měření tlaku krve a tepové frekvence, tříslo již kontrolováno nebylo. Ani neproběhla kontrola prokrvení končetiny. Pouze ošetřující lékař byl zhodnotit tříslo během pobytu pacientky na lůžku. Dále pacientka uvedla, že se lékař ptal na to, jak se cítí po výkonu. Během toho jsem nezapomněla, že by se pacientka zmínila také o sestře, zda se jí ptala na to, jak se cítí. A během pozorování jsem také neviděla, že by se sestra ptala respondenty na psychický stav. Při rozhovoru jsem se zajímala i o to, jak se pacientce líbilo uspořádání prostředí po dobu klidového režimu: „K tomu nemám žádné připomínky, všechno co jsem potřebovala, tak bylo po ruce a sestra mně také dala k dispozici zvoneček, kdyby bylo třeba.“ Toto sdělení mohu z výsledků pozorování jedině potvrdit.

Závěrem rozhovoru jsem se zeptala, zda pacientka nemá ještě nějaké dotazy na mou osobu, nebo jestli nemá zájem něco doplnit. Protože neměla žádné dotazy ani připomínky, zajímalo mě, jak by pacientka zhodnotila celkovou hospitalizaci na kardiologickém oddělení. Uvedla, že si nemůže sama na nic a ani na nikoho stěžovat. „Jen mně bylo líto paní na vedlejší lůžku, které jedna sestřička minulou noc nadávala, protože ji musela ve 22,00 hod vycévkovat.“ O této pacientce se zmíním v následující kasuistice. Jelikož pacientka už žádné otázky neměla, poděkovala jsem jí za rozhovor. Ještě jednou jsem ji ujistila o anonymitě získaných informací. Poté jsem se s pacientkou rozloučila a popřála do budoucna hodně zdraví.



**Tabulka 2 Shrnutí problémů uvedených v kasuistice**

Oblast problematiky	Před výkonem	Po výkonu
Seznámení s oddělením	x	0
Poskytnutí informací souvisejících s výkonem	xx	xxx
Poskytnutí informací o výsledcích výkonu	0	xxx
Přítomnost zpětné vazby	-	xx
Komunikace sestry s pacientem	x	x
Sledování psychického stavu pacienta sestrou	-	-
Výskyt negativních emocí (strach, obavy, nejistota, nervozita, plačtivost)	xxx	xxx
Spokojenost s přístupem sestry	xx	xxx
Příprava operačního pole	x	0
Spolupráce pacienta se sestrou	xxx	xxx
Seznámení pacienta s klidovým režimem	-	xx
Dodržování klidového režimu pacientem	0	xxx
Uspořádání prostředí pacienta sestrou	0	xxx
Zajištění signalizačního zařízení	0	xxx
Porucha spánku	X	xxx
Příjem tekutin a stravy	xx	xx
Kontrola místa vpichu	0	x
Kontrola prokrvení končetiny	0	-
Pravidelná kontrola krevního tlaku a pulsu po výkonu	0	xxx

**Legenda:**

xxx Bylo přítomné ve vysoké míře

- Nebylo přítomné

xx Bylo přítomné ve větší míře

0 Nehodnoceno

x Bylo přítomné v menší míře

### **Kasuistika 3**

#### **Rozhovor před výkonem**

Dalším respondentem byla žena ve věku 63 let. Byla přijata akutně pro náhle vzniklé dechové potíže. S uskutečněním rozhovoru pacientka předem souhlasila.

U pacientky se jednalo o akutní příjem během noci, kdy se u ní objevila dechová nedostatečnost. Byla hospitalizována na pozorování a následně se rozhodlo o dalším postupu léčby. Druhý den ošetřující lékař pacientku seznámil s rozhodnutím, že bude provedeno koronarografické vyšetření, pravděpodobně s následnou PCI (perkutánní transluminální angioplastikou). Tento výkon už respondentka podstoupila v dřívějších letech, také na tomto oddělení. Pacientka je vdova, žije se synem v jedné domácnosti.

Informace, které byly pacientce poskytnuty, hodnotí jako postačující. Nepotřebuje nic jiného doplnit. Svým ošetřujícím lékařem byla seznámena o typu výkonu i o možnosti provedení angioplastiky. S oddělením pacientka seznámena nebyla, sama uvedla, že to není třeba, protože už zde hospitalizována byla. Přípravu na vyšetření pacientka zná, již takový výkon absolvovala, ale i přesto jsem vyzorovala, že jí sestra opět vše zopakovala. Během celé doby, kdy se čekalo na rozhodnutí o dalším postupu léčby, nebylo pacientce nic konkrétního sděleno. Pacientka sama uvedla: „Lékař ani sestra mně nic neřekli, ale ani oni ještě nevěděli, jak to bude dál. O tom, že mně provedou koronarografii, se rozhodlo teprve dnes.“ To bylo v den, kdy byl s pacientkou uskutečněn první rozhovor. Co obnáší režimová opatření po výkonu, již pacientka znala. Klidový režim bere jako nezbytný fakt po koronarografickém vyšetření. Přesná slova: „Prodělám to, musím vydržet.“ Během předávání informací byla pacientce umožněna zpětná vazba.

Zajímaly mě také pocity respondentky, konkrétně jsem se zaměřila na to, zda pociťuje strach. Pacientka uvedla, že strach nemá, protože už ví, do čeho jde. Celkové pocity v tuhle chvíli jsou dobré, horší to pro respondentku bylo před tím, než se rozhodlo, jaký bude další postup léčby. Pacientka říká: „Nejhorší je nejistota, když nikdo neví, co bude dál a jak se to bude řešit. To byl vlastně můj případ, když mně nic neřekli, protože sami ještě nic nevěděli.“ Během rozhovoru jsme se také dostali k tomu, jak je na tom pacientka se stresem. Uvedla, že se nijak zvlášť nestresuje a bere život, tak

jak je. Během pozorování pacientky při rozhovoru jsem nabyla dojmu, že se snaží působit silně a nic ji nemůže rozhodit. Ale na druhou stranu si myslím, že je pacientka citlivý člověk, který se nerad dělí o svoje pocity s druhými. Nebylo jednoduché docílit toho, aby se rozpovídala. Pacientka sama sebe popsala jako uzavřenější typ člověka. Z čehož usuzuji, že moje domněnka byla správná.

S přístupem ošetřovatelského personálu při příjmu byla pacientka spokojená. Uvedla: „Paní doktorka i sestřička byli hodné a přijali mě moc pěkně.“ S oddělením pacientka seznámena nebyla, ale sama mi sdělila, že to nebylo třeba, protože už zde byla hospitalizována dříve. Uvedla, že se jí na oddělení líbí především umístění koupelny a toalety přímo na pokojích. To zhodnotila velmi pozitivně. Dále, poté co jí lékařka seznámila s rozhodnutím provést koronarografii, přišla sestra pacientku na výkon připravit, ještě jednou ji zopakovala, že nesmí mít na sobě žádné šperky, hodinky a musí mít odstraněnou zubní protézu. Potom jí předložila k podpisu informovaný souhlas. Sanitárka později přinesla pacientce anděla, do kterého se měla převléknout. Ihned na to provedla u respondentky vyholení obou třísel přímo na jejím lůžku. S přesným režimem po výkonu nebyla respondentka seznámena. Také jsem v průběhu celé přípravy nezapomínala, že by se sestra zajímala o psychický stav pacientky.

Během celého rozhovoru bylo také mým cílem pozorovat neverbální projevy pacientky. Hodnotila jsem výraznou gestikulaci, která se u ní neprojevovala. Dále dělalo respondentce potíže udržet oční kontakt. Po celou dobu jsem však nezaznamenala známky nervozity, celkově působila uvolněně. Mluvila spíše hlasitě, ale plynule bez zadržávání.

Závěrem rozhovoru jsem pacientce umožnila zpětnou vazbu. Ujistila jsem ji, že se mě může zeptat na cokoli, co by jí zajímalo ve spojení s naším rozhovorem nebo nadcházejícím výkonem. V danou chvíli však respondentka uvedla, že nemá žádné dotazy a nepotřebuje nic dalšího vědět. Zmínila se pouze o tom, že už by chtěla mít vyšetření za sebou. Nakonec jsem poděkovala za setkání a požádala o možnost provedení ještě jednoho rozhovoru, který by se uskutečnil až po výkonu. Dostalo se mi kladné odpovědi.

## **Rozhovor po výkonu**

Druhé setkání s pacientkou proběhlo následující den po lékařské vizitě. Rozhovor byl veden na pokoji, kde byli v danou chvíli přítomny další dvě pacientky.

Pocity, které pacientku po vyšetření provázely, byly celkem dobré. Uvedla: „Jsem šťastná, že už to mám za sebou a nemusím na operaci.“ Pacientka se mi také svěřila, že tentokrát během výkonu pociťovala tlak v třísle a také ji trochu bolelo. Informace o tom, jak vyšetření dopadlo, dostala pacientka až dnes při lékařské vizitě. Před tím věděla pouze to, že jí byla provedena angioplastika. Pacientka však nevěděla přesně, co angioplastika obnáší. Podrobněji byla informována až dnes u vizity. Nyní už respondentka všechny potřebné informace ví. V tuhle chvíli uvedla, že ji nic konkrétního netrápí. Jen se zmínila o tom, že je unavená, protože v noci se moc nevyspala. Problémy se spánkem má respondentka také doma, takže podle jejích slov ji to nepřekvapilo. Jako další důvod špatného spánku bych u ní označila nutnost dlouhodobého upoutání na lůžku. Pacientka se však nevyspala ani první noc, kdy byla hospitalizována. Uvedla: „Nevyspala jsem se ani tu první noc, člověk nevěděl, co bude.“ Při pozorování respondentky mohu jen potvrdit, že je na ní vidět, jak je ráda, že už má celý výkon za sebou.

Klidový režim u pacientky trval 16 hodin. Důvodem byl fakt, že jí byla provedena angioplastika, která si takové dlouhodobé upoutání na lůžku vyžaduje. Již na katetizačním sále byla pacientka seznámena s režimovými opatřeními. Byla jsem svědkem toho, že ještě po návratu na oddělení sestra zopakovala potřebné informace. Pacientka celý pobyt na lůžku zhodnotila jako něco „nepříjemného“. „Zdalo se mně to nekonečné,“ uvedla pacientka. Protože se jednalo o opravdu dlouhodobý pobyt na lůžku, zajímalo mě také, jak probíhala u respondentky hygienická péče. Vyjádřila se následovně: „Sestra se mě večer neptala, jestli se chci umýt. Až ve 2 v noci, kdy jsem mohla vstát z lůžka, jsem šla sama do koupelny.“ Respondentka byla také seznámena s dodržováním pitného režimu, sama však uvedla, že moc nepila, protože se obávala toho, že bude muset použít podložní mísu. Ze stejného důvodu večer moc nejedla. A navíc se také zmínila o tom, že podmínky pro příjem potravy nebyly nejlepší. Tím respondentka

měla na mysli klidový režim. Mohu jen potvrdit, že během pozorování jsem neviděla, že by pacientka přijímala dostatek tekutin.

