

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Dodržování standardu ošetrovatelské péče u pacientů po
koronarografii**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Zdeňka Pavelková

2010

Autor práce:

Marie Žahourková

Abstract: Adherence to the nursing care standard in patients after coronarography

Ischemic heart disease has been a first-rate problem in the Czech Republic for several years, as it is the cause of nearly one third of deaths and seriously deteriorates life quality for the same number of people. Cardiovascular disease remains the main health problem of today's population despite progress and various kinds of therapy.

Selective coronarography is used for quick and highly efficient evaluation of state of coronary arteries today. It is an invasive examination that enables imaging coronary arteries of the heart. Coronarography is still an unbeatable diagnostic as well as treatment method frequently used nowadays. Prognosis of cardiovascular diseases is substantially improving thanks to that.

The aim of my thesis was to learn about satisfaction of patients with nursing care after coronarography. I formed the first hypotheses for this aim as follows: patients are satisfied with nursing care after coronarography. I was also trying to find what the preparation of a patient before coronarography in relation to subsequent nursing care was like. Hypothesis No. 2 refers to this aim: Patients rate preparation performed by nurses before coronarography positively. The last aim was to find how nurses adhere to the nursing care standard in patients after coronarography. Research questions were prepared for this aim.

The thesis is divided into two parts: a theoretical part describing ischemic heart disease, coronarographic examination and nursing care to patients before and after the intervention; and a practical part including the research itself. This involved the methods of qualitative and quantitative research. The quantitative research results confirmed both the hypotheses. The replies to the questions related to the qualitative research show that cardiology nurses adhere to the nursing care standard in patients after coronarography. Adherence to the treatment standard prevents possible serious complications. The hospitalization time is shortened and the whole restoration process may be substantially shortened. Quality treatment has moreover influence on patient's

satisfaction and good mental condition. All the determined goals were met by the research results.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Dodržování ošetrovatelského standardu ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG používané Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 26. 4. 2010

.....

podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Zdeňce Pavelkové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav	4
1.1 Ischemická choroba srdeční	4
1.1.1 Formy ischemické choroby srdeční	4
1.2 Rizikové faktory ICHS.....	7
1.3 Příčiny ICHS	9
1.4 Diagnostika ICHS	9
1.4.1 Invazivní vyšetřovací metody ICHS	10
1.4.2 Technika provádění katetrizačního vyšetření	14
1.5 Poslání a role sestry.....	15
1.5.1 Funkce sestry	17
1.6 Ošetrovatelský proces u pacientů hospitalizovaných na kardiologickém oddělení	18
1.7 Ošetrovatelský standard	20
1.8 Ošetrovatelská péče u pacientů před plánovaným vyšetřením koronárních tepen	21
1.9 Ošetrovatelská péče u pacientů po vyšetření koronárních tepen	22
1.10 Ošetrovatelská péče u pacientů před akutním vyšetřením koronárních tepen	23
1.11 Ošetrovatelská péče u pacientů po akutním vyšetření koronárních tepen	24
1.12 Léčba ICHS	26
1.13 Prevence ICHS	27
1.14 Edukace pacientů s ICHS	28
2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Hypotézy	30
2.3 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Metodika práce.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31

4	Výsledky	33
4.1	Vyhodnocení rozhovorů určených sestrám kardiologického oddělení	33
4.2	Tabulky výsledků rozhovorů sester kardiologického oddělení.....	42
4.3	Vyhodnocení dotazníku pacientů kardiologického oddělení	56
5	Diskuse	71
6	Závěr.....	78
7	Použitá literatura.....	80
8	Klíčová slova	83
9	Přílohy	84

Úvod

Jak ukazují současná data ze Světové zdravotnické organizace jsou kardiovaskulární onemocnění jsou zodpovědná asi za 30 % celkové mortality na celém světě. Z těchto 17 milionů úmrtí v roce 2006 bylo 7 milionů způsobeno ischemickou chorobou srdeční (dále jen ICHS) a dalších asi 5,5 milionů onemocněními mozkových cév. V průmyslově vyspělých částech světa jsou kardiovaskulární onemocnění hlavní příčinou mortality. V České republice je úmrtnost na tato onemocnění dokonce jedna z nejvyšších v Evropě, i když v posledních letech se začal počet těchto případů snižovat. Nejčastější příčinou kardiovaskulární mortality u nás i v průmyslově vyspělém světě je ischemická choroba srdeční (14).

Tomuto onemocnění podléhá každý dvacátý člověk a přibližně u každého čtvrtého dochází k recidivě nebo k jedné z komplikací, cévní mozkové příhodě. Kardiovaskulární nemoc zůstává navzdory pokroku a různým druhům terapie hlavním zdravotním problémem dnešní populace. Mezi nejzávažnější projevy patří infarkt myokardu. Jedná se o onemocnění postihující celý organismus, přičemž změny na srdci jsou jenom projevem celkové tělesné poruchy. Původ tohoto onemocnění vychází z celkového způsobu života (17, 19).

K napsání této bakalářské práce mě motivovala práce na kardiologii, při níž se denně setkávám s pacienty s ischemickou chorobou srdeční a to především s pacienty po infarktu myokardu. V této práci se zabývám problematikou dodržování zásad ošetrovatelské péče před a po vyšetření koronárních tepen na kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. Cílem práce je zjištění, zda jsou tyto zásady ošetrovatelské péče dodržovány a jejich vyhodnocení z pohledu pacientů i sester.

Dobrá spolupráce a komunikace mezi sestrou a pacientem jsou jednou z neúčinnějších složek vedoucích k úspěšnému zvládnutí vlastního vyšetření i celé hospitalizace. Stejně tak je důležité získat pacienta k další spolupráci, aby při propuštění do domácí péče byl motivován dodržovat poskytnuté informace a doporučení v oblasti prevence k následnému omezení případné progresy onemocnění.

1 Současný stav

1.1 Ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční je v České republice již několik let prvořadým zdravotním problémem, protože je příčinou takřka třetiny úmrtí a u stejné početné skupiny kvalitu života významně zhoršuje. Ischemie znamená nedostatečné prokrvení orgánu. Pro správné fungování každého orgánu v našem těle je nutné dostatečné prokrvení, tedy odpovídající příjem živin a kyslíku. V případě, že se tato porucha dotkne natolik důležitého orgánu, jakým je srdce, dochází k přímému ohrožení života (9, 14).

1.1.1 Formy ischemické choroby srdeční

Ischemická choroba srdeční (ICHS) má dvě formy. Rozlišujeme je podle závažnosti a trvání ischemie na akutní nebo chronickou. ICHS je koronární srdeční nemoc, při níž dochází k nedostatečnému prokrvení srdečního svaly následkem zúžení až uzavěru koronárních věnčitých tepen, způsobené nejčastěji aterosklerózou. Nedostatečné prokrvení, ischemie se obvykle projeví bolestí za hrudní kostí. Bolest se může šířit do krku, do čelisti, do břicha, do epigastria, do zad a mezi lopatky. Většinou se bolest objevuje při více než 70% zúžení postižené cévy. Pokud dojde náhle k úplnému uzavření tepny, vzniká akutní infarkt myokardu. Bolest při akutním infarktu myokardu je intenzivní. Přibližně 20% pacientů se zjevnou koronární nemocí žádné potíže nepocítuje (10, 22).

Jednotlivé formy ICHS jsou nestabilní angina pectoris, akutní infarkt myokardu, náhlá srdeční smrt, námahová stabilní angina pectoris, které se liší, jak klinickým obrazem, tak léčbou a prognózou. Z hlediska léčby a prognózy je nutné odlišovat formu akutní, neboli nestabilní, a formu chronickou, neboli stabilizovanou (10, 18).

Mezi akutní formy ICHS řadíme nestabilní anginu pectoris, akutní infarkt myokardu, náhlou srdeční smrt (10).

Vznik nestabilní anginy pectoris probíhá na základě kritického omezení průtoku

věňčitou tepnou, vlivem pokročilého aterosklerotického procesu, následkem agregace krevních destiček na nestabilním plátu, vlivem neúplného uzávěru tepny trombem, nebo krátce trvajícím úplným uzávěrem tepny. Jedná se o ischemickou bolest bez vzniku nekrózy. Projevující se jako náhle vzniká tlaková, pálivá a svíravá bolest na přední stěně hrudníku. Může vyústit ve skutečný infarkt (1, 18).

Akutní infarkt myokardu je způsoben akutní ložiskovou nekrózou na srdečním svalu. Vzniká na podkladě přerušení průtoku krve věňčitou tepnou do příslušné oblasti, které je způsobeno trombózou věňčité tepny, poškozené aterosklerotickým procesem. Velikost infarktu je charakterizována průsvitem tepny v místě uzávěru, funkčním stavem kolaterální cirkulace, rychlostí vzniku uzávěru a srdeční funkcí. Infarktové ložisko vždy omezuje srdeční funkci, lokalizace infarktu myokardu ve velké míře určuje i charakter komplikací (10, 11).

Infarkt myokardu je asi pětikrát častější u mužů než u žen. Objevuje se více se stoupajícím věkem, ale nejsou výjimkou ani dvacetiletí lidé s touto nemocí. I přes významné pokroky v léčbě infarktu přetrvává vysoká úmrtnost na toto onemocnění, asi kolem 25%, z toho polovina lidí umírá do hodiny od začátku příznaků. Velmi typicky se akutní infarkt myokardu projevuje krutou svíravou nebo pálivou bolestí za prsní kostí, která může vyzařovat do levé paže, krku, čelisti, zad, ale i do břicha. Tato bolest je nezávislá na poloze těla a na dýchání. Bývá podobná též u anginy pectoris, ale liší se intenzitou a délkou trvání. Trvá zpravidla několik minut až hodin, nebývá patrný efekt použitých nitrátů. Tyto obtíže velmi často provází pocení, zvracení, bušení srdce, neklid, strach a úzkost. Při rozsáhlém infarktu dojde k selhávání přečerpávací schopnosti srdce a objeví se akutní dušnost, u starších nemocných i zmatenost při postižení více než 20% srdeční svaloviny. U některých nemocných může proběhnout infarkt zcela bez příznaků nazývaný též němý infarkt myokardu. Infarkt může být příčinou náhlého úmrtí v důsledku protržení srdeční stěny nebo srdeční přepážky, v důsledku poruchy srdečního rytmu nebo rozsáhlého postižení srdeční svaloviny více než 40% (11, 17, 18).

Jako náhlá srdeční smrt se definuje náhlá zástava oběhu, k níž dochází bez varovných příznaků, nebo do jedné hodiny po vzniku příznaků. Její příčinou bývá

komorová tachykardie, fibrilace komor nebo srdeční ruptura. Prevencí komplikace náhlé smrti u pacientů po infarktu myokardu je abstinence kouření, úprava životosprávy, podávání betablokátorů a revaskularizační léčba (10, 18).

Do skupiny forem chronických patří námahová stabilní angina pectoris, srdeční nedostatečnost na podkladě ICHS, arytmie na podkladě ICHS, němá ischemie myokardu, stav po infarktu myokardu a variantní spastická angina pectoris (17, 18).

Chronická stabilní námahová angina pectoris se projevuje přechodnou ischemií myokardu. Vzniká nejčastěji kombinací sníženého přísunu kyslíku v myokardu vlivem organického nebo dynamického funkčního omezení průtoku krve věnčitou tepnou nebo zvyšováním potřeby kyslíku v myokardu při zátěži srdce. Vedle těchto příčin se při vzniku anginy pectoris uplatňují ještě další, které buď průtok tepnou dále zhoršují, nebo zvyšují kyslíkovou potřebu myokardu. Angina pectoris se projevuje typickou bolestí při fyzické námaze. Tato bolest mívá individuálně různou intenzitu (17, 18).

Srdeční nedostatečnost na podkladě ICHS je stav, kdy myokard není schopen následkem ischemických změn přečerpávat krev v míře potřebné pro metabolismus tkání. Díky tomu není krevní oběh schopen zajistit v přiměřené míře přívod kyslíku a živin do tkání, ani odvod oxidu uhličitého a zplodin metabolismu z tkání. Dochází ke vzniku hypoxie. Srdce selhává jako pumpa (10, 18).

Příčinou arytmie na podkladě ICHS může být jakékoliv onemocnění srdce. Poruchy rytmu jsou častým nálezem u akutního infarktu myokardu. Arytmiemi je omezována čerpací schopnost srdce. Stupeň omezení se odvíjí především od typu arytmie a od funkčního stavu srdce (18).

Němá ischemie myokardu bývá definována jako objektivně prokazatelná ischemie myokardu bez klinických projevů bolesti anginy pectoris. Jedná se o asymptomatickou ischemii, která bývá zjištěna většinou náhodně (18).

Stavem po infarktu myokardu diagnostikujeme ty pacienty, kteří mají v anamnéze dokumentovaný infarkt myokardu a v současné době jsou symptomatictí při zavedené léčbě (10).

Variantní, neboli spastická angina pectoris je vyvolaná spasmy ateroskleroticky změněných tepen, ale i tepen bez aterosklerózy (18).

Toto základní rozdělení ICHS je velmi důležité pro další léčbu pacienta, která zásadním způsobem ovlivňuje jeho přežití (18).

1.2 Rizikové faktory ICHS

ICHS má multifaktoriální genezi, na jejímž vzniku se podílí řada rizikových faktorů. Jsou to faktory, které urychlují rozvoj aterosklerózy nebo mohou zvyšovat pravděpodobnost trombózy kolaterálních cév. Rizikové faktory je možné rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi faktory, které nemůžeme ovlivnit, patří pohlaví, věk a dědičné dispozice. Mezi ovlivnitelné faktory patří faktory úzce související s naším životním stylem, které jsou jedním z hlavních ukazatelů našeho zdravotního stavu. Největší problémy současného životního stylu jsou především vysoká hladina cholesterolu v krvi, hypertenze, kouření, alkohol, cukrovka, snížená pohybová aktivita, obezita a stres (19).

Hyperlipoproteinemie je charakterizována zvýšenou hladinou lipidů v krvi. Nejčastější příčinou je nadměrný příjem cholesterolu a nasycených mastných kyselin v potravě. U osob s hladinou cholesterolu nad 6,5 mmol/l bývá riziko vzniku aterosklerózy 2,5 krát vyšší než u osob s hodnotou pod 5 mmol/l. V naší zemi se jedná o jeden z nejčastějších rizikových faktorů (2, 23).

Druhý nejčastější rizikový faktor je vysoký krevní tlak. Vysoký krevní tlak poškozuje výstelku cév mechanicky. U pacientů s vysokým krevním tlakem bývá až čtyřnásobně vyšší výskyt infarktu než u nemocných s normálním tlakem. Při současně vysoké hladině cholesterolu v krvi je zvýšený krevní tlak zvláště nebezpečný (2).

Za třetí hlavní rizikový faktor považujeme kouření. Kouření zvyšuje riziko koronární aterosklerózy trojnásobně. Vyjma vlivu toxických látek se zde projevuje působení oxidu uhelnatého na cévní výstelku i zvýšené vyplavování ketacholaminů, které také poškozují cévní výstelku, usnadňují shlukování trombocytů v místě poškození cévní výstelky a průnik lipoproteidů do cévní stěny (19).

Dále můžeme k rizikovým faktorům přiřadit požívání alkoholu, které

v nadměrné míře způsobuje zvýšení krevního tlaku. V této míře užívání vede k riziku toxického poškození srdečního svalu a jater. Pro tělo je alkohol toxickou látkou.

Poté také diabetes mellitus vede kromě aterosklerotického poškození velkých a středních tepen také k poškození drobných tepen a tepének. Při diabetu dochází ke zvyšování hladiny tuků v krvi a k urychlení jejich průniku do cévních stěn. Diabetici patří k vysoce rizikové skupině pacientů, výskyt infarktu myokardu mají v porovnání s ostatními zhruba trojnásobně vyšší (26).

Pravidelný pohyb vede ke zkvalitnění života, odstraňuje stres. Posiluje srdeční sval, zvyšuje jeho výkonnost a zlepšuje výkonnost cévního systému. Délka denní fyzické aktivity by měla být nejméně dvacet minut, zvykání na tělesnou zátěž by mělo probíhat postupně, bez přetěžování. Větší fyzická zátěž organismu může mít za následek bolesti na hrudi, výraznější dušnost nebo pocity slabosti (2, 19).

Pacienti s nadváhou mají zvýšené riziko vzniku a rozvoje ICHS. V dnešní populaci je vysoké procento mužů i žen s nadváhou. Přitom snížení tělesné hmotnosti příznivě ovlivňuje i ostatní rizikové faktory rozvoje ICHS jako krevní tlak, hladinu glykémie i hodnoty krevních tuků (19).

Stresem, který je významným činitelem kardiovaskulárních onemocnění rozumíme nepříznivou reakcí lidí vystavených nadměrnému tlaku. Jestliže se jedná o déletrvající intenzivní stres, mohou se jeho následky projevovat v oblasti duševní i fyzické a to v podobě depresí, nespavosti, nervového zhroucení, bolesti hlavy, žaludku, vysokého krevního tlaku a řady srdečních onemocnění. Proto je prevence stresu velmi žádoucí (23, 26).

Působí-li současně dva a více rizikových faktorů jejich účinek se nesčítá, ale násobí a tím nebezpečí vzniku aterosklerózy a jejích komplikací roste. Jeden rizikový faktor zvyšuje nebezpečí vzniku koronární příhody v průměru dva a půlkrát, dva rizikové faktory čtyři krát až pět krát a tři rizikové faktory dokonce osm a půl krát. Proto kouření cigaret je nejnebezpečnější u hypertoniků, diabetiků, u jedinců s vysokou hladinou cholesterolu nebo u potomků v rodinách s výskytem infarktu myokardu nebo náhlé smrti. Všechny výše uvedené faktory se nejčastěji podílejí na vzniku a rozvoji ICHS (2, 23).