Spokojenost s ošetrovatelskou péčí pacientka zhodnotila celkem dobře. Uvedla, že po výkonu ji sestra zajistila všechny potřebné věci k ruce. Při pozorování jsem však viděla, že sestra zapoměla respondentce poskytnout k ruce signalizační zařízení. Jinak je pravdou, že vše ostatní opravdu sestra zajistila. Po návratu pacientky ze sálu, provedla natočení EKG, změřila tlak krve a puls. Nezapoměla zkontrolovat třísko, ze kterého byl proveden vpich. Co však sestra nezhodnotila, bylo prokrvení dolní končetiny. Potom zajistila respondentce tekutiny a přinesla jí jídlo. Prostředí vhodně uspořádala. Dále sestra pravidelně kontrolovala u pacientky puls a tlak krve, třísko však nikoliv. Během pobytu na lůžku pacientka využila podložní mísu pouze jednou, a přesto se nemohla vyprázdnit. Pacientka se mi svěřila také s tím, jak ji sestra cévkovala, protože se nemohla sama vymočit. Respondentka uvedla, že to bylo asi ve 22,00 hodin, kdy už jí tak bolel podbříšek, že musela zazvonit na sestru. Ta byla na pacientku nepříjemná a vyčítala jí, proč si neřekla dříve, ještě denní službě, protože ona má moc práce. Pacientka mi řekla, že ji sice sestra vycévkovala, ale neobešlo se to bez komentářů na její adresu. V danou chvíli u ní bylo zřejmé, jak ji celá ta situace přišla líto a chtělo se jí plakat. Respondentka uvedla: „Sestra mně řekla, že pokud jsem se nemohla vymočit měla jsem si o cévkování říci dříve. Ale jak jsem mohla vědět, že mám tu možnost, když mně to nikdo neřekl. Kdyby to člověk věděl, tak bych se o to přihlásila.“ Tohle byla jediná situace, kterou v přístupu sester hodnotila pacientka negativně, jinak byla spokojená a neuvěděla nic dalšího, co by se jí nelíbilo. Když jsem se respondentky zeptala, zda se jí sestra ptala na to, jak se cítí, uvedla, že si není zcela jistá. Během pozorování jsem však neviděla, že by sestra tuto otázku pacientce položila.

Dodržování klidového režimu nedělalo pacientce žádné potíže. Co se týkalo spolupráce s ošetrovatelským personálem, tak i v tomto nenastal žádný problém. Až situace, při které byla pacientka cévkována, ale i přesto spolupráce byla dobrá a obešla se bez větších konfliktů.

Závěrem jsem se pacientky zeptala, zda nepotřebuje doplnit ještě nějaké informace týkající se výkonu nebo našeho rozhovoru. Zajímalo mě, jak hodnotí celou

hospitalizaci na tomto oddělení. Pacientka uvedla, že žádné další informace nepotřebuje. Hospitalizaci zhodnotila pozitivně, pouze se jí nelíbil přístup sestry při cévkování, jinak byla s ošetrovatelskou péčí spokojená.

**Tabulka 3 Shrnutí problémů uvedených v kasuistice**

Oblast problematiky	Před výkonem	Po výkonu
Seznámení s oddělením	x	0
Poskytnutí informací souvisejících s výkonem	x	x
Poskytnutí informací o výsledcích výkonu	0	x
Přítomnost zpětné vazby	-	xxx
Komunikace sestry s pacientem	xx	x
Sledování psychického stavu pacienta sestrou	-	-
Výskyt negativních emocí (strach, obavy, nejistota, nervozita, plačtivost)	xxx	x
Spokojenost s přístupem sestry	xxx	xx
Příprava operačního pole	x	0
Spolupráce pacienta se sestrou	xxx	xxx
Seznámení pacienta s klidovým režimem	-	xx
Dodržování klidového režimu pacientem	0	xxx
Uspořádání prostředí pacienta sestrou	0	xx
Zajištění signalizačního zařízení	0	xxx
Porucha spánku	-	xxx
Příjem tekutin a stravy	x	x
Kontrola místa vpichu	0	x
Kontrola prokrvení končetiny	0	-
Pravidelná kontrola krevního tlaku a pulsu po výkonu	0	xxx

**Legenda:**

xxx Bylo přítomné ve vysoké míře

xx Bylo přítomné ve větší míře

x Bylo přítomné v menší míře

- Nebylo přítomné

0 Nehodnoceno

## **Kasuistika 4**

### **Rozhovor před výkonem**

Muž ve věku 78 let, byl přijat za účelem provedení koronarografického vyšetření. Bydliště má v Českých Budějovicích a žije společně s manželkou. Problémy se srdcem se u pacienta objevily poprvé. S uskutečněním rozhovoru pacient předem souhlasil.

Jedná se o první hospitalizaci, která souvisí s onemocněním srdce. Pacient nikdy dříve problémy se srdcem neměl, celý život aktivně sportoval a asi před rokem byl hospitalizován na ortopedickém oddělení, kde mu byla provedena náhrada kolenního kloubu na jedné končetině. Tenhle rok by měl pacient podstoupit výměnu kloubu i na druhé dolní končetině. Zde, na kardiologickém oddělení, bylo však pacientovi lékařem sděleno, že není jisté, jestli se bude moci tato operace uskutečnit. Důvodem jsou problémy se srdcem, které se u pacienta nyní vyskytly. Svými slovy pacient uvedl: „Nikdy dříve jsem se srdcem problémy neměl, ale uklidnil mě lékař, když mi sdělil, že v mém věku to není nic neobvyklého, jen nevím, jak to dopadne s tím druhým kolenem, které mě měli operovat.“

Informace o výkonu byly pacientovi sděleny lékařem na ambulanci, který ho také přibližně informoval o délce hospitalizace, která závisí hlavně na výsledcích koronarografie. Příprava na výkon byla pacientovi vysvětlena pomocným personálem na oddělení. Zeptala jsem se, jak pacient pochopil poskytnuté informace, uvedl: „Pochopil jsem, že mně budou zavádět hadičku přes třísla k srdci, protože je tam nějaká cévka ucpaná, proto srdce špatně pracuje.“ Pacient nebyl seznámen s klidovým režimem po výkonu, nepochopil, že bude muset nějakou dobu strávit upoután na lůžku. „Říkal jsem si, že jsem tady teprve chvíli, tak snad mě ještě někdo přijde něco říct,“ uvedl pacient. Z výsledků pozorování bylo patrné, že pacientovi byly podány informace, které se týkaly samotného vyšetření a přípravy na ně. Později byl také informován o tom, že bude po výkonu muset nějakou dobu strávit na lůžku. Při poskytnutí těchto informací nebyla nemocnému umožněna zpětná vazba. Protože se mně nezdálo, že by pacient poskytnuté informace pochopil, umožnila jsem mu zpětnou vazbu. Reakci na ni uvádím výše.



Psychický stav u pacienta se projevoval nervozitou a očekáváním, kterého jsem byla svědkem při pozorování. Strach, jako doprovodný pocit, pacient neuvedl, pouze se vyjádřil slovy: „Jde jen o to, že člověk neví, co ho čeká, a jak to dopadne.“ Delší pobyt na lůžku byl pro pacienta příčinou velkých obav. Především proto, že před nějakou dobou nemocného začaly provázet bolesti kyčle, lékařem mu bylo řečeno, že příčinou je páteř, s tou však na operaci nebyl. Dále mívá potíže se spánkem, den před příjmem toho také moc nenaspal, z důvodu nadcházející návštěvy lékaře a hospitalizace. Také nejistota, jak dopadne vyšetření a co se při něj najde, pacienta do značné míry znervózňuje. Pacient uvedl, že sice není typ člověka, který by se nějak výrazně stresoval, ale když jdete do něčeho, co neznáte a nevíte, jak to může dopadnout, je to důvod cítit určitý druh nervozity a nejistoty. „V tuhle chvíli jsem především v očekávání, jak to všechno dopadne, já jsem odjakživa hodně sportoval, turistika a kilometrové pochody pro mě nebyly problémem, ale když pak přijde něco takového, uvědomíte si, že už nejste nejmladší,“ upřesnil pacient to, co v danou chvíli prožíval. Také se opakovaně ptal na to, co ho po výkonu čeká, protože při podávání informací, mu tato fakta nebyla zcela objasněna.

Spokojenost s ošetřujícím personálem pacient zatím zhodnotil spíše negativně. Nemocný byl přiveden sanitářem z ambulance, který ho na oddělení odvedl rovnou na pokoj, na základě sdělení sestry. Tam pacientovi, bylo řečeno, aby se zatím převlékl do pyžama, a že za ním později někdo přijde. Za chvíli za pacientem opravdu přišla sanitárka, která ho ještě jednou ve stručnosti seznámila s tím, co mu budou při výkonu dělat, a že je nutné, aby si sundal hodinky, šperky a vyndal zubní protézu. Ještě pacientovi předložila k podpisu informovaný souhlas ve spojitosti s výkonem, kde je také uvedeno, že v případě zjištěného zúžení, bude rovnou provedena angioplastika, která rozšíří zúženou cévu. Ve stručnosti bylo nemocnému také sděleno, že po vyšetření bude muset nějakou dobu strávit na lůžku. Poté sanitárka provedla u pacienta oholení obou třísel, a to přímo na lůžku pacienta, dále mu sdělila možnost jít se ještě před odjezdem vykoupat. Respondent nebyl seznámen s chodem oddělení a s organizačním uspořádáním. Nevěděl, že koupelna je na pokoji, společně s WC. To pacient zhodnotil následovně: „To je určitě výhoda, že koupelna a WC je tady, to je v dnešní době už asi

v každé nemocnici. A je to rozhodně správně, tak by to mělo být.“ S režimem po výkonu však pacient seznámen nebyl. O této problematice jsem se zmínila již dříve. Dalším problémem, který jsem během pozorování zjistila, bylo to, že sestra nejevila zájem o psychický stav pacienta.

Během rozhovoru bylo také cílem rozpoznat neverbální projevy respondenta. Přítomnost nervozity byla značná, zato oční kontakt nemocnému nečinil žádné potíže. Celý rozhovor se obešel bez výrazné gestikulace, řeč byla jistá a plynulá. Pacient mluvil spíše hlasitě.

Závěrem rozhovoru jsem se respondenta zeptala, zda nepotřebuje ještě nějaké informace doplnit. Zeptal se mě na to, jaký bude režim po výkonu. Přibližně jsem ho tedy seznámila s nutností klidového režimu na lůžku po dobu několika hodin. Přesný čas mu bude sdělen lékařem, na základě rozsahu výkonu, a zda mu bude provedena angioplastika nebo ne. Protože další dotazy pacient neměl, požádala jsem o možnost uskutečnit ještě jeden rozhovor po výkonu. Dostalo se mi kladné odpovědi.

### **Rozhovor po výkonu**

Další setkání s pacientem proběhlo druhý den po vyšetření. Rozhovor byl veden opět na pokoji, kde v danou chvíli nebyl nikdo jiný, kromě pacienta a mě.

Při prvním pohledu na respondenta bylo jasné, že závěry vyšetření nebyly takové, jaké očekával. Dozvěděla jsem se, že to nedopadlo moc dobře. Ošetřující lékař pacientovi krátce po výkonu sdělil, že mu doporučuje operaci, při které by byl proveden bypass. Pocity, které nemocný cítil bezprostředně po výkonu, by označil za smíšené. Vyjádřil obavy, které souviseli s nadcházející operací: „Mám divný pocit z toho, že vlastně přesně nevím, co je to za operaci, jaký bude mít průběh a rozsah. Taky nemám vůbec představu o tom, jak dlouho by mohla trvat hospitalizace, ale jsem už rozhodnutý, že do toho půjdu a podstoupím to,“ uvedl pacient. Také doufá, že operace dopadne úspěšně. Ošetřující lékař pacienta ubezpečil, že mu vše vysvětlí a nemusí se ničeho obávat. Ale i přesto jsem mohla na respondentovi vyzorovat, že se u něho projevuje nervozita a neklid z nastalé situace. Pacient se už dříve vyjádřil, že není typ člověka, který by se často stresoval, ale svěřil se s tím, že: „Když přijde naráz něco takového, je

to vždy důvod k určitým obavám.“ Kromě obav z dalšího postupu léčby nevedl pacient žádné další negativní emoce, které by nějakým způsobem souvisely s provedeným vyšetřením.

Negativně se nemocný vyjádřil k dodržování klidového režimu na lůžku. Uvedl, že je to velmi nepohodlné, když se nemůže moc pohybovat. „Sice to byly jen tři hodiny, ale pro mě to bylo nekonečné, a usnout se mně také nedařilo. Ani v noci jsem toho moc nenaspal, byl jsem nějaký rozrušený z toho, že budu muset jít na operaci. Pořád se mně to honilo hlavou a musel jsem na to myslet.“ Z rozhovoru jsem pochopila, že s klidovým režimem byl pacient seznámen na katetrizačním sále, ještě před odjezdem. Na oddělení jsem byla svědkem toho, že sestra nemocného seznámila s nutností příjmu tekutin, aby se rychleji vyloučila z těla kontrastní látka, která se při vyšetření používá, také mu znova zopakovala dodržování režimových opatření. Pacient uvedl, že pitný režim dodržoval a myslí si, že tekutiny přijímal dostatečně. Příjem potravy byl pro pacient velmi obtížný, především z důvodu, že neměl dostatečný přístup k jídlu. Sestra nezajistila vhodné uspořádání prostředí. „Ale i tak, jsem něco málo snědl. Po příchodu sestry jsem ji požádal, jestli by mě oběd nedala blíže,“ uvedl respondent. Mohu potvrdit, že opravdu jsem při pozorování viděla, jak sestra položila podnos s jídlem na stolek pacienta, ale už se nezajímala o to, aby mu jídlo dala blíž. V takové situaci neměl respondent možnost se najíst. Další věcí, kterou jsem se od pacienta dozvěděla, souvisela s využitím podložní mísy a močové lahve. Bylo mi řečeno, že ani jedno z toho pacient po celou dobu nevyužil. Během pozorování jsem zjistila, že sestra nezajistila pacientovi močovou láhev k lůžku. Dále se respondent zmínil o tom, že při vstávání z lůžka se mu trochu motala hlava, sestra tomu přítomna nebyla. Jinak mohu říci, že klidový režim dodržoval po celou dobu a spolupráce s ošetřovatelským personálem mu neděla potíže.

S přístupem ošetřovatelského personálu po vyšetření respondent nebyl moc spokojen. Především mu vadilo špatné uspořádání prostředí, jak už jsem se zmínila výše. Sestra nedostatečně přizpůsobila okolní prostředí pro to, aby se pacient mohl naobědvat. „Nelíbilo se mi, jak mně setra přinesla oběd a nechala ho ležet na stolečku, ale tak, že jsem se nemohl najíst, protože jsem na to nemohl dosáhnout,“ uvedl sám pacient. Co

dále respondentovi vadilo, bylo to, že mu sestra nedonesla ani močovou láhev, sice ji nevyužil, ale podle jeho slov by to měla sestra udělat automaticky. Byl zvyklý, že na ortopedii, kde ležel kvůli operaci kolenního kloubu, měl močovou láhev vždy k dispozici. Nakonec byl nucen si o ni říct sestře sám. Co se týkalo pravidelné kontroly stavu pacienta, dozvěděla jsem se, že po příjezdu ze sálu sestra natočila EKG, změřila tlak krve a srdeční frekvenci, zkontrolovala vzhled třísla. Co sestra neudělala, bylo zhodnocení prokrvení dolní končetiny, ze které byl proveden vpich. Sestra potom přinesla oběd a zajistila nemocnému tekutiny, upozornila ho na nutnost dostatečně pít. V neposlední řadě nezapomněla pacientovi dát k ruce signalizační zařízení, pro možnost přivolání sestry, v případě potřeby. Poté sestra chodila pravidelně pacientovi měřit tlak krve a puls, tříslu ani prokrvení končetiny však nekontrolovala. Nemocný hodnotí velmi kladně přístup ošetřujícího lékaře, který za ním přišel těsně po návratu ze sálu a zajímal se o to, jak se cítí, zkontroloval tříslu a také se zeptal, jak se mu daří, jak zvládl celý průběh vyšetření. Respondent se následovně vyjádřil k noční službě: „Od večere až do 2,00 hodin tady nikdo nebyl, ani večerní léky jsem nedostal.“ Tuto informaci jsem nijak nekomentovala a pacient ji už dál nerozváděl, ale bylo na něm vidět, že takovou situaci nehodnotí pozitivně. Co se týkalo psychického stavu pacienta, tak v průběhu pozorování jsem viděla lékaře, který se zajímal o to, jak se nemocný cítí. Co mi však chybělo, byl zájem sestry o pacientovi pocity, ten jsem nezaznamenala ani v jednom okamžiku.

Na závěr jsem nemocnému poděkovala za možnost uskutečnit rozhovory. Zeptala jsem se, zda nemá ještě nějaké dotazy na mou osobu. Pacient se mi svěřil, že se mu v tříslu, ze kterého mu byl proveden vpich, udělal velký hematom. Požádala jsem ho tedy, aby mi to ukázal, a opravdu mohu říci, že hematom přesahoval téměř polovinu stehna. Zeptala jsem se, jestli o tom ví sestra a ukazoval jí to, ale dozvěděla jsem se, že to respondent nikomu neřekl a sestra ráno tříslu nekontrolovala. A protože nebyla ještě lékařská vizita, tak hematom nemohl vidět ani ošetřující lékař, proto jsem nemocného ujistila, že o tom lékaře informuji. Bylo vidět, že se mi podařilo pacienta částečně uklidnit. Protože žádné další dotazy nenásledovaly, tak jsem pacientovi poděkovala a popřála mu, aby nadcházející operace dopadla úspěšně.

**Tabulka 4 Shrnutí problémů uvedených v kasuistice**

Oblast problematiky	Před výkonem	Po výkonu
Seznámení s oddělením	-	0
Poskytnutí informací souvisejících s výkonem	x	xxx
Poskytnutí informací o výsledcích výkonu	0	xxx
Přítomnost zpětné vazby	-	xx
Komunikace sestry s pacientem	xx	xxx
Sledování psychického stavu pacienta sestrou	-	-
Výskyt negativních emocí (strach, obavy, nejistota, nervozita, plačtivost)	xxx	xxx
Spokojenost s přístupem sestry	x	-
Příprava operačního pole	x	0
Spolupráce pacienta se sestrou	xxx	xxx
Seznámení pacienta s klidovým režimem	-	xxx
Dodržování klidového režimu pacientem	0	xxx
Uspořádání prostředí pacienta sestrou	0	x
Zajištění signalizačního zařízení	0	xxx
Porucha spánku	xx	xx
Příjem tekutin a stravy	x	x
Kontrola místa vpichu	0	x
Kontrola prokrvení končetiny	0	-
Pravidelná kontrola krevního tlaku a pulsu po výkonu	0	xxx

**Legenda:**

xxx Bylo přítomné ve vysoké míře

xx Bylo přítomné ve větší míře

x Bylo přítomné v menší míře

- Nebylo přítomné

0 Nehodnoceno

## **Kasuistika 5**

### **Rozhovor před výkonem**

Žena ve věku 79 let, byla přijata za účelem provedení koronarografického vyšetření. Pacientka je vdova, bydlí ve Strakonících společně se synem, s uskutečněním rozhovoru předem souhlasila.

Pacientka prodělala srdeční infarkt a už 2x ji byla provedena angioplastika, za účelem roztažení zúžené cévy. Obě hospitalizace se uskutečnily ve Strakonících. Nyní se u pacientky objevily potíže, které popsala následovně: „Najednou z ničeho nic mě začalo bušit srdce a cítila jsem tlak směřující do krku, tak mě dcera odvezla do nemocnice ve Strakonících, tam mně natočili EKG a poslali rovnou do Budějovic, aby mně udělali koronarografii a možná dali i stent.“ Pacientka žije ve společné domácnosti se synem, ale ten je většinu času mimo domov, protože je řidičem z povolání. Proto také během rozhovoru uvedla, že doma bývá dost často sama, ale to pacientce zase tolik nevadí, protože mají králíky a slepice, o které se stará, takže práce má pořád dost a také ji navštěvuje téměř každý den dcera.