1.3 Příčiny ICHS

V důsledku poruchy věnčitých tepen, které srdeční sval normálně vyživují, vzniká ischemická choroba srdeční jako nedostatečné prokrvení části srdečního svalu, což je ischemie myokardu. Nejčastější příčinou poškození těchto věnčitých tepen je ateroskleróza, tedy onemocnění poškozující cévy ukládáním tuků do jejich stěny. Nejčastější příčinou popsanych změn je zvýšená hladina cholesterolu jako důsledku jeho nadbytečné konzumace v potravě. Ve věnčitých tepnách se vytvářejí aterosklerotické pláty. Důsledkem zúžení je nedostatečný průtok krve a tudíž nedostatečné prokrvení srdečního svalu (18).

Zužování věnčité tepny může probíhat postupně a dlouhodobě. Takové zúžení se projeví poprvé až při zvýšené námaze, jedná se o stabilní anginu pectoris. Ovšem pokud je plát měkký a křehký, nestabilní, může prasknout a vyvolat tak tvorbu krevní sraženiny, která cévu náhle zúží nebo úplně uzavře. Důsledkem je pak náhlý vznik obtíží, srdečního infarktu. Tyto dvě onemocnění, angina pectoris a srdeční infarkt, jsou indikací k provedení vyšetření koronárních věnčitých tepen, koronarografii. Další indikací k provedení tohoto vyšetření je také hypertenze (9).

1.4 Diagnostika ICHS

Pro zjištění přítomnosti ICHS se využívá řada vyšetření. Používají se jak metody invazivní, tak metody neinvazivní. Základem diagnostiky ICHS je správně odebraná a zpracovaná anamnéza, dále podrobné fyzikální vyšetření pacienta a odběr krve k celé škále laboratorních vyšetření (10, 23).

Základní neinvazivní metodou je zhotovení křivky elektrokardiogramu (dále jen EKG) a to jak v klidu tak při zátěži. EKG je záznam elektrických proudů, které vznikají při činnosti srdce. Při ischemii dochází na záznamu EKG ke změnám. K zhotovení křivky EKG při zátěži se využívá ergometrie, jízda na stacionárním kole nebo běh na pohyblivém pásu. Ergometrické vyšetření se obvykle provádí při maximální zátěži u pacientů s komplexní léčbou. Pozitivní zátěžové ergometrické

vyšetření bývá obvykle známkou pokročilého postižení koronárního řečiště, u těchto pacientů je následně indikována koronarografie (1, 18).

Mezi další diagnostické vyšetření patří Holterovo monitorování EKG nepřetržitě v průběhu dvanácti, dvaceti čtyř nebo čtyřiceti osmi hodin. Jde o dlouhodobý záznam EKG u pacientů s ICHS, při němž se zjišťují změny EKG v průběhu dne. Nejen tedy při záchvatu bolesti, ale i v době, kdy pacient bolest nepocítuje, jde o ataky tiché ischemie. Další neinvazivní vyšetřovací metody pro zjištění ICHS jsou scintigrafické vyšetření myokardu a echokardiografie. Echokardiografické vyšetření (dále jen ECHO) se provádí pomocí ultrazvuku a je v současnosti základní nejrozšířenější zobrazovací diagnostická metoda, která umožňuje posoudit celkový rozsah ischemického poškození srdce a jeho funkci (23).

1.4.1 Invazivní vyšetřovací metody ICHS

Koronarografie, pomocí Seldingerovy metody, je invazivní vyšetření, které umožňuje zobrazení věnčitých tepen srdce za pomoci rentgenového záření a kontrastní látky. To jsou tepny, které vyživují samotný srdeční sval. Kontrastní látka se vstříkává do ústí srdečních cév pomocí dlouhého katétru, který lékař zavede tepnou z třísla. Průchod kontrastní látky sleduje lékař na obrazovce. Výhodou metody je i možnost současně rozšířit zúženou tepnu a tak zlepšit prokrvení srdce. Pomocí této metody tedy může lékař prohlédnout tepny srdce a zároveň může provést i léčebný zákrok. Pokud je některá tepna zúžená, pokusí se ji rozšířit použitím perkutánní transluminální angioplastiky (dále jen PTCA). Koronarografie je dosud nepřekonaná vyšetřovací a současně léčebná metoda, která je v dnešní době velmi využívána a díky ní se zlepšuje prognóza kardiovaskulárních onemocnění. Ostatní vyšetření ultrazvuk, scintigrafie, magnetická resonance jsou pouze zobrazovací a nelze pomocí nich léčit (11, 21).

Koronarografie je invazivní, katetrizační vyšetřovací metoda věnčitých, koronárních tepen. Při této metodě jsou věnčité tepny zobrazovány rentgenologicky po selektivním nástřiku kontrastní látky do jejich odstupu z aorty. Jedná se o rentgenovou metodu umožňující zobrazení anatomie věnčitých tepen a jejich vrozených anomálií.

Přináší také informace o výskytu rozsahu a závažnosti aterosklerotických změn. Umožňuje zobrazení kolaterálního oběhu, i diagnostiku spasmů věnčitých tepen. Koronarografický nález je zaznamenáván na digitální média a díky tomu je možné nález později konzultovat s dalšími lékaři a rozhodnout o léčbě, která bude nejvhodnější pro pacienta. Na základě tohoto vyšetření jsou zobrazena všechna postižená místa i se svou závažností. Z těchto informací lze rozhodnout o nejvhodnějším léčebném postupu u konkrétního pacienta. Dle výsledku tohoto vyšetření a klinického stavu, lékař rozhodne o další léčbě. Je indikována buď chirurgická léčba nebo balónková koronární angioplastika (10, 18).

1.4.1.1 Indikace a kontraindikace ke katetrizačnímu vyšetření

Hlavní indikací koronarografického vyšetření je ischemická choroba srdeční. Patří sem námahová angina pectoris, nestabilní angina pectoris a stále častěji akutní infarkt myokardu. Dalšími indikacemi mohou být chlopenní srdeční vady, srdeční selhání, komorové arytmie neznámého původu a jiná kardiovaskulární onemocnění. U pacientů s chlopenními vadami bývá koronarografie indikována před plánovaným chirurgickým řešením vady. Ke skupině pacientů určených k jednoznačným indikacím ke koronarografii patří asymptomatictí pacienti s výrazně pozitivním zátěžovým testem, kde je jednoznačně prokázána ischemie myokardu neinvazivními metodami, echokardiografií. Dále zjištění ICHS ve vysoce exponovaných zaměstnáních jako jsou řidiči, piloti a jiná povolání s odpovědností za bezpečnost jiných osob. Další skupinou indikovanou k tomuto vyšetření bývají pacienti s angínou pectoris, s prodělaným infarktem myokardu v anamnéze nebo při intoleranci medikamentózní léčby u pacientů s atypickými bolestmi na hrudi (10, 23).

Kontraindikace můžeme rozdělit do dvou skupin, jedná se buď o absolutní nebo relativní kontraindikaci. Za absolutní kontraindikaci považujeme nesouhlas pacienta s tímto vyšetřením. Mezi relativní kontraindikaci řadíme akutní cévní mozková příhoda, těžké selhání ledvin, aktivní krvácení z GIT, akutní infekci, horečku, těžkou anémií, jaterní selhání a medikamentózně špatně ovlivnitelné poruchy krevní srážlivosti (18).

1.4.1.2 Možné komplikace vyšetření koronárních tepen

Výskyt závažných komplikací při koronarografii je velmi vzácný, odhaduje se na dva až čtyři pacienty z tisíce vyšetřených. Pro řešení komplikací musí být každá katetrizační laboratoř vybavená defibrilátorem, přístrojem k umělé plicní ventilaci a všemi nezbytnými léky. Komplikace rozdělujeme do tří skupin. První skupinou jsou kardiální komplikace, což jsou závažné arytmie, vznik srdečního infarktu, srdeční selhání a smrt. Tyto komplikace se objevují velmi vzácně. Pokud se vyskytnou, tak to bývá většinou u nemocných s těžkou dysfunkcí levé komory a velmi závažným postižením všech tří věnčitých tepen. Primární fibrilace komor neboli klinická smrt, může vzniknout bez infarktu myokardu. Je snadno zvládnutelná defibrilací, elektrickým výbojem z defibrilátoru. Druhou skupinou jsou komplikace celkové, nekardiální, jako je reakce na kontrastní látku nebo tromboembolie do velkého oběhu. Při známé alergické anamnéze je u pacienta prováděna před vyšetřením protialergická příprava., kdy jsou pacientovi podány intravenózní antihistaminika. U anafylaktického šoku je zapotřebí nejdříve přerušit další kontakt s alergenem vyvolávajícím šok. Při vzniku alergické reakce musí sestra nepřetržitě sledovat stav vědomí, tepovou frekvenci srdce a pokles krevního tlaku. O příznacích vzniklé alergické reakce sestra neprodleně informuje lékaře a zjištěné údaje zapisuje do dokumentace. Poté dle ordinace vyšetřujícího lékaře podává sestra intravenózní antihistaminika. Třetí skupinou jsou komplikace lokální, vznikající v místě punkce tepny jako je podkožní hematoma nebo trombóza femorální tepny. Podkožní hematomy bývají ve většině případů jen nevelké a nejsou komplikací výkonu. Může však dojít k jejich rozšíření do větších rozměrů, pak mohou vyžadovat i punkci k evakuaci krve z podkoží a tím pádem déle trvající lokální kompresi tepny. Vzácnou komplikací může být trombóza femorální tepny, vznik píštěle či nepravého aneurysmatu tepny. Všechny tyto komplikace se řeší ve spolupráci s chirurgem. Nejzávažnější lokální komplikací je krvácení z užití tepny, příčinou této komplikace může být špatná spolupráce pacienta nebo špatně přiložený kompresivní obvaz. Vzácněji jde o poškození femorální tepny při vlastním výkonu. Při této komplikaci je

nutné včasné upozornění lékaře, který provede manuální kompresi dané tepny, při větších krevních ztrátách indikuje transfuzi krve, nebo chirurgickou revizi třísla. O vzniku všech možných komplikací je nutné pacienta před výkonem informovat. Tyto informace podává pacientovi přijímací a ošetřující lékař kardiologického oddělení (7, 8).

1.4.1.3 Informovaný souhlas

Vzhledem k možným komplikacím, které mohou během katetrizačního vyšetření nebo po něm nastat, je nutné, aby pacient byl před vyšetřením informován o jeho průběhu a rizicích s ním spojených a byl jím podepsán souhlas s vlastním výkonem. V současné době naše zákony stanovují povinný písemný informovaný souhlas u mnoha zdravotnických výkonů, mezi něž patří i souhlas se selektivní koronarografií (viz. příloha 3). V případě občansko-právních sporů o náhradu škody nebo bolestného představuje základní a těžko vyvratitelný doklad ve prospěch zdravotnického zařízení nebo lékaře. Pokud nastanou po vyšetření komplikace nebo pacient není spokojen s výsledkem, může dojít k tomu, že bude proti sobě stát tvrzení lékaře, že pacient s výkonem souhlasil, a tvrzení pacienta, že nebyl poučen o všech důsledcích či komplikacích postupu. Pak se velmi obtížně dokazuje, co vlastně bylo pacientovi řečeno, co věděl a co ne. V případě informovaného souhlasu se tak stát nemůže. Proto je před tímto vyšetřením nezbytný písemný souhlas, že byl o výkonu řádně informován a souhlasí s ním. Souhlas s navrhovanou léčbou nebo operačním výkonem jak byl popsán, tedy označujeme jako informovaný souhlas, nebo-li pozitivní revers. Léčba nebo hospitalizace může být pacientem odmítnuta, je to jeho svobodné rozhodnutí. Pacient k němu může zodpovědně přistoupit až po zvážení všech informací o svém zdravotním stavu, o léčebných alternativách a předpokládané prognóze onemocnění. Pokud tedy i přes náležité vysvětlení je navrhovaná léčba odmítnuta, vyžádá si lékař písemné prohlášení nebo-li negativní revers. V něm bude zapsán důvod odmítnutí léčby, dále tam bude především vyjádření lékaře k odmítnuté péči s podpisem obou stran, pacienta i lékaře. Pokud bude odmítnuta potřebná péče a zároveň i odmítnut negativní revers, uvede lékař tyto skutečnosti do zdravotnické dokumentace za přítomnosti druhé

osoby a vyžádá si podpis této osoby jako svědka. Tím může být jiný člen zdravotnického týmu, například lékař nebo sestra. Při těchto okolnostech je správně vedená dokumentace nezbytná. Odmítnutí léčby se nevztahuje na život zachraňující výkony a na zákonem stanovené případy, kdy musí lékař postupovat lege artis (13, 20).

Každý pacient by měl být seznámen se svými právy. K tomu slouží etický kodex Práv pacientů. Každý pacient má právo být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným diagnostickým či léčebným postupem spojena. Pacienti mají právo plné informovanosti o svém zdravotním stavu o navrhovaných lékařských postupech a případných rizicích i výhodách každého zákroku. O alternativách navrhovaných zákroků i o důsledku neléčení, dále o diagnóze, prognóze a průběhu léčby. Dále pacienti také mají právo na svou výslovnou žádost o svém zdravotním stavu nebýt informováni (13, 20).

1.4.2 Technika provádění katetrizačního vyšetření

Cílem koronarografického vyšetření je získat informace o anatomických poměrech věnitěho řečiště, o stavu a lokalizaci jeho postižení, prognostickém významu těchto změn, funkci levé srdeční komory, částečnou informaci o funkci mitrální a aortální chlopně. Katetrizační tým se skládá z lékaře s atestací z kardiologie nebo radiolog s II. atestací v přítomnosti kardiologa a jeden asistující lékař či školená sestra. Pacienta sestra uloží na katetrizační stůl a pomocí elektrod připojí k EKG, poté pacienta zakryje sterilními rouškami, pravé třísko sestra odesinfikuje. Koronarografie bývá běžně prováděna pouze v lokální anestezii, příprava sedativy je vhodná pouze u anxiózních pacientů. U pacientů s prokázanou alergií je používána standardní protialergická příprava kortikosteroidy a antihistaminiky. Během výkonu je u pacienta stále monitorována srdeční akce, je možnost kontinuálního měření krevního tlaku přímo ze zavedených katétrů. Katetrizační cévky jsou zaváděny přístupem z femorální tepny, případně z tepny radiální. Celý výkon probíhá za fluoroskopické kontroly a je zaznamenáván na digitální média (7, 8).

Seldingerovou technikou je do třísla po aplikaci lokálního anestetika zavedena krátká speciální cévka, která má chlopeč zabraňující zpětnému krvácení, současně však umožňuje zavádění katétrů a jejich výměnu bez větších krevních ztrát. Tuto cévku nazýváme jako sheat. Skrze cévku jsou následně zaváděny speciální koronarografické katétrů, které umožňují relativně velmi snadnou sondáž odstupu pravé a levé věnčité tepny. Kontrastní látka se aplikuje do věnčitých tepen nástřikem pomocí infuze, množství je různé podle velikosti řečiště. Ještě před aplikací kontrastní látky podá katetrizující lékař pacientovi informace o možném pocitu horka, který po její aplikaci může nastat. Po celou dobu během vyšetření lékař komunikuje s pacientem a asistující sestrou. Ta neustále sleduje monitoraci krevního tlaku a EKG. Katetrizace se ukončuje vytažením zavaděče z tepny s okamžitou manuální kompresí v místě punkce. Doba komprese tepny odpovídá velikosti použitého zavaděče. Pacient po ukončení katetrizačního vyšetření zůstává v klidu na lůžku, délka závisí na velikosti zavaděče, sheatu. Velikost zavaděčů rozlišujeme pomocí barev. Při použití zavaděče se šedým barevným označením dodržuje pacient klidový režim tři hodiny, zelené označení znamená, že pacient zůstává v klidu na lůžku po dobu osmi až deseti hodin. Nejsilnější zavaděč je označen růžovou barvou a pacient musí zůstat na lůžku s kompresivním obvazem dvanáct hodin. Každá sestra kardiologického oddělení musí bezpodmínečně znát barevné označení, aby mohla správně určit dobu komprese (23).

Odborné znalosti sestry jsou nedílnou součástí její kvalifikace, stejně jako je sestra nedílnou součástí zdravotnického týmu. Její poslání a role jsou v péči o pacienta nezastupitelné, nenahraditelné a potřebné (8).

1.5 Poslání a role sestry

Sestry pracující na kardiologickém oddělení provádějí činnosti, které udržují i zlepšují zdraví nebo předcházejí nemocem. Zajišťují aktivní zapojení jednotlivce, jeho rodiny, přátel, sociální skupiny nebo komunity do ošetrovatelské péče. Tím podporují soběstačnost jednotlivce. Mezi role sestry těchto sester – profesionálek patří role ošetrovatelky, komunikátorky, edukátorky, poradkyně, pacientova advokátka, nositelky

změn, manažerky nebo výzkumné pracovnice. Základem úspěšné ošetrovatelské péče je dobrá komunikace. Pro péči o kardiologické pacienty se skutečnými i potencionálními potřebami má velký význam, jak s nimi sestry komunikují. Komunikace by měla být nejen pro kardiologické sestry jednou ze základních dovedností. V ošetrovatelství by měla být považována za něco automatického. Kardiologičtí pacienti mívají nejrůznější potřeby komunikace, potřebují radu, ujištění, informace nebo pouze společenský kontakt. Pro splnění těchto potřeb jsou důležité komunikační dovednosti a zkušenosti každé sestry. Na kardiologickém oddělení je sestra během své každodenní práce v kontaktu s nejrůznějšími lidmi. Ošetrovaní pacienti na kardiologii bývají ovlivňováni tím, jak sestra uplatňuje své interpersonální dovednosti, to jak jim umí naslouchat, pochopit je a respektovat. Základem komunikace je úcta k vnímání druhého. Dobrá komunikace není snadná z důvodu mnoha dovedností, které vyžaduje. V mnoha situacích může sestra pacientovi pomoci hovorem a nasloucháním, neboť ošetrovatelství nespočívá pouze v praktických výkonech (6, 15, 17).