Informace týkající se samotného výkonu, sdělil pacientce lékař ve Strakonících, který ji odeslal do Budějovic. Pacientka se mi také svěřila, že informací o tomto vyšetření zná už poměrně dost, protože je nepodstupuje poprvé. Další informace, které se týkají přípravy na vyšetření, byly pacientce předány prostřednictvím pomocného personálu, s péčí po něm prozatím seznámena nebyla. Protože se jedná o první hospitalizaci pacientky, v Nemocnici České Budějovice, zajímalo mě, jestli byla seznámena s oddělením, jeho uspořádáním a organizační strukturou. Ani jedno z toho však respondentka nepotvrdila, s oddělením tedy seznámena nebyla. Ani během pozorování jsem nebyla svědkem, že by tyto informace pacientka dostala. Svými slovy uvedla: „Oddělení mně neukázali, ale nemocnice v Budějovicích je pěkná, člověk si nemůže na nic stěžovat.“ Při předávání informací pacientce jsem nezpozorovala, že by jí byla umožněna zpětná vazba.

Respondentka je spíše uzavřenější typ člověka, při rozhovoru se vyjadřovala pomalu a mluvila potichu. Ale přece jen se dokázala rozpovídat o svých pocitech. Především jsem se dozvěděla, že stres je pro pacientku častým společníkem, svými

slovy to popsala: „Stresuji se až moc, zaobírám se i zbytečnými věcmi, ale člověk to nedokáže hodit jen tak za hlavu. Musíte si říkat, že to bude dobré, ale já si vše pořád připomínám a vidím jen ty negativní věci. Ale co bych chtěla, když léta přibývají, tak se s tím nedá nic dělat. Hlavně, aby to teď bylo dobré.“ Pacientka má obavy, že by se mohlo při vyšetření najít něco závažnějšího. Bylo na ní patrné, že se u ní projevuje také nervozita a celkové napětí. Vyjádřila překvapení nad tím, že od té doby, co jí byla prováděna angioplastika, neměla se srdcem problémy, a je jí tedy divné, jak je možné, že tak najednou se to zase objevilo. Lékař však pacientce vysvětlil, že se to stává, nikdy není jisté, že se potíže znovu neobjeví. Dalším důvodem neklidu, je pro pacientku představa dlouhého pobytu na lůžku. „Protože jsem to zažila už 2x, tak vím, co mě čeká a to je snad ještě horší, když si na to vzpomenu, tak mně to připadalo nekonečné.“

Kladně se pacientka vyjádřila o ošetrovatelské péči. S přístupem sester byla spokojená, jak tady na oddělení, tak i ve Strakonících. Sestra pacientku odvedla na pokoj a požádala ji, aby se zatím převlékla a později, že ji přijde informovat o tom, co bude následovat. Za chvíli přišla sanitárka, která požádala pacientku o podepsání informovaného souhlasu. Seznámila ji s přípravou na vyšetření, která zahrnuje odstranění všech šperků, hodinek a zubní protézy. Potom zajistila u pacientky vyholení obou třísel, které se uskutečnilo na lůžku, přímo v pokoji za přítomnosti ostatních pacientů. Také přinesla anděla, do kterého se má pacientka převléknout. Dále se respondentka zmínila o ošetřující lékařce, která ji navštívila, a na pacientce bylo vidět, že na ni udělala dobrý dojem. Pacientka ji popsala jako: „Paní doktorka byla moc příjemná a sympatická, všechno mně pěkně vysvětlila.“ Také se pacientky zeptala na pocity, které právě prožívá. Totéž jsem bohužel nevyzpytovala u sestry, která by se zajímala o psychický stav pacientky.

Během celého rozhovoru jsem pozorovala neverbální projevy u pacientky. Bylo zřejmé, že je respondentka nervózní a napjatá. Především se obávala toho, jak dopadne celé vyšetření a také, že bude muset po výkonu dodržovat režimová opatření, která představují v první řadě klidový režim na lůžku. Pacientka mluvila potichu a pomalu, ale za to bylo její vyjadřování přesné a jasné, bez zadrhávání. Projev pacientky se obešel bez výrazné gestikulace, ale problém jí dělalo udržení očního kontaktu.

Jako v předešlých rozhovorech, i zde jsem se na závěr pacientky zeptala, zda nemá ještě nějaké dotazy, které by chtěla zodpovědět nebo, zda něco nepotřebuje. Uvedla, že momentálně jí nic z informací neschází a to, co by především nyní chtěla je, aby to všechno dobře dopadlo a mohla už být zase doma. Pacientka vyslovila větu, která se mi moc líbila a nemohu si odpustit, abych ji na tomto místě neuvedla: „Když člověk nemá zdraví, tak nemá nic.“ Je to velmi trefné a pravdivé konstatování. Pacientka nevyslovila žádné další dotazy, proto jsem ji požádala, jestli by bylo možné, uskutečnit ještě druhý rozhovor, který by proběhl až po vyšetření.

### **Rozhovor po výkonu**

Druhé setkání proběhlo následující den po vyšetření, uskutečnilo se opět na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů.

Vyšetření bohužel nedopadlo tak, jak by pacientka očekávala. Ošetřující lékařka ji krátce po návratu ze sálu informovala o tom, že při výkonu byla zjištěna přítomnost arytmií. Respondentce byly sděleny dvě možnosti, jak to lze řešit, a to pomocí léků nebo několikahodinové operace. Slova pacientky: „Naděje je špatná, buď budu brát léky, nebo mě čeká operace, která by trvala alespoň 5 hodin.“ Dále pacientka uvedla, že pocity během výkonu nebyly nejhorší, ale hůře se snášel klidový režim po vyšetření. Při pohledu na pacientku bylo jasně vidět, jak ji nastalá situace trápí a má obavy, jak to bude dál. Ale v danou chvíli se už nejvíce ze všeho těšila domů.

O klidovém režimu, který trval u respondentky 3 hodiny, byla seznámena ještě před odjezdem z katetrizačního sálu, a to lékařem, který výkon prováděl. Také na oddělení byly tyto informace pacientce zopakovány. Názor respondentky na upoutání na lůžku byl takový, že během celé doby je nejhorší to, když si nemůže sama dojít na toaletu a je odkázána na pomoc druhých, tím myslela sestry na oddělení. Příjem potravy při upoutání na lůžku, byl obtížný. Pacientka uvedla: „Najedla jsem se, ale šlo to pomalu.“ Respondentka byla seznámena s nutností dostatečného příjmu tekutin, který, musím zhodnotit podle pozorování, dodržovala svědomitě. To mi bylo také potvrzeno pacientkou při rozhovoru. Problém, který se u ní objevil, souvisel se spánkem. Nemocná uvedla, že se během noci moc nevyspala, protože neměla dostatek klidu, který



by potřebovala. Co se týkalo vyprazdňování, tak po celou dobu upoutání na lůžku, pacientka nevyužila podložní mísu. Podle jejích vlastních slov uvedla: „Nejhorší v nemocnici je, když si nemůžete sama dojít na toaletu.“ Pacientka se mi svěřila, že při vstávání z lůžka se jí zamotala hlava. Zajímalo mě, jestli u toho byla sestry. Pacientka odpověděla, že ano.

Ošetrovatelskou péčí po vyšetření a během lidového režimu pacientka zhodnotila pozitivně. Uvedla, že byla spokojená a nemůže si na nic stěžovat. Sestra po návratu z katetrizačního sálu pacientce natočila EKG, změřila tlak krve a puls. Poté zkontrolovala tříslo, zda nekrvácí. Prokrvení končetiny sestra u pacientky nekontrolovala. Pozitivně jsem však hodnotila zájem sestry o psychický stav pacientky, zeptala se jí, jak se cítí. Dále sestra respondentce zajistila vše potřebné k ruce. K dosahu jí bylo poskytnuto signalizační zařízení. Poté jí sestra přinesla oběd, aby se pacientka mohla najíst. Prostředí upravila, tak aby měla dobré podmínky pro příjem potravy. Nezapomněla obstarat i tekutiny, které jsou nezbytné pro to, aby se rychleji vyloučila kontrastní látka z těla. Potom sestra každou půl hodinu po celou dobu hospitalizace kontrolovala u pacientky tlak krve a puls. Tříslo však bylo sestrou zkontrolováno pouze po návratu ze sálu. Kdo tříslo kontroloval, tak byla lékařka, která se přišla za pacientkou podívat. Dále respondentka uvedla, že během noci sestra pravidelně navštěvovala jejich pokoj. Jediné, co bych mohla během pozorování vytknout, v péči sester je to, že chyběla pravidelná kontrola třísla a prokrvení končetiny.

Zde mi dovoluji, abych se vyjádřila k dodržování režimových opatření pacientkou a také jak spolupracovala s ošetrovatelským personálem. Mohu jen potvrdit, že během pozorování jsem se nesečkala s momentem, kdy by se vyskytl nějaký konflikt mezi ošetrovatelským personálem a respondentkou. Také po celou dobu dodržovala nařízený klidový režim svědomitě, i když to pro ni nebylo moc příjemné.

Závěrem rozhovoru jsem respondentce umožnila, se na cokoli zeptat, co by jí zajímalo v souvislosti s naším setkáním. Také jsem se zajímala o to, zda nemá pacientka ještě nějaké dotazy, které by se týkaly její hospitalizace. Protože žádné otázky na mě pacientka neměla, tak jsem jí popřála do budoucna hodně zdraví. Na závěr jsem se rozloučila a poděkovala za možnost uskutečnit oba rozhovory.

**Tabulka 5 Shrnutí problémů uvedených v kasuistice**

Oblast problematiky	Před výkonem	Po výkonu
Seznámení s oddělením	xx	0
Poskytnutí informací souvisejících s výkonem	xx	xxx
Poskytnutí informací o výsledcích výkonu	0	xxx
Přítomnost zpětné vazby	-	xx
Komunikace sestry s pacientem	xxx	xx
Sledování psychického stavu pacienta sestrou	-	xxx
Výskyt negativních emocí (strach, obavy, nejistota, nervozita, plačtivost)	xxx	xx
Spokojenost s přístupem sestry	xxx	xxx
Příprava operačního pole	x	0
Spolupráce pacienta se sestrou	xxx	xxx
Seznámení pacienta s klidovým režimem	-	xxx
Dodržování klidového režimu pacientem	0	xxx
Uspořádání prostředí pacienta sestrou	0	xxx
Zajištění signalizačního zařízení	0	xxx
Porucha spánku	xx	x
Příjem tekutin a stravy	xxx	xx
Kontrola místa vpichu	0	x
Kontrola prokrvení končetiny	0	-
Pravidelná kontrola krevního tlaku a pulsu po výkonu	0	xxx

**Legenda:**

xxx Bylo přítomné ve vysoké míře

xx Bylo přítomné ve větší míře

x Bylo přítomné v menší míře

- Nebylo přítomné

0 Nehodnoceno

## 5. Diskuse

Na začátku této práce byly stanoveny dva cíle, kterých mělo být během šetření dosaženo. První z nich byl zaměřen na zjištění nejčastějších problémů v ošetrovatelské praxi po invazivních kardiologických výkonech. Druhý cíl jsme směřovali na zmapování informovanosti u pacientů před a po invazivních kardiologických výkonech a její vliv na další průběh ošetrovatelské péče. Abychom mohli docílit uvedených cílů, určili jsme si několik výzkumných otázek.