Základní etický princip sestry – ošetrovatelky je pečování o pacienta. Dále je to obhajoba, odpovědnost, povinnosti a spolupráce. Tyto etické zásady společně tvoří základ všech ošetrovatelských úkonů, rozhodnutí, odborných standardů a norem. Jsou nepostradatelné a velmi důležité pro ošetrovatelskou praxi (6, 13).

Obhajoba znamená ochranu základních lidských práv jménem těch, kteří nemohou mluvit sami za sebe. Je to způsob, kterým sestra a pacient společně hodnotí zkušenost s nemocí, utrpením nebo umíráním. Koncepce obhajování zahrnuje dva obecné etické principy, poctivost a respekt k lidské důstojnosti (6, 15).

Odpovědnost ošetrovatelské praxe zahrnuje vztahy mezi sestrou a pacientem a vlastní péčí. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče na sebe bere odpovědnost, že ji bude poskytovat v souladu se standardy praxe a s morálními hodnotami profese (6).

Povinnost vychází z toho, že v ošetrovatelství je odpovědnost spojená splněním povinností vůči pacientovi. Povinností kardiologické sestry, ale i sester pracujících v jiných oborech je podporovat zdraví, předcházet onemocněním, navracet zdraví a zmírnit utrpení (6, 13).

Na kardiologickém oddělení spolupráce zahrnuje aktivní účast sester při zajišťování a poskytování kvalitní péče. Sestra udržuje se svými spolupracovníky v ošetrovatelství i v jiných oblastech vztahy spolupráce. Spolupráce ve zdravotní péči je základem pro pohodu pacienta. Sestra zajišťuje spolupráci mezi různými členy zdravotnického týmu, který program péče o pacienta plánuje a realizuje (6).

1.5.1 Funkce sestry

První funkcí sestry na kardiologickém oddělení je poskytování a řízení ošetrovatelské péče, takzvaný ošetrovatelský proces. Patří sem zhodnocení potřeb jednotlivce, rodiny, skupiny, komunity a možnost jejich uspokojování. Identifikace potřeb, klasifikace potřeb, jejich uspokojení podle naléhavosti, plánování a provádění ošetrovatelské péče. Dále zapojení jednotlivce, rodiny do všech součástí péče. Vedení dokumentace všech fází ošetrovatelského procesu a využití informací k hodnocení efektivity poskytované péče. Přijetí a aplikace standardů profesionálních, kulturních a také etických (15, 25).

Druhou funkcí sestry je sebevzdělávání, vzdělávání dalších pracovníků a pacientů. Poskytování potřebných informací a účast na zdravotní výchově (13, 15).

Třetí funkce sestry je být přínosným členem zdravotnického týmu, spolupracovat s jednotlivci, rodinami, komunitami a také s dalšími zdravotnickými pracovníky při plánování, organizaci, řízení a hodnocení ošetrovatelských služeb. Získat pacienta ke spolupráci na poskytované péči (13, 15).

Čtvrtou funkcí sestry je rozvoj ošetrovatelské praxe a to prostřednictvím kritického myšlení a výzkumu. Sem patří zavádění nových způsobů práce za účelem zkvalitňování péče, prohlubování znalostí a zlepšování ošetrovatelské praxe (15).

1.6 Ošetrovatelský proces u pacientů hospitalizovaných na kardiologickém oddělení

Jedná se o systematický přístup ke komplexní péči o kardiologického pacienta. V minulosti byla ošetrovatelská péče založená na rutině a zajišťování výkonů, ale to v současnosti již není adekvátní a je nutno to změnit. Změny již zavedené praxe musí ale být plánované a uspořádané. Proto je třeba systematických činností k dosažení cílů. Moderní ošetrovatelství vyžaduje poskytování plánovité ošetrovatelské péče, která vychází z individuálních problémů a potřeb každého pacienta. Pacienta, který bude v centru zájmu a činnosti celého ošetrovatelského týmu. Moderní ošetrovatelská péče zdůrazňuje především podporu a udržení zdraví. Pacienti jsou chápáni jako aktivní účastníci v rozhodování o své péči. Ošetrovatelským procesem se rozumí systematický přístup k poskytování ošetrovatelské péče. Skládá se ze čtyř fází. Je to fáze zhodnocení potřeb pacienta a prostředků ošetrovatelské péče, dále plánování činností vedoucích k uspokojení vyznačených potřeb. Potom je to realizace ošetrovatelského plánu. A v neposlední řadě vyhodnocení kvality péče a zpětná vazba. Slovo proces znamená sled činností, sérii kroků, které v rámci ošetrovatelství kardiologické sestry provádějí. Sestra stanoví potřeby spolu s pacientem a hodnotí dosažené výsledky. Díky aktivitě ze strany pacienta je dosaženo většího stupně soběstačnosti (5, 15, 16).

Podstatnou součástí ošetrovatelského procesu je kvalitní dokumentace. Všechny záznamy musí být srozumitelné, stručné, úplné, bez zbytečných zkratk. Musí obsahovat datum, čas a podpis sestry, která zápis provedla. Některé sestry považují sestavování ošetrovatelských plánů za činnost, která je odvádí od vlastní péče o pacienta. Proto je potřeba, aby dokumentace byla chápána jako přirozený přechod k osobnějšímu přístupu k vlastní péči (25).

Ošetrovatelský proces v kardiologii je velkým přínosem, je to způsob, kterým zajišťujeme, aby poskytovaná péče byla specificky zaměřena na uspokojování potřeb jednotlivce. Díky tomu dochází ke zlepšování návaznosti péče. Pomocí ošetrovatelského plánu jsou poskytovány potřebné informace všem členům ošetrovatelského týmu a dalším zdravotnickým pracovníkům. Pacienti dnes již odmítají

takovou péči, která je zaměřená pouze na tělo, nechťjí být jen lékařskou diagnózou, ale požadují péči o celou svou osobu. Kardiologičtí pacienti jsou ošetrovatelským procesem povzbuzováni k aktivní účasti na vlastní péči. Sestry mívají větší pocit uspokojení ze své profesní role. Individuálně plánovaná péče vede k úsporám pracovního času sester, protože nejsou prováděny nepotřebné a časově zatěžující rutinní výkony. Ošetrovatelský proces vede k soustavnému vzdělávání sester a tím jim pomáhá zlepšit jimi poskytovanou péči. Také jim pomáhá zdůvodnit ošetrovatelské činnosti a umožňuje, aby si výrazněji uvědomily účinnosti nebo neúčinnosti různých ošetrovatelských aktivit (13, 17).

Na kardiologické oddělení je péče středem vztahu sestry a pacienta, je dominantním a jednotícím prvkem ošetrovatelství. Morální jednání sestry chrání a podporuje lidskou důstojnost pacientů. Nejdůležitější hodnotou ve vztahu sestra a pacient je pečování. Pečovatelské činnosti v kardiologii jsou právem považovány za základ ošetrovatelské role. Péči můžeme definovat jako pomoc potřebným a to formou asistence, podpory a navrácení zdraví, při zlepšování kvality života v nemoci, postižením nebo hrozbou smrti. Péči na kardiologickém oddělení je nutno poskytovat humanistickým, empatickým a uctivým způsobem. Naplňovat důležité potřeby jedince a jeho rodiny, komunity. Péče zde by se měla soustředit na zjevné nebo předpokládané potřeby člověka a usilovat o zkvalitnění jeho života (16).

Sestra z pohledu péče zde má být pro pacienta, má ho respektovat, cítit s ním, být mu na blízku. Péči v ošetrovatelské praxi ovlivňuje především individuální hodnotová orientace, vzdělání sestry, vztah k ošetrovatelské práci a vlastní zkušenost s péčí o druhé. Ošetrovatelské povolání je velmi náročné, psychicky i fyzicky a vyžaduje určité osobnostní předpoklady. Celosvětově je záležitostí především ženského pohlaví. Sestra jako žena, matka, spolupracovnice a odbornice (6, 13).

Kardiologická sestra se v praxi mnohdy dostává do velmi náročných situací, tyto situace musí zvládat odborně, ale především lidsky. Pro jejich úspěšné zvládnutí by měla sestra jednotlivé kroky ošetrovatelské péče plánovat. Výsledkem tohoto plánování je vytváření ošetrovatelských standardů jako měřítek kvality poskytované péče (12).

1.7 Ošetrovatelský standard

Cílem všech standardů je definovat přiměřenou úroveň péče. Ošetrovatelské standardy představují platné definice dohodnuté a přijatelné úrovně ošetrovatelské péče v konkrétním zařízení. Týkají se specifiky ošetrovatelských činností, určují kvalitu ošetrovatelské péče a měly by být vytvářeny pro všechny ošetrovatelské výkony. Vznik a rozvoj ošetrovatelských standardů, mezi které patří také standard týkající se selektivní koronarografie, je snaha sester o zkvalitnění ošetrovatelské praxe a nalezení způsobu poskytnutí co nejlepší péče. K tomu je potřeba stanovit co je pokládáno za dobrou, standardní kvalitní péči. Poskytovaná péče se pak podle těchto standardů posuzuje a hodnotí. Kvalita ošetrovatelské péče tedy závisí na stanovení co nejlepší praxe. Je zapotřebí, aby každá sestra pracující nejen na kardiologickém oddělení převzala zodpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče. S tím úzce souvisí větší profesionalita v ošetrovatelství a potřeba nového typu sestry, kdy se sestra stává samostatným pracovníkem zodpovědným za péči, kterou poskytuje. Odpovědnost je pro profesionální ošetrovatelskou praxi nezbytná. Všechny sestry, ty kardiologické nevyjímaje, potřebují mít kompetence a znát jejich hranice (6, 12).

Ošetrovatelské standardy slouží k definování a měření kvality ošetrovatelské péče. Díky standardu jako je například standard týkající se selektivní koronarografie můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Standardy by se měly utvářet tak, aby zahrnovaly všechny aspekty ošetrovatelství včetně interpersonálních a komunikativních dovedností. Vytváření standardů, ale především také kontrola jejich dodržování, vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Standardy musí být tvořeny tak, aby byly dosažitelné a reálné. Je zbytečné vytvářet standardy, které není možné dodržet. Zodpovědnost sester za poskytování kvalitní péče na kardiologickém oddělení může být jen tehdy, je-li jasně stanoveno, co se od nich očekává. Rozvoj a aplikace ošetrovatelských standardů v kardiologii zvyšují odpovědnost sester a vymezují přijatelnou úroveň praxe. Posilují využívání vědeckých poznatků v praxi. Pokud se od kardiologických sester vyžaduje zodpovědnost za dodržování standardů ošetrovatelské péče, musí standardy odpovídat podmínkám,

v nichž se ošetrovatelská péče poskytuje. Formulování ošetrovatelských standardů by mělo být jasné a srozumitelné, mělo by obsahovat kritéria, podle kterých je možné hodnotit jejich dosažení a dodržování. Mělo by také odpovídat potřebám a možnostem zdravotnické instituce (6, 12).

1.8 Ošetrovatelská péče u pacientů před plánovaným vyšetřením koronárních tepen

Pokud pacient přichází k lékaři pro dlouhodobé obtíže, jako jsou občasné bolesti na hrudi při námaze spojené s dušností, bude nejprve podrobně odebrána anamnéza, předchorobí. Lékař zjistí současné obtíže pacienta, jaký je charakter bolesti zda je pálivá, svíravá, bodavá, kde je lokalizovaná, kdy a jak často se objevuje, kdy vymizí, zda je bolest doprovázena dušností, kašlem. Dále bude lékař zjišťovat ostatní onemocnění, dietní zvyklosti, fyzickou aktivitu, kouření a léky, které pacient užívá. Také se bude ptát na nemoci, které se vyskytly v rodině. Poté následuje fyzikální vyšetření lékařem. Další nutné vyšetření bude elektrokardiograf, při kterém je snímána elektrická aktivita srdce. Někdy je ale toto klidové EKG zcela normální a musí se přistoupit k vyšetření při námaze, zátěžovému EKG. Sleduje se, zda a při jaké zátěži se bolest na hrudníku objevuje a jakou má odezvu v EKG. Další důležité vyšetření je ECHO, při kterém je ultrazvukem posuzována srdeční činnost. Přiloženou ultrazvukovou sondou na hrudníku pacienta sleduje lékař na monitoru obraz srdeční činnosti. V některých případech je nutné přistoupit k invazivní metodě, koronarografii. Na základě výsledků vyšetření lékař doporučí léčbu, v některých případech je pacient objednan do kardiologického centra k provedení invazivního výkonu, zmíněné koronarografii (28).

Pacient je přijímán k hospitalizaci jeden den před vlastním vyšetřením. Při příjmu na lůžkové oddělení pacient odevzdá výsledek echokardiografie a EKG křivku, tedy výsledky vyšetření, které se provádějí již na příjmové ambulanci. Následně je pacient sestrou uložen na lůžko, ošetřující lékař překontroluje klinický stav pacienta, provede fyzikální vyšetření, sepiše chorobopis, zaznamená i alergickou anamnézu

a podá informace týkající se průběhu plánovaného katetrizačního vyšetření. Při rozhovoru pacienta seznámí s tím, že se výkon není bolestivý, provádí se v lokální anestezii a upozorní jej na základní rizika spojená s tímto druhem vyšetření. Po ukončení rozhovoru lékař s pacientem, pacient podepisuje informovaný souhlas s vyšetřením. Před výkonem sestra vyholí pacientovi obě třísla a informuje ho, aby od půlnoci nic nejedl a nekouřil, pít smí do šesté hodiny ranní. Dvě hodiny před vyšetřením již ani nepije. Dále pacientovi zavede periferní žilní kanylu a odebere krev na krevní skupinu, koagulační vyšetření a biochemické vyšetření, odběr srdečních enzymů jako kreatinkináza, isoenzymy kreatinkinázy a troponin. Bezprostředně před výkonem sestra dohlédne na vyjmutí zubní protézy a odevzdání cenností, podá pacientovi léky Diazepam nebo Dithiaden proti alergické reakci na kontrastní látku. Součástí přípravy na výkon, je také psychická příprava, která pomáhá pacientovi zmírnit strach a úzkost. Takto připravený pacient s podepsaným informovaným souhlasem a se svým chorobopisem je odeslán ke katetrizačnímu vyšetření (28).

1.9 Ošetrovatelská péče u pacientů po vyšetření koronárních tepen

Pacient s normálním nálezem, pouze okrajové nerovnosti na vnitřních stranách tepen, je po vyšetření přivezen vleže na lůžku zpět na příslušnou lůžkovou stanici, katetrizační laboratoři má doporučenou konzervativní léčbu. Pacient má předepsaný klid na lůžku, a leží na zádech tři až dvanáct hodin dle průsvitu použitých katétrů. Punktovaná končetina je v přímé linii s trupem, je možné ji fixovat pomocí obinadla k lůžku pacienta. Zabrání se tak nechtěnému pohybu končetiny. V tříslu je již v katetrizační laboratoři přiložen kompresivní obvaz. Po návratu pacienta na oddělení sestra podá léky na omezení srážlivosti krve, Plavix a Fraxiparin, natočí EKG, změří krevní tlak a puls, změřené hodnoty předloží k vyhodnocení lékaři. Další ošetřování a léčba probíhají dle pokynů lékaře. Krevní tlak a puls sestra monitoruje po dvou hodinách a vše zapisuje do dokumentace. Nedílnou součástí péče po výkonu je podávání dostatečného množství tekutin z důvodu rychlého vyplavení kontrastní látky z těla pacienta. Po výkonu sestra po dohodě s pacientem podá jídlo. Pacientovi sestra

připraví signalizační zařízení k dosahu a upozorní jej, aby při jakýchkoliv potížích a potřebách ji přivolal. Po uplynutí doby stanovené katetrizační laboratoří, sestra odstraní kompresivní obvaz, který bránil tepennému krvácení z třísla po punkci. Zkontroluje punktované tříslo, které následně sterilně kryje. Službu konající lékař provede ve spolupráci se sestrou večerní kontrolu punktovaného třísla. Při možných komplikacích souvisejících s katetrizačním vyšetřením, např. krevní výron, krvácení z místa vpichu, kontaktuje lékař katetrizační laboratoř. Pacient je propuštěn do domácího ošetřování zpravidla druhý až třetí den po výkonu. Je mu doporučena týdenní rekonvalescence, sledování lékařem specialistou a je edukován o správném životním stylu (28).

1.10 Ošetrovatelská péče u pacientů před akutním vyšetřením koronárních tepen

Akutní infarkt myokardu je akutní stav, který vyžaduje rychlou léčbu. Pacient s akutním infarktem myokardu je přijímán na koronární jednotku. Zde je pacient bez prodlení připojen k monitoru a je tak ihned zajištěno sledování srdeční činnosti, pacientovi je podán kyslík pomocí kyslíkové masky. Sestra natočí pacientovi EKG, které lékař zkontroluje a zvolí vhodnou léčbu. Jestliže obtíže trvají méně než dvanáct hodin a na EKG jsou patrné elevace, je indikováno provedení akutní koronarografie (28).

Lékař odebere anamnézu, především současné obtíže pacienta. Kdy bolest vznikla, kde je nejintenzivnější, kam vyzařuje. Za jakých okolností k obtížím došlo, jak dlouho trvají, zda je nějaký efekt užitých léků, zda pociťuje dušnost atd. Dále lékaře bude zajímat výskyt jiných onemocnění, hlavně srdce, cév a oběhu, jaké léky pacient užívá, zda kouří a zda se v rodině pacienta vyskytly srdeční problémy. O ostatní detaily z anamnézy se bude lékař zajímat až po stabilizaci akutního stavu. Pacient je lékařem vyšetřen. Sestra změří fyziologické funkce jako krevní tlak, puls, tělesnou teplotu, saturaci kyslíkem, dále pacientovi zavede periferní žilní kanylu a provede statimové odběry krve na krevní skupinu, koagulační vyšetření, krevní obraz a biochemické

vyšetření včetně odběru na srdeční enzymy kreatinkinázu, isoenzym kreatinkinázy, troponin. Po vzniku nekrózy myokardu se aktivita kreatinkinázy v séru zvyšuje podle velikosti ložiska, aktivita kreatinkinázy stoupá po šesti až osmi hodinách. Zvýšené isoenzymy kreatinkinázy potvrzují diagnózu infarktu myokardu. Troponin, bílkovina ve stažlivém aparátu srdeční buňky, která se při nekróze rychle vyplaví do oběhu a indikuje také infarkt myokardu. Hladina troponinu se zvyšuje po třech až čtyřech hodinách. Vzhledem ke stoupající aktivitě těchto srdečních enzymů dochází k opakovaným náběrům. Sestra náběry zopakuje po osmi hodinách, celkem tři krát. Před výkonem sestra vyholí pacientovi obě třísla, zajistí podepsání informovaného souhlasu s katetrizačním vyšetřením pacientem, dále podepsání souhlasu s hospitalizací, souhlasu s podáváním informací. Vzhledem k akutnímu stavu pacienta je odebrání ošetřovatelské anamnézy ponecháno až po výkonu, pacient jí musí také ztvrdit svým podpisem. Bezprostředně před výkonem sestra dohlédne na vyjmutí zubní protézy a odevzdání cenností, podá pacientovi léky proti alergické reakci na kontrastní látku Diazepam nebo Dithiaden. Nesmí být opomenuta také psychická příprava, která pomáhá u pacienta zmírnit strach a úzkost. Takto připravený pacient s podepsaným informovaným souhlasem, se svým chorobopisem a připojen na defibrilátor z důvodů stálého monitorování srdeční akce je v doprovodu sestry a lékaře odvezen do katetrizační laboratoře (28).

1.11 Ošetřovatelská péče u pacientů po akutním vyšetření koronárních tepen

Pacient je po výkonu přivezen sestrou a lékařem za stálého monitorování vleže na lůžku zpět na koronární jednotku, při koronarografii byla u pacienta provedena PTCA. Pacient má předepsaný klid na lůžku, leží ve vodorovné poloze na zádech, je připojen k monitoru u svého lůžka. V punktovaném třísle je ponechán sheat z důvodu většího naředění krve a tím pádem většího nebezpečí krvácení z tepny, kterou byl veden vpich. Punktovaná končetina musí být v přímé linii s trupem a je fixovaná pomocí obinadla k lůžku pacienta. Tím se zabrání nechtěnému pohybu končetiny. Sestra podá

pacientovi léky na omezení srážlivosti krve Plavix, Fraxiparin, stejně tak léky na tišení bolesti dle ordinace a potřeb pacienta. Opět natočí EKG, nastaví na monitoru měření krevního tlaku po hodině, trvale sleduje srdeční akci a saturaci. Pacientovi je opět podáván kyslík. Sestra zároveň sleduje příjem a výdej tekutin. Vše zapisuje do dokumentace a průběžně předkládá k vyhodnocení lékaři. Po zvládnutí akutního stavu sestra odebere ošetrovatelskou anamnézu a stanoví ošetrovatelské diagnózy, které jsou nedílnou součástí dokumentace pacienta. Dle katetrizační laboratoře provede sestra v ordinovaný čas odběr krve na vyšetření hodnoty aktivovaného parciálního tromboplastinového času (dále jen APTT). V závislosti na výsledku tohoto vyšetření srážlivosti krve lékař rozhodne o odstranění sheathu. Při odstraňování sheathu asistuje sestra lékaři, lékař patnáct minut provádí kompresy třísla, sestra poté provede bandáž kompresivním obvazem. Pacient musí po tomto výkonu zůstat v nezměněné poloze ještě osm až deset hodin. Sestra kontroluje punktované třísko a příslušnou končetinu. Nedílnou součástí péče po výkonu je podávání dostatečného množství tekutin z důvodu rychlého vyplavení kontrastní látky z těla pacienta. Při snížené spolupráci ze strany pacienta je doplnění tekutin zajištěno pomocí infuzní terapie ordinovanou lékařem. Pacient má v dosahu signalizační zařízení k přivolání sestry při jakýchkoliv potížích a potřebách. V průběhu doby upoutání pacienta na lůžku sestra plně pečuje o vylučování a vyprazdňování. Stejně tak zajišťuje hygienické potřeby pacienta. Po uplynutí stanovené doby sestra odstraní kompresivní obvaz, který bránil tepennému krvácení z třísla po punkci. Zkontroluje punktované třísko, které následně sterilně kryje. Sestra průběžně kontroluje punktované třísko, při možných komplikacích souvisejících s katetrizačním vyšetřením, např. krevní výron, krvácení z místa vpichu, kontaktuje okamžitě službu konajícího lékaře. Po celou dobu hospitalizace sestra poskytuje pacientovi psychickou podporu, je vždy ochotná komunikovat, poskytnout pacientovi dostatek informací a tím zmírňovat jeho strach, úzkost a obavy. Druhý den hospitalizace sestra zhotoví kontrolní EKG záznam a objedná vyšetření srdce ultrazvukem echokardiografií a RTG vyšetření (28).

Pacienti jsou po залéčení akutního stavu druhý až třetí den přeloženi na standardní lůžkové oddělení, kde dochází k doléčení jejich stavu. Po ukončení léčby

jsou propuštěni do domácího ošetřování. Ještě před samotným propuštěním je pacient edukován sestrou a lékařem o dodržování léčebného režimu a správném životním stylu. Je nutné další sledování lékařem specialistou a dodržovat déletrvající farmakologickou léčbu. Pacient by měl šetřit punktovanou končetinu, důležitá je úprava životosprávy, pacient je poučen o zásadách zdravé výživy a nutnosti jejich dodržování. Základ tvoří nízkocholesterolová strava, snížení tělesné hmotnosti v případě nadváhy a přísný zákaz kouření. Velmi důležitá je také pravidelná tělesná aktivita, která odstraňuje stres, posiluje srdeční sval, zvyšuje jeho výkonnost a zlepšuje výkonnost cévního systému. Vedle zákazu kouření je také nutnost omezení požívání alkoholických nápojů. Dodržování doporučených opatření může pacientovi zajistit na dlouhou dobu kvalitní aktivní život. Proto je potřeba tyto doporučení nepodceňovat a snažit se je dodržovat (28).

Aby byla ošetrovatelská péče úspěšná a pacientovi byly zajištěny veškeré potřeby, je nutné dodržování daného ošetrovatelského standardu. Jeho znalost a dodržování by pro sestru mělo být prioritou, stejně jako zajištění psychické pohody pacienta v rámci holistického přístupu (12).

1.12 Léčba ICHS

Základní léčbou ICHS je léčba medikamentózní, která spočívá v pravidelném užívání léků, dále chirurgická a perkutánní transluminární angioplastika (9).

Medikamentózní léčba je používána buď samostatně, nebo doplňuje léčbu chirurgickou a PTCA. Tato léčba vede k potlačení příznaků ICHS nebo ke snížení četnosti a intenzity bolestí na hrudi. Důležitým výsledkem léčby je zlepšení krevního průtoku zúženou tepnou (17, 23).

PTCA je nechirurgický, invazivní léčebný výkon, který se provádí za pomoci rentgenového záření, cévky, kontrastní látky a balónku v katetrizační laboratoři. Tento výkon bývá součástí koronarografie. Slovem perkutánní je naznačeno, že se tato procedura provádí vpichem přes kůži, transluminární znamená, že lékař pracuje uvnitř cévy a koronární označuje, že tato procedura se týká věnčitých tepen. Angioplastika je

potom technikou, s jejíž pomocí lze roztahovat, dilatovat zúžené nebo uzavřené cévy. V případě, že lékař zjistí zúžení v určité oblasti věnčité tepny, kontrastní látka nevyplní řádně příslušnou oblast cévy, provede pomocí balónku rozšíření věnčité tepny srdce. Tento balónek lékař po cévce zavede až do problematické oblasti a nafouknutím rozšíří vnitřek zúžené cévy. Pro zvýšení efektivity lze umístit do rozšíření kovovou svorku neboli stent, která udrží cévu déle prostupnou. Pomocí PTCA se tedy provádí rozšíření zúžené tepny a tak se zlepšuje prokrvení srdce. V případě, že nebylo možné zprůchodnit tepny při PTCA, je v řadě případů indikováno s různým časovým odstupem chirurgické řešení, aorto-koronární bypass, při kterém je zúžený úsek přemostěn zdravou cévou (10, 17).

Chirurgickou léčbu reprezentují bypassové operace. Tyto operace se staly zcela běžným postupem u těžkých forem ICHS. K přemostění, bypassu, zúženého místa na věnčité tepně se používají žilní štěpy odebírané z dolních končetin, mamární artérie z hrudníku nebo protězy. Žilní štěp se při operaci našívá jednou stranou k aortě a druhou za zúžení tepny. Operace probíhá v celkové anestezii, při mimotělním oběhu a při celkovém podchlazení organismu. Během operace bývají hrazeny krevní ztráty, celý výkon vyžaduje zkušený operační tým, délka trvání je kolem 4 hodin a více (17, 21, 27).

1.13 Prevence ICHS

Uplatňování zásad prevence by mělo být v současné době nedílnou součástí života každého z nás. Tyto zásady mohou být děleny na opatření režimová a opatření vedoucí k redukci rizikových faktorů pomocí léčby. Mezi režimová opatření, řazené k primární prevenci, patří především pohybová aktivity, zanechání kouření, změna stravovacích návyků, redukce hmotnosti a vysoké hladiny cholesterolu, kompenzace vysokého krevního tlaku, inaktivity a stresu. Bez aktivní spolupráce nemocného je prevence problematická a v podstatě nemožná. Výzkumy z posledních let potvrzují, že odstranění rizikových vlivů může rozvoj ICHS nejen zabrzdit, ale i zvrátit. Všechny hlavní rizikové faktory může každý z nás účinně ovlivňovat především sám zlepšením

životosprávy. Sekundární prevence ICHS se uplatňuje u pacientů, kde již onemocnění proběhlo. Je o to naléhavější, protože vede ke snížení rizik nových příhod a případných úmrtí. Její součástí je i vlastní léčba ICHS. Tato léčba zahrnuje, kromě medikamentózní terapie také revaskularizační výkony. Mezi ně patří angioplastika koronárních tepen a aortokoronární bypass. Důležitá je i prevence terciální, která zahrnuje následnou péči, soustavné sledování pacientů a jejich pravidelné kontroly ve specializovaných ambulancích (2, 3, 22).

1.14 Edukace pacientů s ICHS

Edukace pacientů na kardiologickém oddělení je nedílnou součástí léčby. Každý pacient je před propuštěním informován o nutných režimových opatřeních vztahujících se k prevenci ICHS a o opatřeních vedoucích k redukci rizikových faktorů pomocí dodržování stanovené léčby (4).

Na edukaci pacienta se podílí ti, kdo jej léčí a ošetřují. V první řadě je to lékař, ale nepostradatelnou roli zde hraje i sestra. Při poskytování informací týkajících se prevence kardiovaskulárních onemocnění je nutné dodržovat určitá pravidla. Velký význam zde má kvalitní verbální komunikace. Informace podávané pacientovi musí být jednoduché, na úrovni jeho chápání. Je nutné odhadnout emocionální stav pacienta, jeho duševní úroveň a informovanost. Dále je potřeba brát na zřetel úroveň vzdělání a poměry z kterých pacient pochází. Při podávání informací je vždy nutné si ověřit, zda pacient všemu porozuměl a to co nepochopil vysvětlit znovu. Také je důležité při edukaci zamezit různým falešným domněnkám o nemoci a o léčbě. Proto je třeba používat pojmů a termínů, kterým pacient rozumí. Vždy je zapotřebí dát pacientovi prostor pro dotazy, zjistit jaké informace ještě potřebuje. Veškeré informace na závěr shrnout a potvrdit si, že pacient vše správně pochopil (4).

Pro mnoho kardiologických pacientů je velmi obtížné změnit své chování, protože mají zažitý svůj stereotyp. Někteří pacienti se snaží provést změny velmi radikálně, jiní postupují ve změně životního stylu naopak pomalu a někteří se velmi brzy vzdávají. Důležité je vysvětlit pacientům, jakým způsobem doporučovaná změna

chování může jejich zdraví upevnit. Bohužel v praxi se stále ještě setkáváme s neochotou některých pacientů spolupracovat. Pouze část kardiologických pacientů se řídí radami lékaře, někteří přeruší léčbu po určitém čase a zbytek léčených pacientů neužívá léky dle doporučení vůbec. Spolupráce bývá také ovlivněna vztahem lékař-pacient a předepsaným léčebným režimem. Avšak neochota ke spolupráci může pacientovi způsobit rozvoj dalších potíží. Vlivem toho potom dochází k narůstání nákladů na další léčbu (4).

Odměnou zdravotníkům pracujícím na kardiologii se stává pacient ochotný spolupracovat, dodržovat léčebný plán a daná režimová opatření. Pacient, který se snaží aktivně o zlepšení svého zdravotního stavu (4).

2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí po koronarografii.
2. Zjistit jaká je příprava pacienta před koronarografií v souvislosti s následnou ošetrovatelskou péčí.
3. Zjistit jak sestry dodržují standard ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii.

2.2 Hypotézy

1. Pacienti jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí po koronarografii.
2. Pacienti hodnotí pozitivně přípravu před koronarografií prováděnou sestrami.

2.3 Výzkumné otázky

1. Dodržují sestry standardy ošetrovatelské péče po koronarografii?
2. Jak sestry vnímají spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí před koronarografií?
3. Jaké jsou nejčastější problémy s ošetrovatelskou péčí u pacientů po koronarografii z pohledu sester?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Ke zpracování bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního a kvalitativního šetření. Kvantitativní šetření bylo realizováno na základě dotazníků, které byly určeny pacientům po vyšetření koronárních tepen hospitalizovaných na kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. (viz. příloha 1). Dotazník byl zaměřen na identifikační údaje, hospitalizaci na kardiologickém oddělení, spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí před a po koronarografií, na edukaci týkající se tohoto vyšetření a na edukaci ohledně kardiovaskulárního onemocnění. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z toho návratnost byla 121. Ke zpracování jich pak bylo použito 112 řádně vyplněných, což je 75% z celkového počtu všech rozdaných dotazníků.

Pro kvalitativní šetření byl technikou sběru dat nestrukturovaný rozhovor realizovaný se sestrami pracujícími na kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. Rozhovor zjišťoval identifikační data, zda sestry dodržují standardy ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografií, jak sestry vnímají spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí před koronarografií a jaké jsou nejčastější problémy s ošetrovatelskou péčí u pacientů po koronarografií z pohledu sester. Celkem bylo uskutečněno 5 rozhovorů, z nichž 2 byly provedeny se sestrami pracujícími na standardním lůžkovém kardiologickém oddělení a 3 se sestrami pracujícími na jednotce intenzivní péče Nemocnice České Budějovice a. s.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro kvantitativní šetření tvořilo výzkumný soubor 112 pacientů hospitalizovaných na kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. Výzkumné šetření probíhalo od února do března roku 2010.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 5 sester pracujících na kardiologickém oddělení. Osloveny byly sestry z Nemocnice České Budějovice a. s.

pracující na standardním lůžkovém oddělení a na koronární jednotce. Výzkumné šetření bylo schváleno vrchní sestrou kardiologického oddělení Annou Vítovou.

4 Výsledky

4.1 Vyhodnocení rozhovorů určených sestrám kardiologického oddělení

Rozhovor 1

První dotazovanou je sestra ve věku 33 let, pracující u lůžka 11 let. V oboru intenzivní péče, na kardiologickém oddělení na koronární jednotce udává 6 let praxe. V oboru intenzivní péče má specializační vzdělání ARIP.

Dotazovaná sestra uvádí, že v péči o pacienty, kteří přicházejí k vyšetření koronárních tepen, existují určitá specifika. Především, jak podotýká, je nutno rozdělit pacienty do dvou skupin. První skupinu tvoří pacienti, kteří jsou objednáni a přicházejí tak k plánovanému výkonu. Ti bývají hospitalizováni na kardiologii na standardním lůžkovém oddělení. Druhou skupinou jsou pak pacienti přijímáni vzhledem k naléhavosti svého akutního stavu na koronární jednotce (viz. příloha 5). Jedná se ve větší míře o pacienty s akutním infarktem myokardu. Podle tohoto rozdělení jsou dána i specifika v ošetrovatelské péči o tyto pacienty. Sestra udává, že práce v intenzivní péči je náročná, jak po fyzické, tak po psychické stránce. Pacienti jsou přijímáni k akutní koronarografii denně, vzhledem k tomu že katetrizační laboratoř funguje pro celý Jihočeský kraj. Lůžek na koronární jednotce je pouze osm, tím pádem je zde velká obsazenost a velká obměna pacientů.