Pro uskutečnění šetření bylo zvoleno standardní kardiologické oddělení. Důvodem pro tento výběr byla skutečnost, že právě zde se invazivní zákroky provádějí velmi často. Téměř každý den se tu setkáme alespoň s 10 novými pacienty, kteří takový výkon podstupují. Právě z toho důvodu jsme se rozhodli zjistit, jaká je při takovém velkém počtu zákroků informovanost pacientů. Zda informace, které dostávají, jsou úplné nebo pouze okrajové a jaký vliv má taková informovanost na ošetrovatelskou péči. Této problematice se týkala první a druhá výzkumná otázka.

Po přijetí do nemocnice nemocní podepisují tzv. informovaný souhlas, který jak uvádí Kozierová ve své publikaci Ošetrovatel'stvo znamená, že jde o jistou výměnu informací mezi pacientem a lékařem. Kdy lékař je povinen poskytnout pacientovi informace o možnostech léčby, možných rizicích a následcích s tím souvisejících. Na základě toho je lékař zodpovědný za získání souhlasu pacienta s provedením výkonu. Po řádném poučení pacienti zpravidla podepisují formulář, kterým tento souhlas potvrzují. Dále také autorka uvádí, že se jedná o mimořádně nevhodnou praxi v případě, kdy informovaný souhlas předává pacientovi k podpisu sestra.

V současné době není ani přípustné, aby byl pacient informován pouze prostřednictvím informovaného písemného souhlasu. Musí mu vždy předcházet rozhovor lékaře s pacientem, také má být nemocnému umožněno kladení otázek při nejasnostech. V takovém případě je na lékaři, aby pacientovi co možná nejsrozumitelněji vysvětlil celý zákrok. Teprve když pacient vše chápe a rozumí možným rizikům spojeným s výkonem, může svůj souhlas potvrdit podpisem. Z výsledků šetření jsme se mohli přesvědčit, že předkládání informovaného souhlasu pacientovi je skutečně ve většině případů praktikováno nevhodně. Z výsledků, které

vyplývaly, bylo patrné, že lékař vysvětlil nemocnému důvod a podstatu vyšetření. Tyto informace získali všichni respondenti, se kterými bylo šetření uskutečněno. Celkem se jednalo o pět pacientů podstupujících kardiologický invazivní výkon. Problém nastal tehdy, když samotné podepsání formuláře potvrzujícího souhlas pacienta nezajistil lékař. Z rozhovorů bylo možné vyvodit závěry, že informace týkající se přípravy na invazivní výkon byly dvěma respondentům sděleny sestrou a třem respondentům pomocným ošetrovatelským personálem. Informace týkající se opatření po výkonu byly pacientům poskytnuty pouze okrajově. Jednalo se o základní informace, které se týkaly doby pobytu na lůžku.

Pokud bychom si shrnuli získané skutečnosti, mohli bychom říci, že ve všech pěti případech byli respondenti informováni o přípravě na zákrok i péči po něm. Problém byl spíše v přenosu informací. Ideální situace by byla, kdyby lékař, který poskytuje informace o charakteru výkonu, alternativách, možných rizicích a následcích, také pacientovi zároveň sdělil, co obnáší příprava na výkon a péče po něm. Poté by se měl pomocí zpětné vazby přesvědčit o tom, zda respondent všemu porozuměl. Zpětná vazba je velmi důležitým pojmem v komunikaci s člověkem. Autorky Venglářová a Mahrová ve své knize Komunikace pro zdravotní sestry, uvádějí, že zpětná vazba především udržuje rovnováhu v mezilidské komunikaci. Proto je nezbytné, aby byla součástí každého rozhovoru s pacientem. Na závěr by měl lékař nemocnému předložit formulář (informovaný souhlas) k podpisu. Navrhnutý způsob bychom mohli označit za určitě nejlepší, jak zajistit, že má nemocný informace poskytnuté celistvě. Samozřejmě je třeba, aby sestra, která pacienta na výkon připravuje, opět zopakovala, co bude příprava zahrnovat. Někdy je lepší veškeré pokyny a skutečnosti několikrát připomenout, než zanedbat jejich důležitost a podstatu.

Článek Pršancové, Pacient a koronarografické vyšetření, uvádí, že k úspěšné spolupráci mezi pacientem a zdravotnickým personálem je nezbytné, aby si sestra získala jeho důvěru. Měla by mu věnovat dostatek času a především prostoru pro případné dotazy z jeho strany. Podle autorky je také přirozenou věcí to, že je sestra milá, chápavá a pozorná. K takovému přístupu neodmyslitelně patří umožnění zpětné vazby, o které jsme se už něco málo zmínili výše. Během šetření bylo vyzorováno, že zpětná

vazba před výkonem byla poskytnuta u jednoho respondenta, u zbylých čtyř bohužel neproběhla. Po zákroku tomu však bylo jinak, prostor pro zpětnou vazbu byl umožněn všem pěti respondentům..

Třetí výzkumná otázka směřovala ke zjištění častých problémů, se kterými se pacienti během hospitalizace potýkají. Během doby před výkonem se u nemocných objevily problémy související s přípravou operačního pole. Při některých kardiologických výkonech se provádí vpich z třísla. Proto je nezbytné, aby sestra zajistila vyholení obou třísels. U všech pěti pacientů vyholila třísla sanitárka. Tento fakt nemusíme označit zcela za nevhodný. Co bychom však ohodnotili negativně, je skutečnost, že výkon probíhal v pokoji na lůžku pacienta za přítomnosti ostatních. Způsob jak tento problém odstranit by byl, kdyby taková příprava probíhala v místnosti k tomu určené, kde by měl pacient soukromí a zajištěnou intimitu nebo alespoň použít zástěnu kolem lůžka.

Při ošetrovatelské péči o pacienta by měli všichni zdravotničtí pracovníci postupovat se zřetelem nejen na somatickou stránku osoby, ale také na psychiku, která hraje v roli každého jedince neodlučitelnou roli. V publikaci *Základy ošetřování nemocných* však kolektiv autorů uvedl, že v dnešní moderní době je stále více věnována pozornost faktorům biologickým. S tímto tvrzením bychom se mohli ztotožnit na základě provedeného šetření. U žádného z pěti respondentů nebylo zaznamenáno, že by se sestra zajímala o jejich psychický stav ve spojitosti s hospitalizací a nadcházejícím invazivním výkonem. Abychom tedy byli přesní, tak dva respondenti uvedli, že si nejsou zcela jistí, ale můžeme říci, že během pozorování jsme se s tím opravdu nesetkali. Další tři pacienti uvedli, že se jejich sestra neptala na psychický stav. Něco jiného je ošetřující lékař, který se zajímal o to, jak se pacienti cítí. Možná právě vysoký nárůst invazivních výkonů v kardiologii a zaznamenaný nedostatek sester na odděleních zapříčinilo snížený zájem o psychický stav pacientů. Již dříve byla zmínka o tom, že během jednoho dne se na oddělení uskuteční minimálně 10 pacientů podstupujících invazivní zákrok. A právě proto se může stát, že sestra, pro kterou je to běžná záležitost opomene, že pro pacienta to může být zcela nová zkušenost, která sebou nese řadu obav, strachu a nejistoty. Autorka Farkašová sama ve své knize uvádí, že strach bývá součástí

nemoci anebo provází diagnostické a terapeutické výkony. Můžeme tedy říci, že strachu se v životě nevyhne zřejmě žádný člověk. Ale je velmi důležité, aby každá sestra uměla tuto negativní emoci identifikovat a eliminovat dle možností.

Negativní pocity, které uvádíme, se objevili během šetření u všech pěti respondentů. Vyskytly se obavy, které souvisely s tím, jak dopadne vyšetření, co se při něm najde a jaký bude další postup léčby. Ve čtyřech případech bylo také příčinou nadcházející klidový režim na lůžku, který je po výkonu nezbytný. Respondenta z kasuistiky č. 4 delší dobu obtěžují bolesti zad a vyslovil strach z toho, jestli vydrží stanovenou dobu na lůžku. Jiní respondenti se zmínili, že mají obavy související s použitím podložní mísy. Nejen obavy a strach nemocné tížili, ale také nervozita a neklid nebyly výjimkou. Ve dvou případech se u respondentů objevila plačtivost. U respondentky z druhé kasuistiky bylo důvodem to, že se u ní při vyšetření nic nenašlo a neví se, co je příčinou jejích potíží. Má obavy z dalšího postupu léčby. Příčina plačtivosti u pacientka z kasuistiky č. 3, byla v souvislosti s přístupem sestry při cévkování. Jednalo se o respondentku, u které byla provedena angioplastika a klidový režim byl mnohem delší, konkrétně 16 hodin. A protože se pacientka během celého dne nebyla schopná vymočit, bylo třeba, aby ji sestra vycévkovala. Jednalo se o noční službu, kdy se sestře nelíbilo to, že si pacientka neřekla dříve. Nemocná uvedla, že jí to přišlo líto, když na ní byla sestra nepříjemná, ale kdyby věděla, že je možnost cévkování přihlásila by se dříve. Jenže tuto informaci respondentce nikdo nesdělil, to znamená, že to nemohla tušit. V páté kasuistice byly u nemocné objeveny při vyšetření arytmie, lékař jí informoval o dvou možnostech, jak to řešit. Buď podstoupí několikahodinovou operaci, nebo bude muset užívat léky. V kasuistice čtyři, bylo pacientovi sděleno, že mu bude muset být proveden bypass. Lékař mu vše vysvětlil a poskytl čas na rozmyšlenou. Respondent nyní neví, jak se má rozhodnout a není si přesně jistý, co bude taková operace obnášet. Všechny výše zmiňované pocity jsme zjišťovali pomocí výzkumných otázek pět a šest.