Sestra upozorňuje na náročnost ošetrovatelské péče před vyšetřením koronárních tepen a to především z důvodu časové tísně. Vzhledem k akutnímu stavu pacienta. Pacient trpí bolestmi, je vystrašený, má strach ze smrti. Proto je dle sestry nutná co nejrychlejší příprava pacienta před vyšetřením. Ta, jak sestra uvádí, obsahuje psychickou podporu pacienta, sledování fyziologických funkcí - pacientovi je měřen krevní tlak, puls, tělesná teplota, saturace krve kyslíkem, proti bolesti podávána medikamentózní léčba dle ordinace lékaře. U pacienta je dále potřeba aplikace kyslíku pomocí kyslíkové masky, zhodnotit EKG záznam, odebrat krev k biochemickému, hematologickému vyšetření a na krevní skupinu, připravit místo vpichu – výkon je prováděn femorální tepnou, zkontrolovat průchodnost periferní kanyly. Sestra upozorňuje na to, že před výkonem musí pacient neprodleně podepsat souhlasy

s vyšetřením, jedná se o poučení a souhlas nemocného s vyšetřením selektivní koronarografie a o poučení a souhlas nemocného s vyšetřením perkutánní koronární intervence-PCI (viz. příloha 4), dále je to souhlas s hospitalizací a souhlas s poskytováním informací. Tyto dva souhlasy, jak sestra upozorňuje, stačí podepsat do dvaceti čtyř hodin od přijetí. Ovšem bez podepsaných souhlasů s vyšetřením není možné výkon provést. Také je dle sestry velmi nutná edukace před samotným vyšetřením. Pacienti mají z výkonu obavy, chtějí vědět jak a kde vyšetření probíhá, přibližnou délku trvání, jak dlouho budou muset být hospitalizováni v nemocnici. Dále je třeba pacienta informovat o skutečnosti, že koronarografie je vyšetření jak diagnostické tak léčebné. V případě pozitivního diagnostického nálezu je ihned proveden léčebný zákrok, angioplastika. Vzhledem k naléhavosti výkonu sestra sděluje, že na rozhovor s pacientem má velmi omezený čas. Takto připravený pacient, poučený, informovaný a s vydanou zubní protézou - v případě, že nemá vlastní chrup, je v doprovodu sestry a lékaře převezen za stálé monitorace do katetrizační laboratoře. Tam je již připraven katetrizační tým, který lékař nebo sestra předem informovala o přijetí pacienta indikovaného k provedení akutního koronarografického vyšetření.

Na dotaz, jakou ošetrovatelskou péči poskytuje pacientům po vyšetření koronárních tepen, odpovídá, že kompletní. Vysvětluje, že po příjezdu z katetrizační laboratoře jsou u pacienta monitorovány fyziologické funkce, podávány léky dle ordinace lékaře, aplikován kyslík, v indikovaných intervalech odebírány krevní vzorky. U pacientů s provedenou angioplastikou sestra odebírá ke kontrole krev na APTT. Je opět zhotoven EKG záznam. Pacient je uložen do polohy na zádech s fixovanou končetinou, která byla punktována a pučen o nutnosti ležení v této poloze po nezbytně nutnou dobu. Což jak sestra uvádí, činí pacientům největší problém. Sestra také kontroluje místo punkce, zda nedochází ke krvácení či tvorbě hematomu. Dále sestra uvádí, že po výkonu sleduje příjem a výdej tekutin, poučí pacienta o nutnosti dostatečného příjmu tekutin z důvodu použití kontrastní látky při výkonu. Také neopomene objednat pacienta druhý den na ECHO a RTG vyšetření.

Na otázku týkající se standardu sestra odpovídá, že ošetrovatelský standard týkající se tohoto vyšetření je u nich na oddělení dodržován. Její názor na chování,

vystupování a ochotu sester při upokožování potřeb pacientů během hospitalizace je kladný. Udává, že potřeby pacientů jsou uspokojovány individuálně dle každého pacienta.

Ze svých zkušeností čerpá i v oblasti hodnocení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí před a po výkonu. Domnívá se, že většina pacientů je spokojena s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a s informacemi, které během hospitalizace dostávají. To se týká i edukace pacientů před propuštěním do domácího léčení. Jak sama říká, pacienti jsou edukováni před propuštěním lékařem i sestrou.

Rozhovor 2

Dotazovaná sestra ve věku 35 let, pracující na koronární jednotce s celkovou délkou praxe u lůžka třináct let, z toho devět let v oboru intenzivní péče. Sestra má dosažené vzdělání vysokoškolské a specializaci v intenzivní péči - ARIP.

Na otázku, jak často jsou hospitalizováni pacienti po koronarografii, udává sestra, že každou službu. Což jak tvrdí vyplývá z umístění katetrizační laboratoře ve zdejší nemocnici jako jediné v Jihočeském kraji. Proto jak udává, je na koronární jednotce velký tlak na lůžka.

Na dotaz jakou ošetrovatelskou péčí poskytuje pacientům před a po vyšetření koronárních tepen odpověděla, že dle standardu týkajícího se selektivní koronarografie. Během své dlouholeté praxe ví, jak důležitá je rychlá příprava akutního pacienta. Sestra sděluje, že během krátkého časového intervalu je nutné zajistit odběry krve k biochemickému a hematologickému vyšetření, dále vyšetření krevní skupiny, zajistit monitorování fyziologických funkcí, zaznamenat výsledky do dokumentace, podat kyslík kyslíkovou maskou, zkontrolovat průchodnost periferní kanyly, připravit místo vpichu, poučit pacienta o vyšetření a dát podepsat informované souhlasy, bez kterých, jak udává, nemůže být výkon proveden. Dále sestra v případě, že pacient má zubní protézu, upozorní na její vyjmutí. A jak sama říká, neopomene psychickou přípravu, neboť dle svých zkušeností ví, jak jsou pacienti vystrašení, mají strach z neznámého a to vše je doprovázeno bolestí. Sestra ještě před odjezdem do katetrizační laboratoře neopomene edukovat pacienta o průběhu vyšetření. Jak výkon probíhá, o přibližné době

trvání, co bude následovat po vyšetření. Dotazovaná sestra udává, že na rozhovor s pacientem má málo času, vše závisí na stavu pacienta, na naléhavosti zákroku.

Na otázku jakou ošetrovatelskou péčí poskytuje pacientům po vyšetření, odpovídá, že zaznamenává fyziologické funkce - pacient je nepřetržitě monitorován, opět zhotoví EKG záznam, zajistí aplikaci kyslíku, podává léky dle ordinace lékaře. V předepsaných intervalech odebírá krev k biochemickému a hematologickému vyšetření. Zvláště, jak sestra udává především u pacientů s provedenou angioplastikou, závisí na výsledku koagulačního vyšetření krve délka jejich upoutání na lůžku v předepsané klidové poloze. Dále sestra uvádí nutnost sledovat punktované třísko, vzhledem k možným nežádoucím komplikacím, předepsanou omezenou polohu v lůžku. Také sleduje dostatečný příjem tekutin a jejich výdej. Jak sama říká, pacient upoutaný na lůžko bez možnosti pohybu je zcela závislý na ošetrovatelské péči, kterou mu poskytne. Sestra upozorňuje na nutnost dodávat pacientovi k lůžku dostatek tekutin a pečovat o jeho vyprazdňování vzhledem k jeho dočasné imobilitě. Dle svých dosavadních zkušeností ví, že několikahodinové upoutání na lůžku v předepsané poloze, bez možnosti pohybu a také vyprazdňování vleže, bez nedostatku soukromí, způsobuje pacientům po vyšetření koronárních tepen největší problémy. Je si vědoma, že svým přístupem je možné tyto problémy zmírnit. V neposlední řadě objedná sestra pacienta na druhý den k echokardiografickému a rentgenovému vyšetření.

Sestra poukazuje na nutnost individuálního přístupu k pacientům při uspokojování jejich potřeb. Sama tento přístup preferuje. Dle jejího mínění jsou pacienti s ošetrovatelskou péčí spokojeni. Spokojenost vidí i v podávání informací a možnosti při jakýchkoliv pochybnostech se na cokoliv zeptat. Zvláště jak říká po výkonu je na dotazy více času. Je prý ochotna vše vysvětlit a zlepšit tak psychickou pohodu pacienta.

Na poslední otázku dotazovaná sestra uvádí, že součástí edukace pacientů před propuštěním do domácího léčení v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění je vysvětlení nutnosti aktivní spolupráce pacienta. Potřeba změny životního stylu, přijmout režimová opatření, jako například dodržování diety, méně solit, jíst netučná jídla, nepít alkohol, zredukovat tělesnou hmotnost, dostatek vhodného pohybu,

vyvarovat se pokud možno stresu a nekouřit. Dále také užívat předepsané léky a pravidelně navštěvovat lékaře.

Rozhovor 3

Dotazovaná sestra ve věku 30 let, pracující na koronární jednotce s celkovou délkou praxe u lůžka 6 let, z toho v oboru intenzivní péče 2 roky. Její dosažené vzdělání je vyšší odborná škola. Sestra nemá žádnou specializaci v oboru intenzivní péče.

Sestra udává, že pacienti indikováni ke koronarografickému vyšetření jsou na koronární jednotce hospitalizováni denně. Ošetrovatelská péče je zde dle jejího názoru časově velmi náročná a to především v rychlé přípravě pacienta, který přichází s bolestmi na hrudi k indikovanému koronarografickému vyšetření. Sama upozorňuje na důležitost spolupráce zdravotnického týmu v rychlé přípravě pacienta k zahájení včasné léčby, na které mnohdy závisí pacientův život.

Dotazovaná sestra uvádí, že před vyšetřením je u pacienta nutno monitorovat a zaznamenávat fyziologické funkce, vše zapisovat do dokumentace, podávat léky dle ordinace lékaře, aplikovat kyslík, zhotovit EKG křivku, připravit místo vpichu, odebrat krev na vyšetření dle předepsaného standardu, zajistit funkční periferní kanylu, informovat pacienta o vyšetření a dát mu k podpisu informované souhlasy vztahující se k tomuto vyšetření a k hospitalizaci. Sestra také upozorňuje na důležitost psychické přípravy nemocného, který se nachází v cizím prostředí, s bolestmi a úzkostí. Jak sama říká, z důvodu časové tísně je třeba co nejefektivněji informovat pacienta o vlastním vyšetření, jeho průběhu o péči po výkonu a tím zmírnit jeho obavy a úzkost. Před odjezdem do katetrizační laboratoře (viz. příloha 5) sestra ještě upozorňuje na vyjmutí zubní protézy, v případě že ji pacient má. Dále sestra udává, že je nutné informovat katetrizační laboratoř o příjmu pacienta, který je indikován k akutnímu vyšetření. S připraveným monitorovaným pacientem, řádně vyplněnou dokumentací, podepsanými souhlasy pomůckami k resuscitaci odváží sestra spolu s lékařem pacienta k výkonu. V katetrizační laboratoři, jak dotazovaná sestra zmiňuje, je k dispozici katetrizačnímu týmu. Pomáhá při asistenci před samotným výkonem i v jeho průběhu.

Po výkonu pak odváží sestra s lékařem pacienta zpět na koronární jednotku. Tam je pacient nadále monitorován, jsou sledovány a zaznamenávány fyziologické funkce, zhotoven EKG záznam. Sestra podává léky dle ordinace lékaře, zajistí u pacienta aplikaci kyslíku kyslíkovou maskou. V předepsaných intervalech odebírá krevní vzorky, výsledky zapisuje a informuje o nich lékaře. Sleduje místo vpichu, zda nekrvácí nebo zda se netvoří hematom. Z téhož důvodu sleduje předepsanou polohu pacienta, to je poloha na zádech s fixovanou končetinou, která byla punktována. Sestra vysvětluje, že fixace je z toho důvodu, aby nedošlo ke krčení končetiny a tím k nežádoucím komplikacím. Dále sestra udává nutnost péče o příjem a výdej tekutin. V rámci ošetrovatelské péče podává pacientovi dostatečné množství tekutin, neboť jak říká, pacient upoutaný na lůžku je zcela závislý na její péči. Sestra také pečuje o vyprazdňování pacienta, snaží se zajistit co největší soukromí a zmírnit tak jeho stud. Dle dotazované sestry je právě vyprazdňování v lůžku bez možnosti pohybu pro pacienta největším problémem. Dále také nemožnost dostatečné hygieny a obtížného přijímání potravy vleže. Při zmírňování těchto potíží sestra vychází ze své praxe a snaží se svým vstřícným přístupem pacientovi problémy a potřeby řešit. Sama říká, že její přístup k pacientům je individuální a že ošetrovatelskou péči vykonává dle předepsaného standardu. Sestra ještě neopomene pacienta objednat na druhý den k echokardiografickému a rentgenovému vyšetření.

Na otázku edukace dotazovaná sestra odpovídá, že má pocit podávání velkého množství informací pacientovi najednou a to během krátkého časového intervalu. A jak se dle svých zkušeností domnívá, zvláště pacienti vyššího věku jsou informacemi tak zahlceni, že je nestačí kvalitně vnímat, mnohdy jsou pro ně i méně srozumitelné. Proto podle ní je velmi důležité si udělat na pacienta čas po výkonu a případné nejasnosti vysvětlit a objasnit. Dále také dát pacientovi prostor pro dotazy. A to dotazy týkající se jak ošetrovatelské péče, tak i dotazy související s edukací ICHS. Zde je dle sestry důležitá především edukace zaměřená na změnu životního stylu a na dodržování preventivních opatření. Dále dodržování předepsané léčby, užívání léků a nutnost pravidelných preventivních návštěv u lékaře. Dotazovaná sestra klade důraz na potřebu spolupráce ze strany pacienta k upevnění a zlepšení jeho zdraví.

Rozhovor 4

Dotazovaná sestra ve věku 50 let pracující na kardiologickém lůžkovém oddělení s celkovou délkou praxe u lůžka 26 let, z toho 12 let v oboru kardiologie. Sestra nemá žádnou specializaci.

Na otázku, jak často jsou na jejich oddělení hospitalizováni pacienti po koronarografii, odpovídá, že denně. Každý den přichází 10 až 15 pacientů, kteří jsou objednáni k vyšetření koronárních tepen. Pacienti jsou přijímáni přes kardiologickou ambulanci, kde, jak sestra uvádí, je u nich odebrána anamnéza, zhotovena EKG křivka, zavedena periferní kanyla, provedeny odběry krve na vyšetření, změřen krevní tlak a jsou odesláni k echokardiografickému vyšetření. Po té pacienti přichází spolu s dokumentací na lůžkové oddělení, kde jsou seznámeni s chodem oddělení a uloženi na pokoj. Oblečení pacienta je uloženo do centrální skříně, v případě, že má pacient cennosti má možnost je uložit do trezoru. Dále je nutné dokončit pacientovu přípravu před vyšetřením. Tu již zajišťuje sestra na lůžkovém oddělení. Sestra upozorňuje na to, že v případě příchodu většího počtu pacientů na ambulanci najednou zajišťují komplexní přípravu sestry na oddělení. Před odjezdem pacienta k vyšetření musí sestra připravit místo vpichu, vyjmout pacientovi zubní protézu, v případě že ji má, zkontrolovat průchodnost periferní kanyly a ověřit si zda pacient nejedl a nepil, dále také zda užil či neužil ranní léky. V případě nejasností je dle sestry nutná konzultace s lékařem. Dotazovaná sestra dále upozorňuje na důležitost informovaných souhlasů, které je třeba dát pacientovi k podpisu. Jedná se o souhlas s vyšetřením, s hospitalizací a souhlas s podáváním informací. Při podepisování má sestra jak sama udává čas s pacientem promluvit, informovat ho o vyšetření, zodpovědět jeho dotazy a zmírnit tak jeho případné obavy. Takto připravení pacienti leží na pokoji a čekají na odvoz do katetrizační laboratoře. Tam je i s dokumentací odváží sanitář. Po výkonu jsou pacienti sanitářem přivezeni zpět na lůžkové oddělení, pouze jak sestra udává, v případě komplikací jsou překládáni na koronární jednotku.

Na otázku týkající se ošetrovatelské péče po koronarografii sestra odpovídá, že po příjezdu je pacientovi zhotoven EKG záznam, změřen krevní tlak a puls. Tyto fyziologické funkce jsou sestrou sledovány po 2 hodinách. Sestra podává pacientovi

léky, odebírá krevní vzorky dle ordinace lékaře. Dále je pacientovi nařízen klid na lůžku, sledováno je také místo punkce, kde je přiložen tlakový obvaz. Je u něho sledován příjem a výdej tekutin. O dostatek tekutin, jak dotazovaná sestra říká, se starají sestry. Co se týče vyprazdňování, je pacient odkázán zcela na péči sestry. Sestra se dále zmiňuje o nutnosti signalizačního zařízení, které je pacientovi poskytnuto vzhledem k jeho upoutání na lůžku. Sestra také upozorňuje na podání teplého jídla pacientovi, který je již po vyšetření koronárních tepen.

Na dotaz týkající se ošetrovatelské péče odpovídá, že ji vykonává dle daného standardu, snaží se uspokojovat potřeby pacientů individuálně. Dle mínění dotazované sestry jsou pacienti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí po koronarografii spokojeni. Shledává spokojenost i v informovanosti pacientů ze strany sester a rovněž v edukaci týkající se prevence kardiovaskulárního onemocnění.

Rozhovor 5

Dotazovaná sestra ve věku 24 let, pracující na kardiologickém lůžkovém oddělení s celkovou délkou praxe 4 roky na stejném oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola, nemá žádnou specializaci.

Na dotaz, jak často jsou pacienti po koronarografii hospitalizováni na oddělení, uvádí, že denně. Dle sestry se jedná v průměru o 10 až 15 pacientů, kteří přichází na plánovaný výkon. Od svého obvodního lékaře, jak sestra uvádí, jsou pacienti poučeni o nutnosti lačnit před vyšetřením a o vysazení některých farmak. Na lůžkové oddělení jsou přijímáni přes kardiologickou ambulanci, která, jak sestra sděluje, zajišťuje částečně přípravu pacienta před vyšetřením. Na oddělení jsou pak dle sestry pacienti ukládáni na pokoj (viz. příloha 5), sestra je seznámí s oddělením a s jeho chodem. Dále dokončí pacientovu přípravu před koronarografickým vyšetřením. Pacientovi jsou podány potřebné informace, dány k podpisu všechny potřebné informované souhlasy a to vše dle standardu. U pacienta je ještě vyjmuta zubní protéza. Takto připravený pacient s výsledky echokardiografického a koagulačního vyšetření, s podepsanými souhlasy, funkční periferní kanylou a připraveným místem vpichu čeká na pokoji na samotnou koronarografii. Do katetrizační laboratoře je i s řádně vyplněnou dokumentací

odvezen sanitářem. Jestliže výkon proběhl bez komplikací, je pacient přivezen zpět na lůžkové oddělení a příslušný pokoj.

Péče po výkonu dle dotazované sestry probíhá opět podle příslušného standardu. U pacienta je zhotoven EKG záznam, měřen a dokumentován krevní tlak, puls a to po dvou hodinách, podány léky dle ordinace lékaře, v případě indikace odebírány krevní vzorky, sledován příjem a výdej tekutin, kontrolována tlaková bandáž a předepsaná poloha, vleže na zádech. Sestra podotýká, že je třeba dát pacientovi k ruce signalizační zařízení pro případ jakýchkoliv obtíží. Dále sestra vysvětluje, že vzhledem k tomu, že pacienti musí být před výkonem lační, je jim jídlo uschováno a dostanou ho až po výkonu. Sestra upozorňuje na zvláštní péči u pacientů s onemocněním diabetes mellitus, kteří si aplikují inzulín. I zde, jak říká dotazovaná sestra, postupuje dle stanoveného standardu.

Na dotaz týkající se spokojenosti pacientů sestra odpovídá, že pacienti hodnotí ošetrovatelskou péči převážně kladně, jejich problémy po výkonu jsou minimální neboť délka upoutání na lůžku bývá podstatně kratší - přibližně tři hodiny. K uspokojování potřeb pacienta dotazovaná sestra přistupuje individuálně.

Na otázku týkající se informovanosti a edukace odpovídá sestra kladně, vzhledem k tomu, že výkon není akutní a je na podání informací a případné dotazy více času. Edukaci ohledně prevence srdečně-cévního onemocnění hodnotí dotazovaná sestra též kladně, dle jejího názoru jsou pacienti před propuštěním do domácího léčení řádně o všem informováni.

4.2 Tabulky výsledků rozhovorů sester kardiologického oddělení

Tabulka 1 Věk respondenta

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
VĚK	SUMA					
21-30 let	2			1		1
31-40 let	2	1	1			
41-50 let	1				1	
CELKEM	5					

Celkem bylo dotazováno 5 sester, z toho po dvou sestrách bylo ve věkových kategoriích 21-30 a 31-40 let. V kategorii 41-50 let byla dotázána 1 sestra.

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
VZDĚLÁNÍ	SUMA					
SZŠ	1				1	
VOŠ	2			1		1
ARIP	1	1				
VŠ	1		1			
CELKEM	5					

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester má 1 sestra vysokoškolské vzdělání, 1 sestra má specializační vzdělání ARIP, 2 sestry mají vyšší odborné vzdělání a 1 sestra má středoškolské vzdělání bez dalších specializací.

Tabulka 3 Délka odborné praxe ve zdravotnictví

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
PRAXE	SUMA					
0-5 let	1					1
6-10 let	1			1		
11-20 let	2	1	1			
21-30 let	1				1	
CELKEM	5					

Celkem bylo dotazováno 5 sester, z toho po jedné sestře mají délku odborné praxe ve zdravotnictví do 5 let, respektive 6-10 let a 21-30 let. Dvě sestry mají praxi v rozmezí 11-20 let.

Tabulka 4 Délka odborné praxe na kardiologickém oddělení

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
PRAXE	SUMA					
0-5 let	2			1		1
6-10 let	2	1	1			
11-20 let	1				1	
CELKEM	5					

Z 5 dotazovaných sester, mají 2 sestry délku odborné praxe na kardiologickém oddělení v rozmezí 6-10 let, další 2 mají praxi kratší než 5 let. Jedna sestra má praxi na kardiologickém oddělení v rozmezí 11-20 let.

Tabulka 5 Četnost hospitalizace pacientů po koronarografii na kardiologickém oddělení

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
ČETNOST	SUMA					
Denně	5	1	1	1	1	1
CELKEM	5					

Všechny dotazované sestry (5) uvedly, že na kardiologickém oddělení je denně hospitalizován po provedené koronarografii více než jeden pacient.

Tabulka 6 Ošetrovatelská péče před vyšetřením koronárních tepen

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
PÉČE	SUMA					
FYZIOL. FUNKCE	5	1	1	1	1	1
OXYGENOTERAPIE	3	1	1	1		
EKG	5	1	1	1	1	1
PERIF. KANYLA	5	1	1	1	1	1
ODBĚRY KRVE	5	1	1	1	1	1
ECHO	2				1	1
INFORM. SOUHLASY	5	1	1	1	1	1
PSYCH. PŘÍPRAVA	5	1	1	1	1	1
PŘÍPRAVA MÍSTA VPICHU	5	1	1	1	1	1
VYJMUTÍ ZBUBNÍ PROTÉZY	5	1	1	1	1	1
CELKEM	45					

Dotazované sestry uvedly, že před vyšetřením koronárních tepen provádějí ošetrovatelskou péči zaznamenanou v tabulce ve všech případech vyjma ultrazvukové kontroly srdce - ECHO, která se neprovádí při akutních stavech. A oxygenoterapie, která není prováděna na standardním lůžkovém oddělení.

Tabulka 7 Zaznamenávané údaje před vyšetřením koronárních tepen sestrou

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
ÚDAJE	SUMA					
FYZIOL. FUNKCE	5	1	1	1	1	1
VÝLEDKY KREVNÍCH VZORKŮ	5	1	1	1	1	1
INFORM. SOUHLASY	5	1	1	1	1	1
VÝŠKA, VÁHA	5	1	1	1	1	1
EKG ZÁZNAM	5	1	1	1	1	1
CELKEM	25					

Všechny dotazované sestry provádějí záznam údajů zaznamenaných v tabulce ve všech případech.

Tabulka 8 Edukace pacienta před vyšetřením koronárních tepen

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
EDUKACE	SUMA					
PRŮBĚH VYŠETŘENÍ	5	1	1	1	1	1
BOLESTIVOST VYŠETŘENÍ	5	1	1	1	1	1
KLIDOVÁ POLOHA	5	1	1	1	1	1
PITNÝ REŽIM	5	1	1	1	1	1
DĚLKA HOSPITALIZACE	5	1	1	1	1	1
CELKEM	25					

Všechny dotazované sestry provádějí edukaci pacientů tak, jak je uvedena v tabulce ve všech možných případech.

Tabulka 9 Druhy souhlasů během hospitalizace předkládané sestrou pacientovi

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
SOUHLASY	SUMA					
S HOSPITALIZACÍ	5	1	1	1	1	1
S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ	5	1	1	1	1	1
S VYŠETŘENÍM SELEKTIVNÍ KORONAROGRAFIE	5	1	1	1	1	1
S VYŠETŘENÍM - PCI	5	1	1	1	1	1
CELKEM	20					

Všechny dotazované sestry provádějí záznam údajů zaznamenaných v tabulce ve všech případech.

Tabulka 10 Nejčastější dotazy pacientů dle sester v souvislosti s koronarografií

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
DOTAZY	SUMA					
KDE SE VYŠETŘENÍ PROVÁDÍ	5	1	1	1	1	1
PRŮBĚH VYŠETŘENÍ	5	1	1	1	1	1
DÉLKA KLIDOVÉHO REŽIMU	5	1	1	1	1	1
NÁSLEDNÁ LÉČBA	5	1	1	1	1	1
DÉLKA HOSPITALIZACE	5	1	1	1	1	1
CELKEM	25					

Všech pět dotazovaných sester se shodlo na znění nejčastějších dotazů ze strany pacientů v souvislosti s koronarografií.

Tabulka 11 Délka času na rozhovor s pacientem

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
ČAS	SUMA					
5-10 min	2	1		1		
11-15 min	1		1			
16-20 min	1				1	
21-30 min	1					1
CELKEM	5					

Ohledně dotazu na délku času, kterou může sestra věnovat rozhovoru s pacientem, odpověděly z 5 dotazovaných sester dvě, že mohou věnovat pacientovi 5-10 min a po jedné sestře odpověděly 11-15 min, 16-20 min a 21-30 min. Z odpovědí vyplynulo, že relativně více času mohou věnovat sestry pacientům na lůžkovém oddělení, naopak na jednotce intenzivní péče méně času.

Tabulka 12 Ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům po koronarografii sestrami

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
PÉČE	SUMA					
FYZIOL. FUNKCE	5	1	1	1	1	1
MONITORING	3	1	1	1		
OXYGENOTERAPIE	3	1	1	1		
EKG ZÁZNAM	5	1	1	1	1	1
ORDINACE DLE LÉKAŘE	5	1	1	1	1	1
TIŠENÍ BOLESTI	3	1	1	1		
PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ	5	1	1	1	1	1
KLIDOVÁ POLOHA	5	1	1	1	1	1
PŘÍJEM A VÝDEJ TEKUTIN	5	1	1	1	1	1
KONTROLA MÍSTA VPICHU	5	1	1	1	1	1
EDUKACE	5	1	1	1	1	1
CELKEM	49					

Z odpovědí dotazovaných sester (5) byla sestavena tabulka 12. Rozdíly v poskytované ošetrovatelské péči jsou pouze u monitoringu a oxygenoterapii, kde trvalý monitoring a oxygenoterapie jsou zajištěny na jednotce intenzivní péče. Dále v tišení bolesti, kterou uvedly pouze sestry pracující na jednotce intenzivní péče vzhledem k akutnímu stavu pacientů.

Tabulka 13 Zaznamenávané údaje sestrami u pacientů po koronarografii

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
ÚDAJE	SUMA					
FYZIOL. FUNKCE	5	1	1	1	1	1
EKG ZÁZNAM	5	1	1	1	1	1
ORDINACE DLE LÉKAŘE	5	1	1	1	1	1
VÝSLEDKY KREVNÍCH VZORKŮ	5	1	1	1	1	1
KLIDOVÁ POLOHA	5	1	1	1	1	1
PŘÍJEM A VÝDEJ TEKUTIN	5	1	1	1	1	1
KONTROLA MÍSTA VPICHU	5	1	1	1	1	1
CELKEM	35					

Všech pět dotazovaných sester uvedlo v odpovědích stejné údaje zaznamenávané u pacientů po koronarografii.

Tabulka 14 Edukace pacientů po koronarografii sestrami

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
EDUKACE	SUMA					
KONTROLA MÍSTA VPICHU	5	1	1	1	1	1
KLIDOVÁ POLOHA	5	1	1	1	1	1
PŘÍJEM TEKUTIN	5	1	1	1	1	1
SIGNALIZAČNÍ ZAŘÍZENÍ	5	1	1	1	1	1
CELKEM	20					

V tabulce 14 jsou vypsány jednotlivé součásti edukace pacientů po provedené koronarografii, všech pět dotázaných sester odpovědělo shodně.

Tabulka 15 Postupy při poskytování péče dle ošetřovatelského standardu

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
POSTUPY	SUMA					
VŠECHNY DLE OŠETŘOVATELSKÉHO STANDARDU	5	1	1	1	1	1
CELKEM	5					

Všech pět dotazovaných sester se jednoznačně shodlo na postupech při poskytování ošetřovatelské péče daných příslušným ošetřovatelským standardem, ošetřovatelský standard sestry znají a jednoznačně ho dodržují.

Tabulka 16 Dodržování ošetřovatelského standardu selektivní koronarografie sestrami

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
STANDARD	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
CELKEM	5					

Všech pět dotazovaných sester odpovědělo, že dodržují ošetřovatelský standard týkající se vyšetření koronárních tepen.

Tabulka 17 *Názor sester na spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na kardiologickém oddělení*

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
SPOKOJENOST	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

Ze všech pěti dotazovaných sester si všechny myslí, že pacienti jsou spokojení s poskytnutou ošetrovatelskou péčí.

Tabulka 18 *Názor sester na poskytování informací určených pacientům hospitalizovaných na kardiologickém oddělení*

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
INFORMACE	SUMA					
DOSTATEK	5	1	1	1	1	1
SROZUMITELNOST	2				1	1
PROSTOR PRO DOTAZY	5	1	1	1	1	1
CELKEM	12					

Všech pět dotazovaných sester se shodlo na dostatku poskytovaných informací samotným pacientům. Pouze dvě však uvedly, že jsou pacientům srozumitelné. Z odpovědí sester lze vyvodit jako důsledek srozumitelnosti poskytnutých informací rozdíl na jednotce intenzivní péče, kde se většinou jedná o pacienty akutní, a na lůžkovém oddělení, kde zároveň sestry uvedly možnost věnovat rozhovoru s pacientem větší čas.

Tabulka 19 *Názor sester na přístup k pacientovi při uspokojování potřeb na kardiologickém oddělení*

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
NÁZOR	SUMA					
KLADNÝ	5	1	1	1	1	1
ZÁPORNÝ	0					
CELKEM	5					

Všechny dotazované sestry mají kladný názor na vlastní chování, vystupování a ochotu při uspokojování potřeb pacientů hospitalizovaných na kardiologickém oddělení.

Tabulka 20 *Způsob řešení individuálních potřeb pacienta sestrou*

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
ZPŮSOB	SUMA					
INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP	5	1	1	1	1	1
CELKEM	5					

Všech pět dotazovaných sester se jednoznačně shodlo na individuálním přístupu při řešení potřeb pacienta.

Tabulka 21 *Názory sester na nejčastější problémy v ošetrovatelské péči u pacientů po koronarografii*

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
PROBLÉMY	SUMA					
DÉLKA PŘEDEPSANÉ KLIDOVÉ POLOHY	3	1	1	1		
BOLESTI ZAD	2		1	1		
VYPRAZDŇOVÁNÍ V LEŽE	5	1	1	1	1	1
STUD PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ	5	1	1	1	1	1
HYGIENA NA LŮŽKU	1			1		
STRAVOVÁNÍ V LEŽE	3			1	1	1
CELKEM	19					

Z pěti dotazovaných sester, tři uvedly jako nejčastější problémy v ošetrovatelské péči u pacientů po koronarografii délku předepsané klidové polohy pacienta, dvě v souvislosti s tím uvedly také bolestivost zad. Všech pět sester se shodlo na problémech s vyprazdňováním vleže a s tím i souvisejícím studem pacienta. Jedna sestra uvedla jako další nejčastější problém hygienu na lůžku a tři sestry uvedly problémy se stravováním vleže.

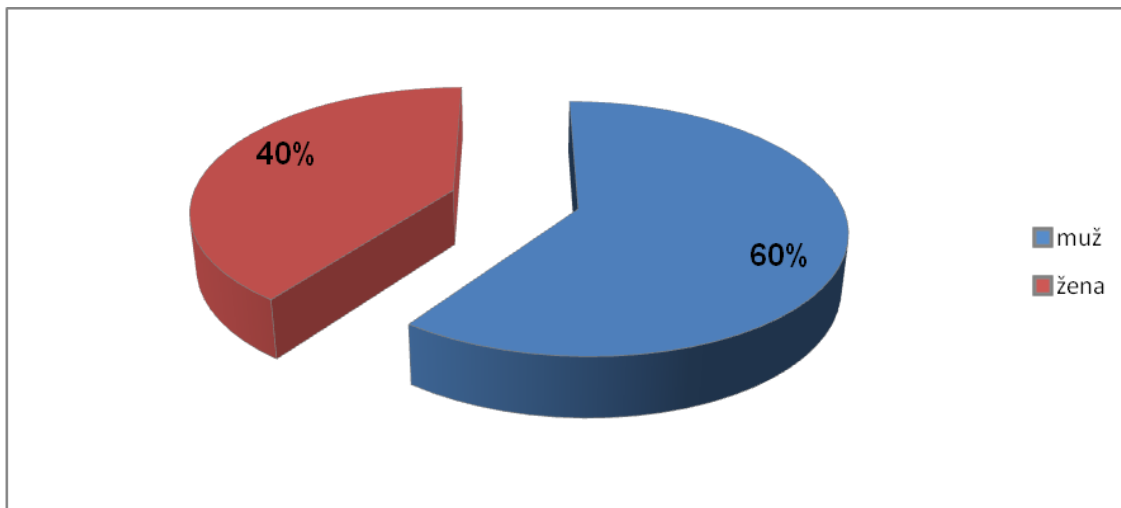
Tabulka 22 Edukace pacientů před propuštěním do domácího léčení v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
EDUKACE	SUMA					
NEKOUŘIT	5	1	1	1	1	1
NEPÍT ALKOHOL	5	1	1	1	1	1
DIETA	5	1	1	1	1	1
POHYB	5	1	1	1	1	1
PREVENCE STRESU	5	1	1	1	1	1
REDUKCE HMOTNOSTI	5	1	1	1	1	1
FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	5	1	1	1	1	1
KONTROLY U LÉKAŘE	5	1	1	1	1	1
CELKEM	40					

Všech pět dotazovaných sester se shodlo na jednotlivých součástech edukace pacienta před propuštěním do domácího léčení.