Pocity pacientů jsou spojené také s přístupem zdravotnického personálu, především sester, které jsou s nimi v neustálém kontaktu po dobu hospitalizace. To jak sestra zapůsobí na pacienta při prvním kontaktu, nebo jaké mu poskytne informace

týkající se výkonu, seznámí ho s oddělením a další je důležitým momentem. V té chvíli si nemocní sami vytvoří představu o chodu oddělení a hodnotí spokojenost s ošetrovatelskou péčí. Spokojenost s přístupem ošetrovatelského personálu zhodnotili tři respondenti z kasuistiky č. 2, 3 a 5 pozitivně. Tito uvedli, že jsou s přístupem spokojeni a nemohou si na nic stěžovat. V případě kasuistiky č. 1 se pacient vyjádřil, že prozatím nemůže přístup personálu na oddělení hodnotit, protože je tu teprve krátce, ale z doslechu ostatních pacientů se dozvěděl, že během noční služby nebyla sestra ani jednou na pokoji. Respondent z kasuistiky č. 4 zhodnotil ošetrovatelskou péčí negativně. Nelíbilo se mu, jak byl odveden na oddělení sanitářem a poté přímo na pokoj, aniž by mu byly sděleny podrobnější informace. Jelikož byl také na kardiologickém oddělení hospitalizován poprvé, nebyl ani seznámen s jeho uspořádáním. Pacient vůbec netušil, že se na pokoji nachází koupelna a WC. Po výkonu se také vyjádřil k přístupu spíše negativně v souvislosti s uspořádáním prostředí. Sestra pacientovi přinesla podnos s jídlem, ale položila ho mimo jeho dosah.

Problémy, které se u respondentů po výkonu vyskytly, souvisely především s klidovým režimem na lůžku. Všichni měli potíže při příjmu potravy. V kasuistice čtyři to bylo vinou především sestry, která nevhodně uspořádala prostředí kolem pacienta. Také obavy z možnosti použití podložní mísy byly příčinou toho, že pacienti přijímali méně potravy. Jak uvádí kolektiv autorů ve své publikaci *Základy ošetřování nemocných*, tak pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko a jsou nuceni vyprázdnit se na pokoji v přítomnosti ostatních pacientů, s tím mají potíže. Dále uvádí, že stud z vyprazdňování na pokoji může vyvolat až úzkostné reakce. Proto nemůžeme mít pacientům za zlé, že se takové situaci snaží vyhnout. S příjmem potravy souvisí také pitný režim, který je po výkonu nezbytný z důvodu rychlejšího vyloučení kontrastní látky z těla. Všichni respondenti byli seznámeni s nutností dostatečného příjmu tekutin a byl jim také uveden důvod. Ale i přesto ve dvou případech jsme zaznamenali, že pacienti pili méně z obavy, že budou muset použít močovou láhev nebo podložní mísu. V ostatních případech sami nemocní uvedli, že se snažili přijímat tekutiny v dostatečné míře. Toto sdělení jsme díky pozorování mohli potvrdit.

Ještě bychom se rádi podrobněji zmínili o použití podložní mísy u respondentů. Pouze v kasuistice dvě a tři si pacienti řekli o podložní mísu, ale ani jeden z nich nebyl schopen se vyprázdnit. Další tři respondenti uvedli, že podložní mísu po celou dobu nevyužili. Také podotkli, že by i přesto nejspíš měli problémy ji použít. Setkali jsme se během pozorování i s názorem, že „pokud jste v nemocnici je nejhorší, když si člověk sám nemůže dojít na toaletu a je odkázán na pomoc druhých.“

Možnosti jak předejít tomu, aby se pacienti vyhýbali příjmu potravy z důvodu následujícího vyprazdňování, jsou takové, že sestra ubezpečí pacienta o tom, že při tom bude mít naprosté soukromí a zajistí mu intimní prostředí. Další co by měla mít sestra na paměti je, že musí dát nemocnému dostatek času na vykonání potřeby. Ale ani tyto opatření nezaručují, že se nemocný vyprázdní. Kolektiv autorů v knize *Základy ošetřování nemocných* uvádí, že defekace vleže je nefyziologická a vyžaduje podstatně větší námahu od nemocného.

Na tomto místě bychom se také zmínili o respondente z kasuistiky č. 3, které byla provedena angioplastika. Tento výkon si vyžadoval dlouhodobý pobyt na lůžku, zároveň také provedení hygienické péče u pacientky. Při dotazu, jak u ní hygiena probíhala, jsme se dozvěděli, že se sestra večer ani nezeptala, zda se nechce pacientka umýt. Hygienickou péči tedy nemocná uskutečnila až ve dvě hodiny ráno, když jí povolili vstát z lůžka. Pacientka během rozhovoru sdělila, že by možnost umýt se na lůžku nejspíš nevyužila, protože přece jen nebude muset ležet už tak dlouho.

Častým problémem spojeným s hospitalizací v nemocnici je porucha spánku. Tuto poruchu uvádí spousta pacientů, ne jenom na kardiologickém oddělení. V našem případě se porušený spánek týkal všech pěti respondentů. Důvody pro poruchu spánku se však měnili. V kasuistice č. 1 se jednalo o to, že pacient má vždy při změně prostředí potíže se spánkem. U druhého respondenta bylo důvodem sdělení informace, která souvisela s nutností provedení bypassu, jednalo se o kasuistiku čtyři. V druhé kasuistice si pacientka přála být už doma. Pacientka z kasuistiky pět uvedla, že nebyl dostatečný klid na oddělení. A poslední respondenta z kasuistiky č. 3 se zmínila, že do dvou hodin ráno musela dodržovat klidový režim a pak teprve mohla vstát z lůžka, takže toho také moc nenaspala. Opatření, která by sestra mohla zajistit, abychom se vyhnuli tomuto



problému se spánkem, jsou: zajištění dostatečného klidu na oddělení, dobře vyvětraný pokoj před spánkem a pokud to není nezbytně nutné, tak nerušit pacienty v průběhu noci.

Co se týká ošetrovatelské péče bezprostředně po výkonu, tady by se daly vytknout tři věci. V kasuistice čtyři to bylo špatně uspořádané prostředí u pacienta, dále nebyla zajištěna močová láhev k lůžku pacienta a nakonec v kasuistice č. 3 respondentovi chybělo signalizační zařízení, kterých je mimochodem na pokojích nedostatek. Během pozorování jsme měli možnost vidět, že na pokoji, kde byli tři pacienti a všichni byli ve stejný den na invazivním výkonu, měli pouze dvě signalizační zařízení. Což není zcela ideální situace, signalizační zařízení na přivolání sestry by měl mít každý nemocný k dispozici.

V následujících hodinách, kdy byli pacienti upoutáni na lůžko, jim byl sestrou pravidelně měřen tlak krve a puls, co však nebylo již pravidelně kontrolováno, byl vpich v třísele a prokrvení dolní končetiny. Ani u jednoho z pěti respondentů. Problémy, které by mohly nastat, jsou krvácení v místě vpichu, výskyt hematomu nebo nedostatečné prokrvení dolní končetiny. U respondenta z kasuistiky č. 4 jsme se setkali s tím, že se mu v třísele vytvořil velký hematoma. Na otázku, zda o tom ví sestra, pacient odpověděl, že nikoliv, protože ráno tříselo nekontrolovala.

Dva respondenti se také zmínili o bolestech zad, které je během pobytu na lůžku doprovázely, jednalo se o kasuistiku dvě a čtyři. Ve třetí kasuistice respondent uvedl, že po výkonu mu nebyly sděleny potřebné informace, které se týkaly výsledků vyšetření. Tyto pacient dostal až druhý den u vizity.

Ale jak celý problém klidového režimu vyřešit je velmi složité. Tento pobyt na lůžku je pevně spjat s některými invazivními i neinvazivními výkony a není tedy možné ho jednoduše vyloučit. Především by zde měla hrát úlohu sestra, která s pacientem tráví nejvíce času. Je důležité, aby se dokázala vcítit do pocitů pacienta. Protože takový režim zcela jistě nejvíce působí na psychický stav jedince. Sestra by mu měla být oporou při veškerých úkonech.

Výše uváděné problémy bychom zařadili do výzkumné otázky tři, která měla být zaměřena na úlohu a role sestry v ošetrovatelské péči o pacienta.

Ještě bychom se rádi zmínili o výzkumné otázce čtyři, která byla zaměřena na spolupráci pacientů se zdravotnickým týmem. Dalo by se předpokládat, že spolupráce závisí především na oboustranné shodě, kdy sestra prokáže celkový zájem o pacienta, tak i on ji bude vnímat jinak. Pokud budeme vycházet z některých výše vyjmenovaných problémů, mohli bychom si myslet, že spolupráce na vysoké úrovni není možná. Ale na druhou stranu nelze popřít, že v průběhu celého výzkumného šetření se nevyskytl problém mezi sestrou a nemocným, spolupráce probíhala celkem bez problémů. I přes některé nedostatky, které se objevily, a o kterých jsme se zmínili výše.

## 6. Závěr

Na začátku této práce jsem si stanovila dva cíle, kterých jsem chtěla během výzkumného šetření dosáhnout. K tomu mi dopomáhali výzkumné otázky, které jsem si zvolila předem.

Potěšilo by mě, kdyby výsledky mé práce přispěli ke zlepšení všech problémů vyskytujících se v souvislosti s invazivními výkony. Především by se měl zlepšit systém informovaného souhlasu, protože si myslím, že nefunguje přesně, jak by měl. Během praxe se mohu setkat se spoustou případů předávání informovaného souhlasu k podpisu. Neříkám, že se tak děje všude, ale myslím si, že je mnoho oddělení, kde by se podobné případy mohly objevit. Mnohdy není pacientovi ani poskytnut prostor, pro pečlivé prostudování informovaného souhlasu. Proto informace podávané pacientům se někdy zdají nejasné a neúplné. Chybí podrobnosti například o klidovém režimu po výkonu. Jak by se dala taková situace vyřešit je pomocí barevných letáčků anebo brožurek, které by byl každému nemocnému, podstupujícímu kardiologický výkon, poskytnut. Bylo by vhodné, aby materiál obsahoval také barevné znázornění výkonu a přesný postup přípravy a péče po zákroku.

Také bych chtěla apelovat především na sestry, aby se více zajímaly o psychický stav pacientů a více s nimi komunikovali. Myslím si, že problém komunikace je zapříčiněn nedostatkem sester na odděleních. Nedostatek sester poté vede ke kladení více nároků na každou z nich a následně k jejímu vyčerpání. Ale i přesto by sestra neměla nikdy zapomínat na fakt, že správná komunikace s pacientem je pilířem celé ošetrovatelské péče. Díky ní si získáváme důvěru nemocného.