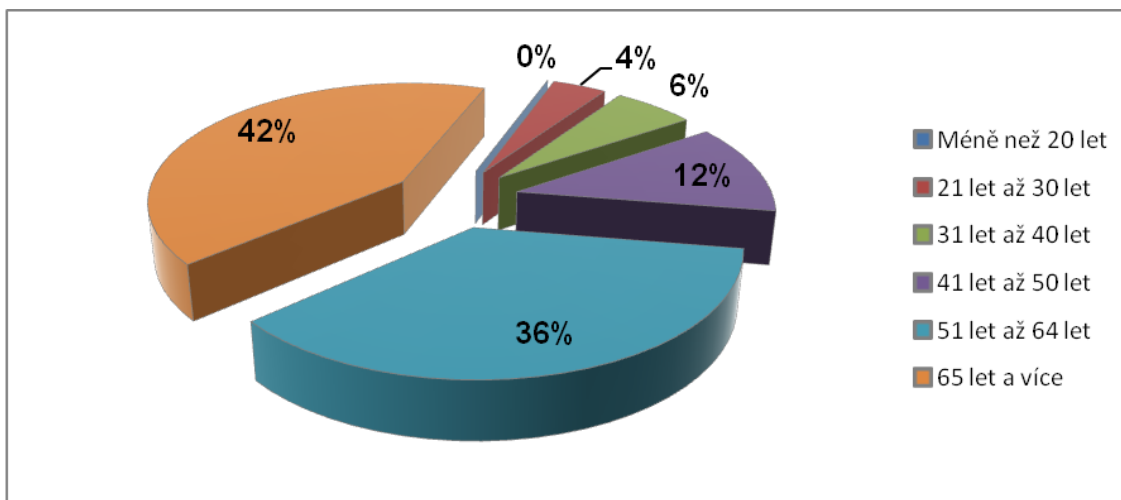
4.3 Vyhodnocení dotazníku pacientů kardiologického oddělení

Graf 1 Pohlaví respondenta



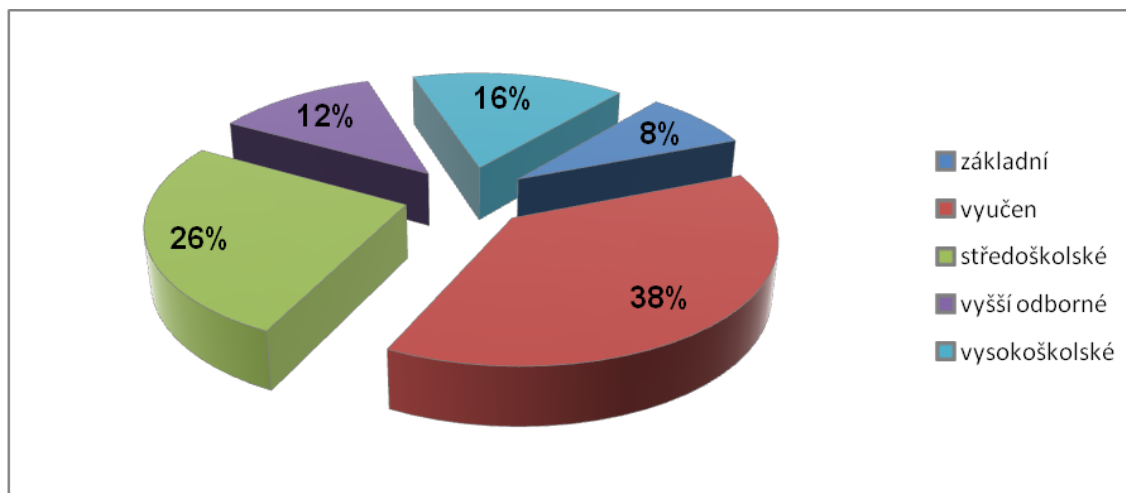
Z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) je 67 respondentů (60%) mužského pohlaví a 45 respondentů (40%) je pohlaví ženského.

Graf 2 Věk respondenta



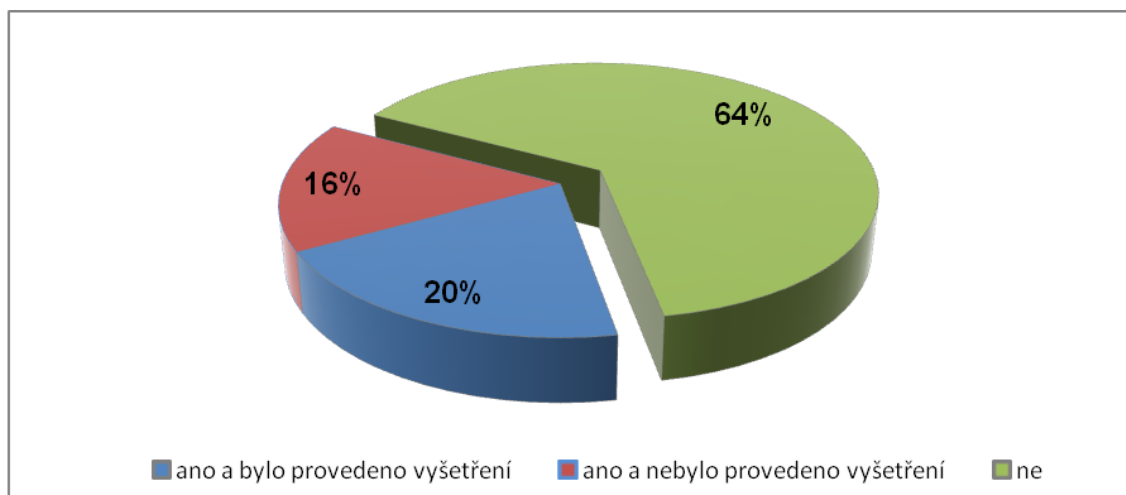
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) jsou 4 pacienti (4%) ve věku 21 - 30 let, 7 pacientů (6%) je ve věku 31 - 40 let, dále 13 pacientů (12%) je ve věku 41 – 50 let, 40 pacientů (36%) je ve věku 51 - 64 let a 47 pacientů (42%) odpovědělo, že jsou ve věku 65 a více let. Žádný z dotazovaných pacientů nebyl ve věku do 20 let.

Graf 3 Vzdělání respondenta



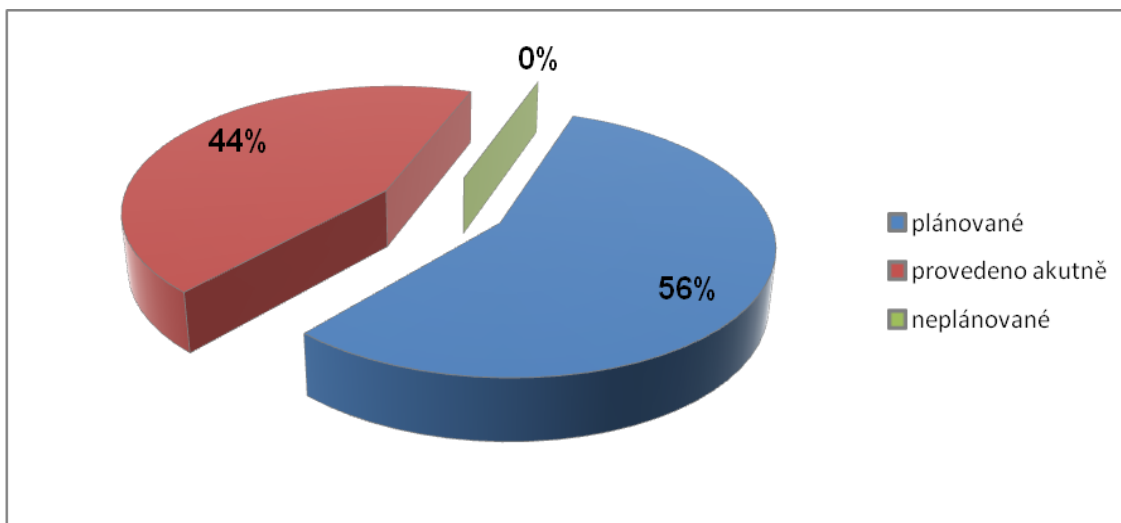
Z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) je 9 pacientů (8%) se základním vzděláním, 43 pacientů (38%) vyučen, dále 29 pacientů (26%) má středoškolské vzdělání, 13 pacientů (12%) vyšší odborné vzdělání a 18 pacientů (16%) odpovědělo, že jsou vysokoškolsky vzdělání.

Graf 4 Dřívější hospitalizace respondenta na kardiologickém oddělení



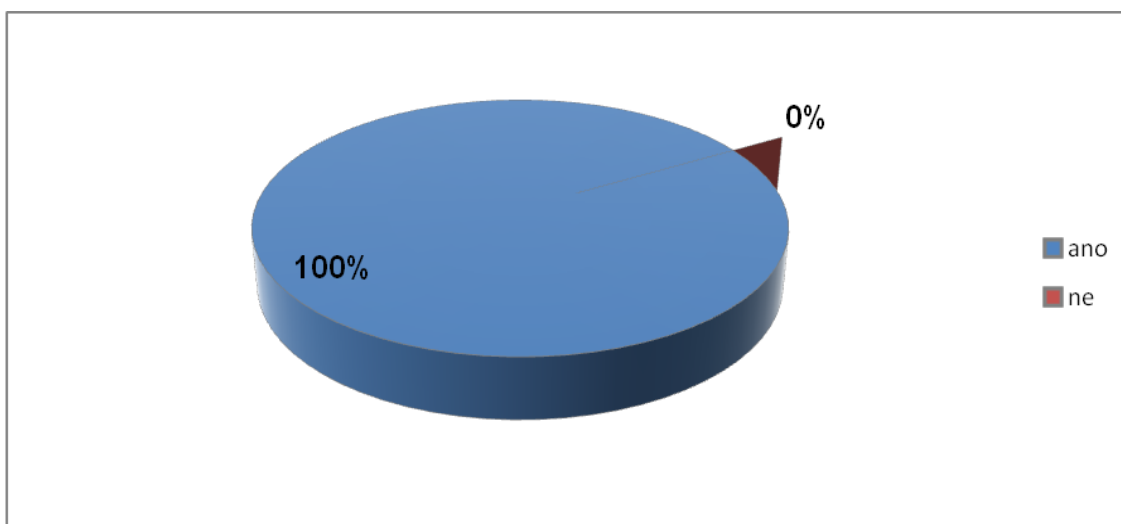
Z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) v minulosti již bylo hospitalizováno na kardiologickém oddělení 40 pacientů (36%), z tohoto počtu u 22 pacientů (20%) bylo provedeno vyšetření koronárních tepen, u 18 pacientů (16%) toto vyšetření prozatím nebylo provedeno. Zbytek, to je 72 pacientů (64%) naproti tomu ještě na kardiologickém oddělení hospitalizováno nebylo.

Graf 5 *Současné vyšetření koronárních tepen u respondenta*



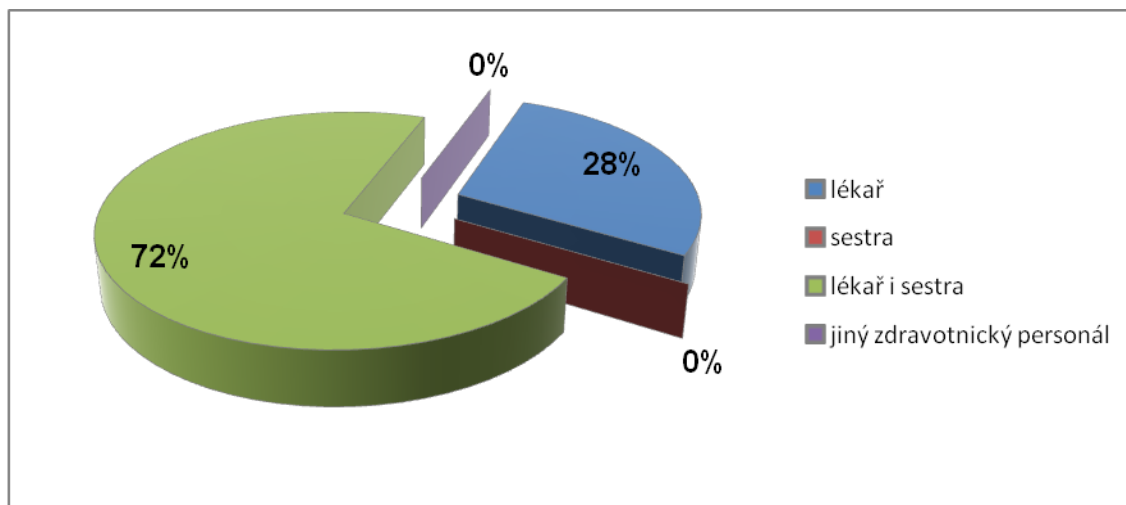
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) bylo u 63 pacientů (56%) vyšetření koronárních tepen plánované, u 49 pacientů (44%) bylo toto vyšetření provedeno akutně vzhledem k náhlým obtížím. Žádný z pacientů (0%) neudal, že by se jednalo o vyšetření neplánované.

Graf 6 *Vysvětlení pojmu koronarografické vyšetření respondentovi*



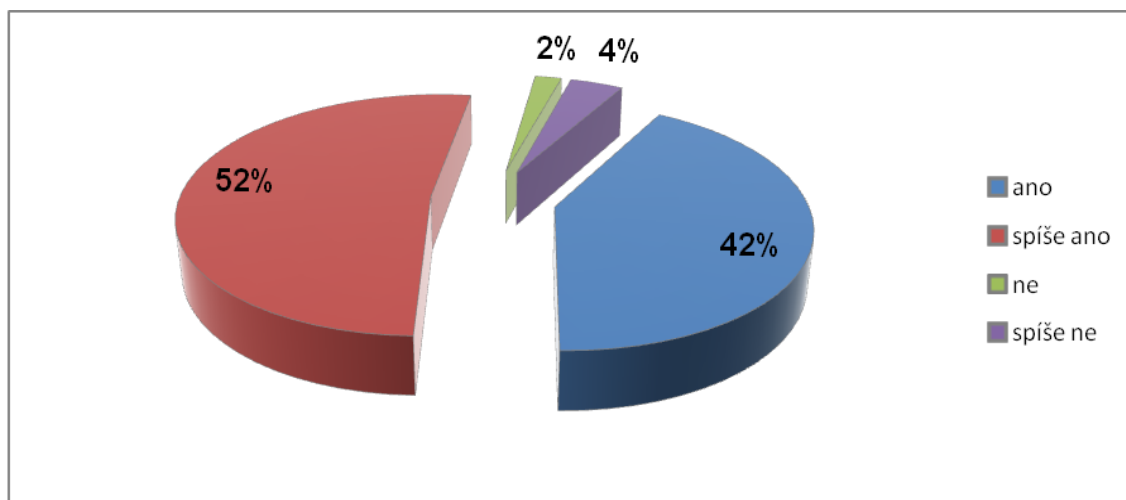
Všech 112 respondentů (100%) uvedlo, že jim byl vysvětlen pojem koronarografické vyšetření.

Graf 7 Osoba, která poskytla informace o vyšetření respondentovi



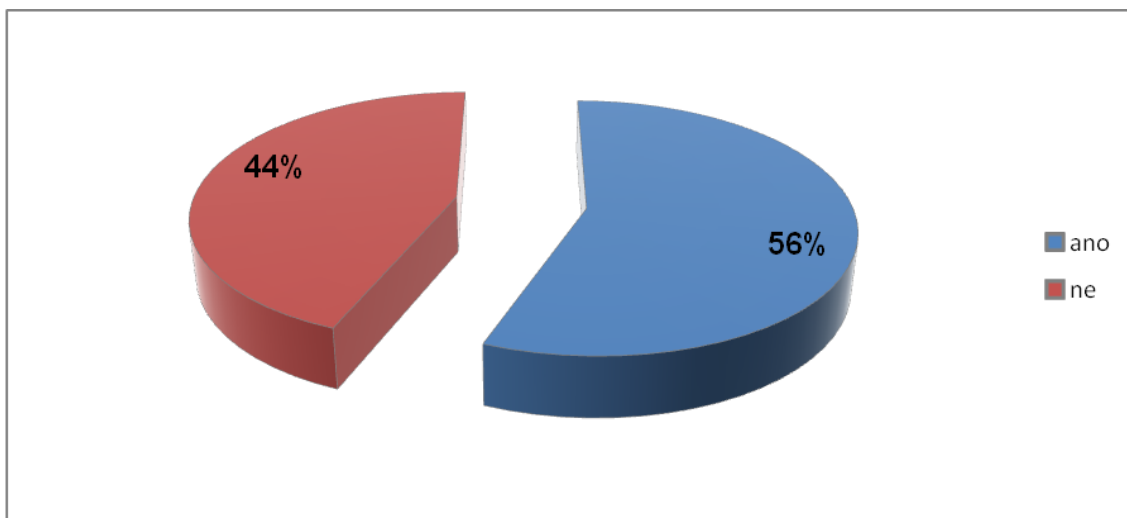
Z celkového počtu 112 pacientů (100%) uvedlo 31 pacientů (28%), že jim informace o vyšetření podal lékař, u 81 pacientů (72%) byla podána informace lékařem i sestrou. Žádný z pacientů neudal, že by mu byla informace o vyšetření podána pouze sestrou nebo jiným zdravotnickým personálem.