Jako sestry bychom si měli sáhnout do svědomí a snažit se vyplnit mezery, které se nám během poskytování ošetrovatelské péče objevují. Nyní mám konkrétně na mysli to, jak sestry kontrolují třísla, ze kterých byl proveden vpich a také, jak probíhá, nebo spíše neprobíhá, hodnocení prokrvení dolní končetiny. Protože zde nám mohou vzniknout komplikace v podobě krvácení nebo vzniku hematomu. Proto je nezbytné třísla pravidelně kontrolovat. Příčinu těchto nedostatků jsem již zmiňovala výše, a to je nízký počet sester na odděleních, který je v dnešní době velmi aktuální. Tento problém však nevyřeší jedinec, ale závisí to na systému managementu nemocnice.

Z výzkumných otázek, které byly stanoveny na začátku práce, byly odvozeny na základě zjištěných výsledků následující hypotézy.

- H 1) Informace o klidovém režimu po výkonu podávané pacientům jsou nepřesné..
- H 2) Sestra u pacientů kontroluje následující dvě hodiny po výkonu tlak krve.
- H 3) Sestra u pacientů kontroluje následující dvě hodiny po výkonu puls.
- H 4) Sestra po invazivním výkonu neprovádí pravidelnou kontrolu místa vpichu.
- H 5) Sestra po invazivním výkonu neprovádí pravidelnou kontrolu prokrvení dolní končetiny, ze které byl vpich veden.
- H 6) Pacienti po invazivních výkonech spolupracují s ošetřovatelským personálem.
- H 7) Pacienti před invazivními výkony pocítují obavy související s výsledky vyšetření.

Během výzkumného šetření se mi podařilo najít odpovědi na všechny stanovené výzkumné otázky a docílit tak vytyčených cílů. Ráda bych, aby získané výsledky byly plně využity při zlepšení ošetřovatelské péče především na kardiologických odděleních, se zaměřením na právě uváděné problémy, které se zde vyskytují. Předáním těchto závěrů sestřám se může uskutečnit prostřednictvím sesterských seminářích. Dále mohou být využity také ve výuce studentů.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. Angiografie srdce a selektivní koronarografie [online]. 2009 [citováno 5. února 2009]. Dostupné z [www: <http://www.ikem.cz/www?docid=1003989>](http://www.ikem.cz/www?docid=1003989)
2. ASCHERMAN, M.. *Kardiologie I.díl*. 1.vyd., Praha: Galén, 2004. 753 s. ISBN 80-7262-290-0.
3. ASCHERMAN, M., VESELKA, J.. *Trendy soudobé kardiologie, svazek 3. Nestabilní angína pectoris*. 1.vyd., Praha: Galén 2001, 168 s. ISBN 80-7262-087.
4. BOUDNÝ, J. et al. *Moderní diagnostické metody, instrumentarium k intervenčním výkonům IV.díl*. 1.vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, 42 s. ISBN 80- 7013-298-1.
5. DÍTĚ, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd., Praha: Galén 2007. ISBN 978-80-7262-496-6.
6. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd., Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8
7. FEJFAR, Z. et al. *Česká kardiologie a kardiologové*. 1.vyd., Praha: Galén, 2001, 330 s. ISBN 80-7262-102-5.
8. GREGOR, P., WIDIMSKÝ, P. et al. *Kardiologie*. 2.vyd., Praha: Galén, 1999, 395 s. ISBN 80-7262-021-5.
9. HAMPTON, J. R. *EKG stručně, jasně, přehledně*. Přel. K. Sedláček. 2. vyd., Praha: Grada, 2005. 152 s. ISBN 80-247-0960-0.
10. CHALOUPKA, V. et al. *Základy funkčního vyšetření srdce a krevního oběhu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotníků ve zdravotnictví, 2000. 198 s. ISBN 80-7013-297-3.
11. CHEITLIN, D.M., SOKOLOV, M., MCLLROY, M.B. *Klinická kardiologie*. 1.české vyd., H&H Vyšehradská, 2005, 847 s. ISBN 80-7319-005-2.
12. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd., Praha: Grada, 2007. 352 s. + 16 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.
13. KLENER, P. *Vnitřní lékařství*. 2. doplněné vyd., Praha: Galén, 2001, 949 s. ISBN 80-7262-101-7.

14. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3.vyd., Praha: Akcenta, 2003, 416s. ISBN 80-86232-06-09.
15. Kolektiv autorů. *Základy ošetřování nemocných*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 2005, 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
16. Koronarografie [online]. 2009 [cit. 05-02-2009]. Dostupné z www: <<http://www.kardio-troll.cz/cs/informace-pro-pacienty/koronarografie/>>
17. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatel'stvo 1, 2*. 1. slovenské vyd., Martin: Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
18. KÖLBEL, F. et al. *Trendy soudobé kardiologie, svazek 2*. 1.vyd., Praha: Galén, 1999, 375 s. ISBN 80-7262-018-5.
19. KRIŠKOVÁ, A. et al. *Ošetrovatel'ské techniky*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9.
20. LESO, Jiří. Cíle a vize pracovní skupiny ošetrovatelství v kardiologii. *Florenc*. Praha: 2007, roč. 3, č. 1, s. 44. ISSN 1801-464X.
21. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
22. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl, systémový přístup*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
23. MOTLOVÁ, L., KUBALÁKOVÁ, J. Efektivní komunikace s pacienty se zvláštními potřebami jako nedílná součást ošetrovatelské péče. In *Nové trendy v ošetrovatelství IV. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, IV. jihočeské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 242 – 253. ISBN 80-7040-791-3.
24. PRŠANCOVÁ, Lubica. Pacient a koronarografické vyšetrenie. *Sestra a lékař v praxi*. Bratislava: 2007, roč. 6, č. 7-8, s. 31-32. ISSN 1335-9444.
25. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
26. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1.vyd., Praha: Grada, 2004, 156 s. ISBN 80-247-1009-9.

27. SOVOVÁ, E., LUKL, J. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. 1. vyd., Praha: Grada, 2005, 117 s. ISBN 80-247-1166-4.
28. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství*. 1.vyd., Praha: Grada, 2006, 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
29. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. et al. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1.vyd., Praha: Grada, 2007, 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
30. ŠTEJFA, M. et al. *Kardiologie*. 3.vyd., Praha: Grada, 2007, 760 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
31. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd., Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
32. VÍŠEK, V. *Vnitřní lékařství, obecná část*. 1. vyd., Praha: Eurolex Bohemia, 2005, 230 s. ISBN 80-86861-50-3.
33. VOKURKA, M., HUGO, J. et al. *Praktický slovník medicíny*. 7.vyd., Praha: Maxdorf, 2004, 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
34. WIDIMSKÝ, J. *Selhání srdce*. 3.vyd., Praha: Triton, 2002, 233 s. ISBN 80-7254-248-6.
35. WORKMAN, Barbara A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

## **8. Klíčová slova**

- kardiologie
- ošetrovatelská péče
- vyšetření srdce
- invazivní diagnostika
- informovaný souhlas



## **9. Přílohy**

Příloha č. 1 Rámcové otázky použité při rozhovoru

Příloha č. 2 Pozorovací arch před výkonem

Příloha č. 3 Pozorovací arch během rozhovoru

Příloha č. 4 Pozorovací arch po výkonu

Příloha č. 5 Ukázka druhů katétrů

Příloha č. 6 Stenty používané v invazivní kardiologii

Příloha č. 7 Ukázka ergometrického vyšetření

Příloha č. 8 Správné umístění svodů při EKG

Příloha č. 9 Souhrnná tabulka problémů

## **Příloha č. 1**

### ***Rámcové otázky použité při rozhovorech***

- 1) Jak si přejete být osloven/a?
- 2) Mohu se zeptat, jaký je důvod Vaší hospitalizace?
- 3) O kolikátou hospitalizaci na tomto oddělení se jedná?
- 4) Můžete mi popsat, jak probíhal Váš příjem na oddělení?
- 5) Dokázal/a byste zhodnotit přístup ošetřovatelského personálu?
- 6) Jaké informace Vám byly poskytnuty a kým?
- 7) Jak jste porozuměl/a podaným informacím?
- 8) Mohu se zeptat na Vaše pocity spojené se zákrokem?
- 9) Jak u Vás probíhal klidový režim po výkonu?
- 10) Jaké činnosti u Vás sestra vykonávala po výkonu?

**Zdroj:** vlastní

## **Příloha č. 2**

### ***Pozorovací arch před výkonem***

Předání informací o: - druhu výkonu - přípravě na výkon - opatřeních po výkonu	
Informace byly poskytnuty: - lékařem - sestrou - pomocným personálem	
Umožněna zpětná vazba	
Objevilo se opětovné dotazování ze strany pacienta	
Sestra se zajímá o psychický stav pacienta	
Psychický stav pacienta se projevuje: - nervozita - zamlklost - plačtivost - neklid - strach	
Průběh přípravy operačního pole	

**Zdroj:** vlastní

### **Příloha č. 3**

#### ***Pozorovací arch během rozhovoru***

Známky nervozity, strachu	
Udržení očního kontaktu	
Výrazná gestikulace	
Celkový dojem: - odtažitý - uvolněný - napjatý	
Výška hlasu: - hlasitý - tichý	
Řeč: - plynulá - jistota ve vyjadřování - zadržávání - nejistota ve vyjadřování	

**Zdroj:** vlastní

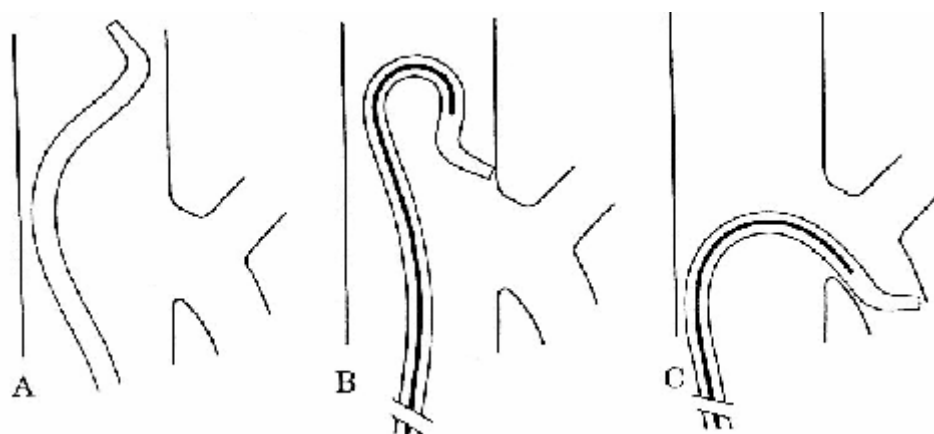
#### **Příloha č. 4**

##### ***Pozorovací arch po výkonu***

Pacient poučen o klidovém režimu	
Zajištění věcí k lůžku: - signalizační zařízení - močová láhev, podložní mísa - stoleček	
Pacient dodržuje klidový režim	
Pacient spolupracuje s ošetrovatelským personálem	
Psychický stav u pacienta se projevuje: - nervozita - zamlklost - strach	
Sestra pravidelně kontroluje FF	
Sestra pravidelně kontroluje místo vpichu	
Sestra pravidelně kontroluje prokrvení DK	
Seznámení s významem pitného režimu	
Pitný režim po výkonu je:	
Podány informace o výsledku vyšetření	
Příjem stravy po výkonu	

**Zdroj:** vlastní

## Příloha č. 5



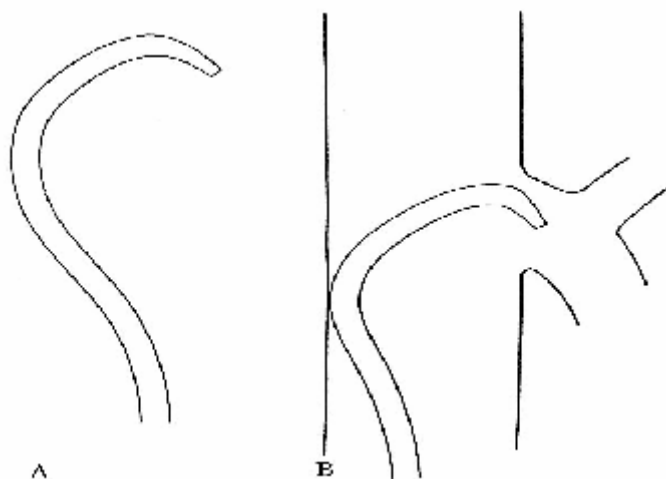
Sondování retrográdně katétre typu Simmons.

A - katétre je zaveden po vodiči napřímený

B – zformování retrográdní kličky

C – katetrizace viscerálních větví

---

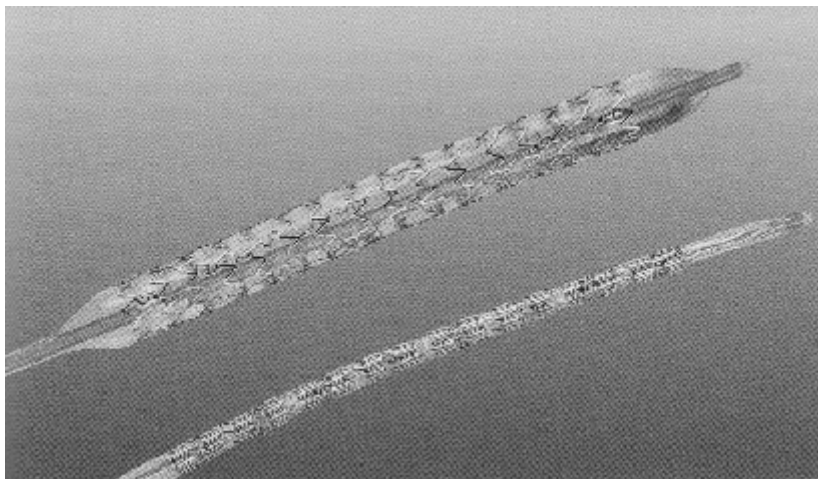


Sondování „antegrádně“ katétre typu Cobra

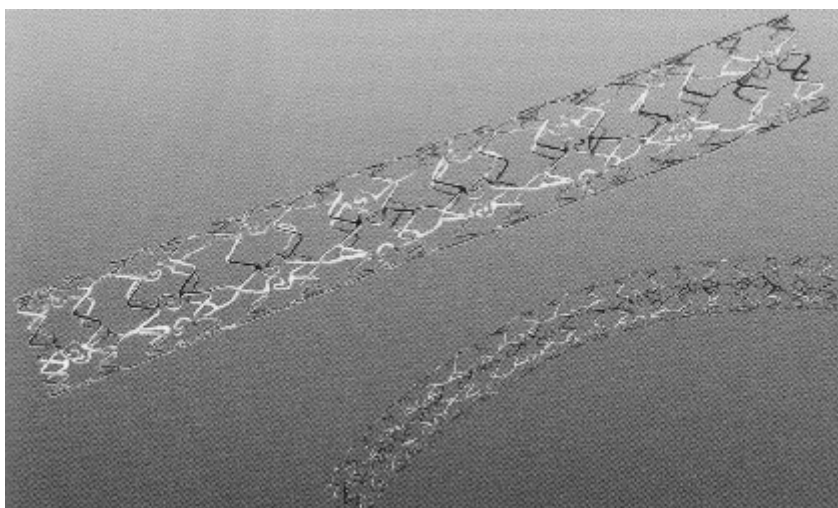
**Zdroj:** BOUDNÝ, J. et al. *Moderní diagnostické metody, instrumentarium k intervenčním výkonům IV. díl.* 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, str. 17. ISBN 80-7013-298-1.

## Příloha č. 6

### *Stenty používané v invazivní kardiologii*



stent na balonkovém katétru (nahore – rozepjatý, dole – před zavedením do místa zúžení)



intrakoronární stent

**Zdroj:** ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. et al. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, str. 175. ISBN 978-80-247-1822-4.

## Příloha č. 7

### Ukázka ergometrického vyšetření



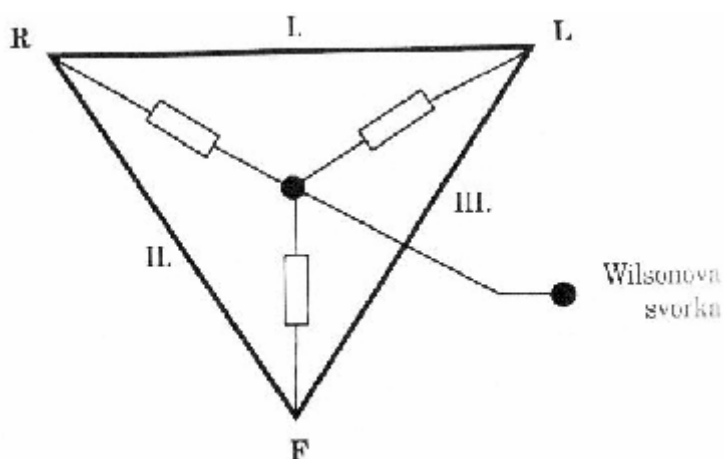
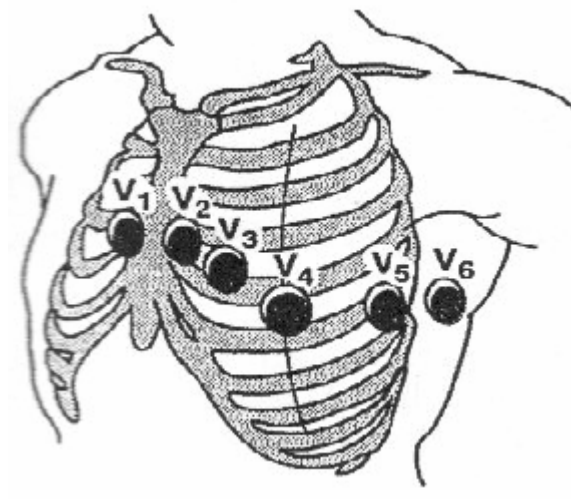
Ergometrie, pacient sedí na stacionárním bicyklu, na hrudníku má napojené EKG, na levé paži umístěnu manžetu na měření krevního tlaku. Na řídítkách je programer bicyklu.

**Zdroj:** SOVOVÁ, E., LUKL, J. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. 1. vyd., Praha: Grada, 2005, str. 20. ISBN 80-247-1166-4.



## Příloha č. 8

### *Umístění svodů při EKG*



Einthovenův trojúhelník a vytvoření Wilsonovy svorky:

R – pravá ruka

L – levá ruka

F – levá noha

I., II., III. – bipolární končetinové svody

**Zdroj:** CHALOUPKA, V. et al. *Základy funkčního vyšetření srdce a krevního oběhu*. 2. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotníků ve zdravotnictví, 2000. str. 24. ISBN 80-7013-297-3.

## Příloha č. 9

### Souhrnná tabulka znázorňující ošetrovatelské problémy u pacientů před výkonem a po výkonu

Respondenti	1	2	3	4	5
Seznámení s oddělením	xxx	x	x	-	xx
	0	0	0	0	0
Poskytnutí informací souvisejících s výkonem	xx	xx	x	x	xx
	xxx	xxx	x	xxx	xxx
Poskytnutí informací o výsledcích výkonu	-	-	-	-	-
	xxx	xxx	x	xxx	xxx
Přítomnost zpětné vazby	xxx	-	-	-	-
	xxx	xx	xxx	xx	xx
Komunikace sestry s pacientem	xx	x	xx	xx	xxx
	xx	x	x	xxx	xx
Sledování psychického stavu pacienta sestrou	x	-	-	-	-
	xx	-	-	-	xxx
Výskyt negativních emocí (strach, obavy, nejistota, nervozita, plačtivost)	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
	-	xxx	x	xxx	xx
Spokojenost s přístupem sestry	xx	xx	xxx	x	xxx
	xxx	xxx	xx	-	xxx
Příprava operačního pole	x	x	x	x	x
	0	0	0	0	0
Spolupráce pacienta se sestrou	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Seznámení pacienta s klidovým režimem	-	-	-	-	-
	xx	xx	xx	xxx	xxx
Dodržování klidového režimu pacientem	0	0	0	0	0
	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Uspořádání prostředí pacienta sestrou	0	0	0	0	0
	xxx	xxx	xx	x	xxx
Zajištění signalizačního zařízení	0	0	0	0	0
	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Porucha spánku	-	x	-	xx	xx
	x	xxx	xxx	xx	x
Příjem tekutin a stravy	xxx	xx	x	x	xxx
	x	xx	x	x	xx
Kontrola místa vpichu	0	0	0	0	0
	x	x	x	x	x

Kontrola prokrvení dolní končetiny	0	0	0	0	0
	-	-	-	-	-
Pravidelná kontrola krevního tlaku a pulsu po výkonu	0	0	0	0	0
	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx

**Legenda:**

xxx Bylo přítomné ve vysoké míře  
xx Bylo přítomné ve větší míře  
x Bylo přítomné v menší míře

- Nebylo přítomné  
0 Nehodnoceno

**Zdroj:** vlastní