Graf 8 Dostatečné množství informací před vyšetřením respondenta



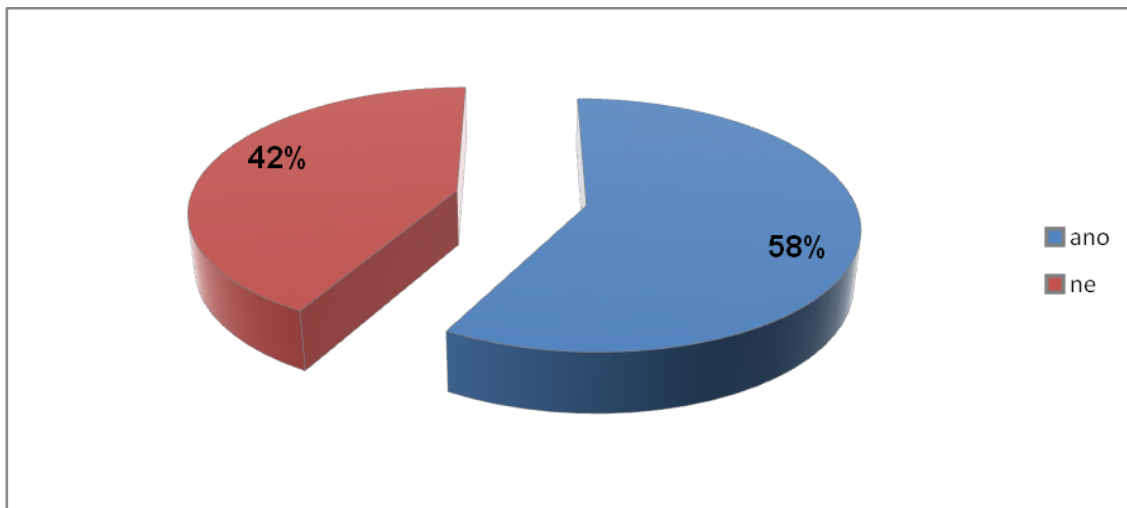
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) si 47 pacientů (42%) myslí, že dostali dostatečné množství informací k vyšetření koronárních tepen, 58 pacientů (52%) udalo *spíše ano* ohledně dostatečného množství poskytnutých informací, 4 pacienti (4%) *spíše* nedostali dostatečné množství informací a 2 pacienti (2%) odpověděli, že nedostali dostatek informací k vyšetření koronárních tepen.

Graf 9 Poučení ošetřujícím lékařem o možných komplikacích během vyšetření respondenta



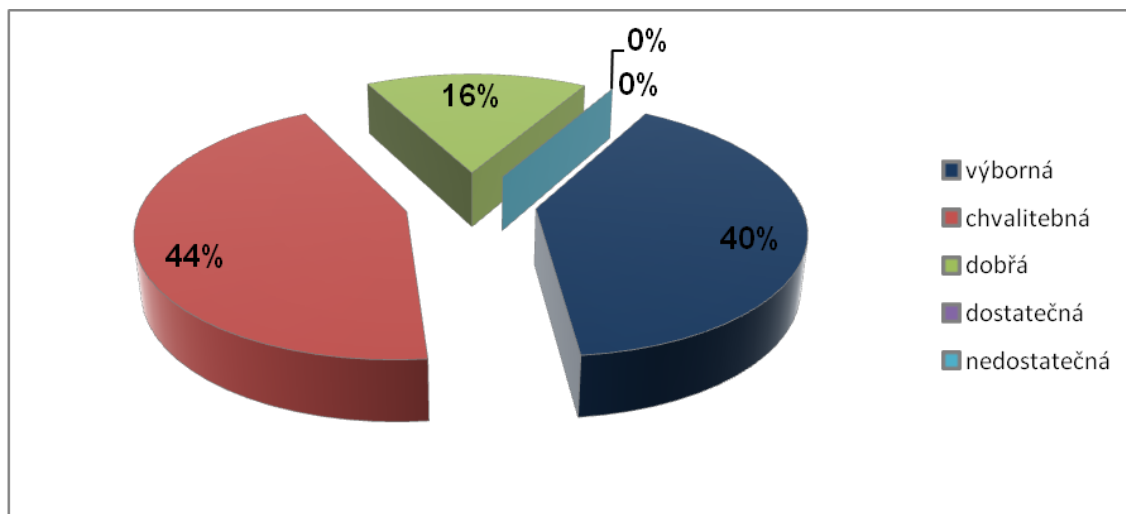
Ze 112 respondentů (100%) uvedlo 63 pacientů (56%), že jim byla poskytnuta ošetřujícím lékařem informace o možných komplikacích během samotného vyšetření, naopak 49 pacientů (44%) tyto informace od ošetřujícího lékaře nedostalo.

Graf 10 Poskytnutí prostoru pro dotazy respondenta k vyšetření



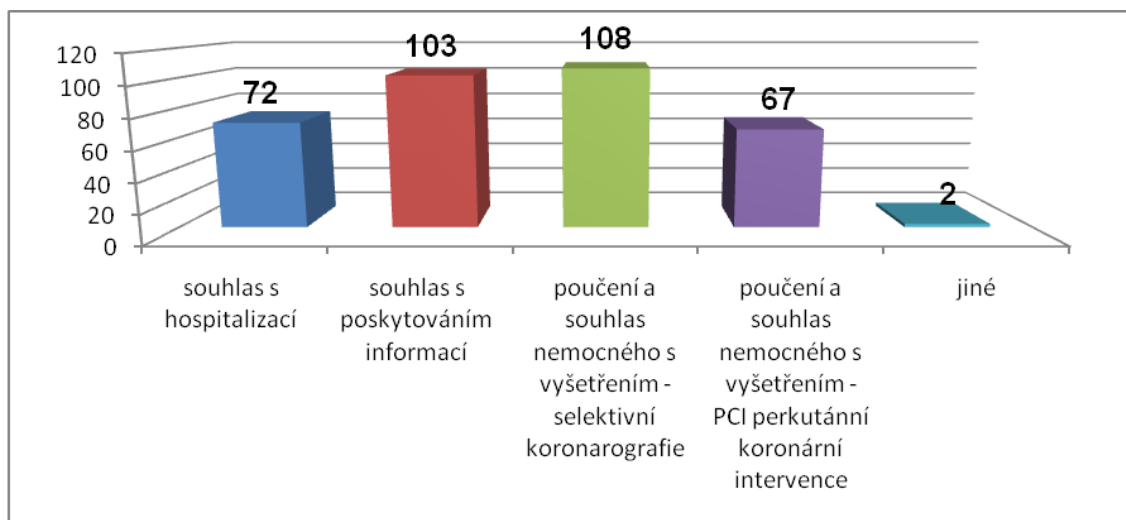
Ze všech 112 pacientů (100%) uvedlo 65 pacientů (58%), že jim byl poskytnut prostor pro dotazy, 47 pacientům (42%) prostor pro dotazy týkající se vyšetření koronárních tepen poskytnut nebyl.

Graf 11 Srozumitelnost poskytnutých informací k vyšetření pro respondenta



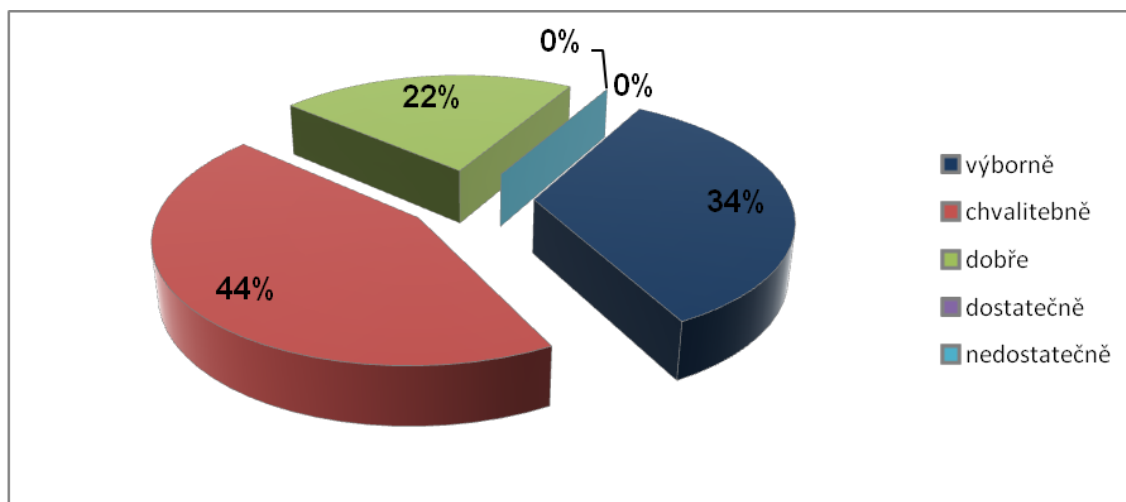
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) při použití známkovací stupnice 1 až 5 (1-nejlepší, 5-nejhorší) 45 pacientů (40%) udává výbornou srozumitelnost poskytnutých informací (známka 1), 49 pacientů (44%) udává známku 2, tedy chvalitebnou srozumitelnost. U 18 pacientů (16%) byla srozumitelnost podaných informací dobrá (tedy známka 3), žádný z oslovených pacientů neuvedl horší známku než 3, tedy dobrou srozumitelnost podaných informací.

Graf 12 Výčet informovaných souhlasů, s nimiž byl pacient seznámen při hospitalizaci na kardiologickém oddělení



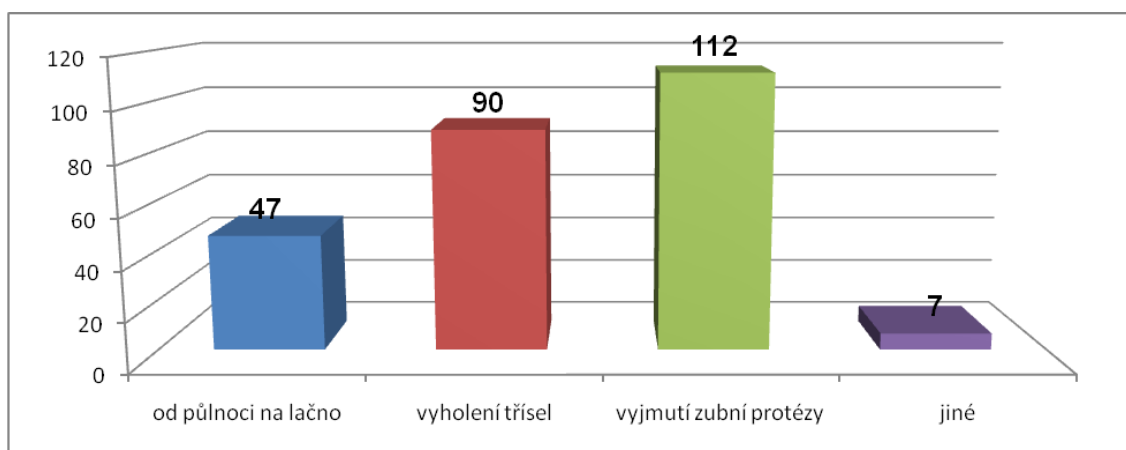
Ze všech 112 pacientů bylo 72 pacientů seznámeno se „Souhlasem s hospitalizací“, 103 pacientů bylo seznámeno se „Souhlasem s poskytováním informací“, 108 pacientů uvedlo, že byly seznámeni s „Poučením a souhlasem nemocného s vyšetřením – selektivní koronarografie“ a 67 pacientů bylo seznámeno s „Poučením a souhlasem nemocného s vyšetřením – PCI perkutánní koronární intervence“. U 2 pacientů bylo uvedeno jiné.

Graf 13 Úroveň informovaných souhlasů, s nimiž byl pacient seznámen při hospitalizaci na kardiologickém oddělení



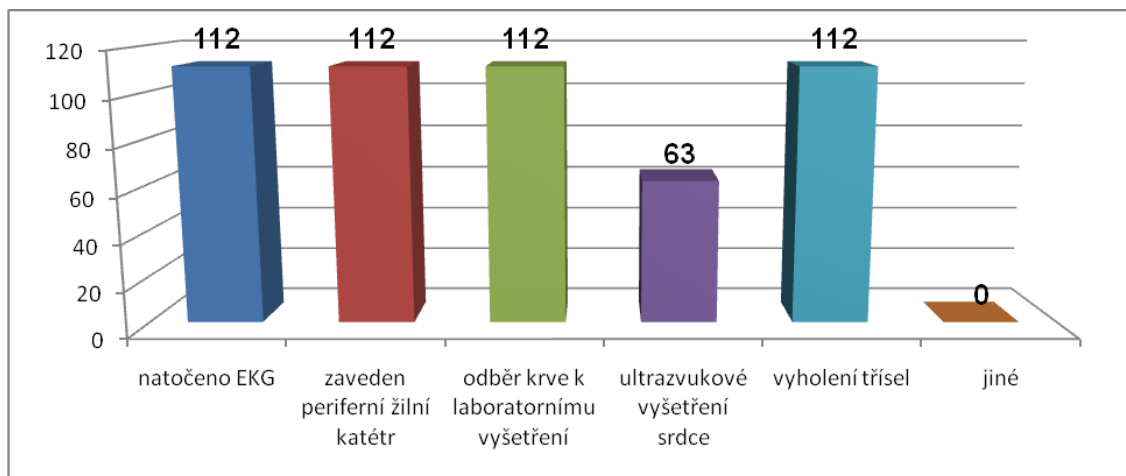
Ze všech 112 pacientů (100%) hodnotilo úroveň předkládaných informovaných souhlasů při použití známkovací stupnice 1 až 5 (1-nejlepší, 5-nejhorší) 38 pacientů (34%) jako výbornou (známka 1), 49 pacientů (44%) jako chvalitebnou (známka 2) a zbylých 25 pacientů (22%) jako dobrou (známka 3). Žádný z pacientů v odpovědi neuvedl známku horší než dobrou.

Graf 14 Informace pro pacienta o výkonech před vyšetřením koronárních tepen



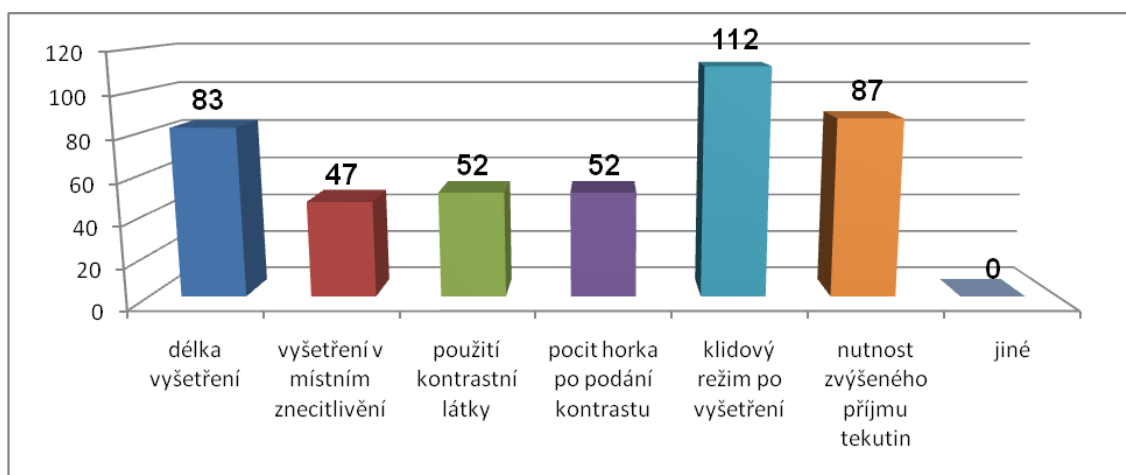
Ze všech 112 pacientů byla 47 pacientům podána informace o nutnosti být od půlnoci na lačno, 90 pacientů bylo seznámeno s tím, že jim budou před výkonem vyholena třísla, 112 pacientů dostalo informaci o nutnosti vyjmutí zubní protézy před vyšetřením a 7 pacientů uvedlo jiné informace.

Graf 15 Provedené výkony u pacientů před vyšetřením koronárních tepen



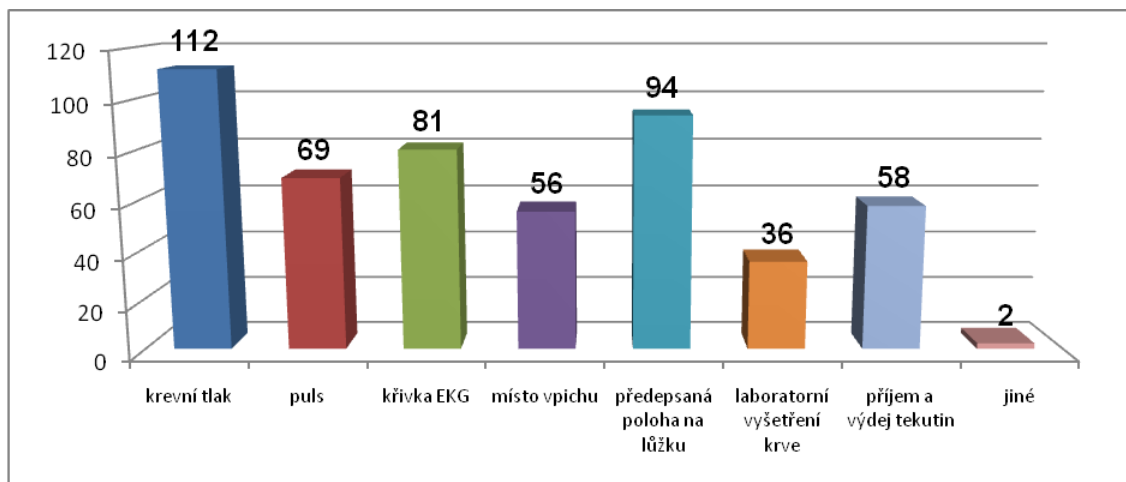
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů bylo u všech 112 respondentů natočeno EKG, stejně tak u všech 112 pacientů byl zaveden periferní žilní katétr, proveden odběr krve k laboratornímu vyšetření a byly vyholena třísla. U 63 pacientů bylo provedeno ultrazvukové vyšetření srdce (ECHO).

Graf 16 Konkrétní informace o průběhu vyšetření koronárních tepen, které byly pacientovi podány



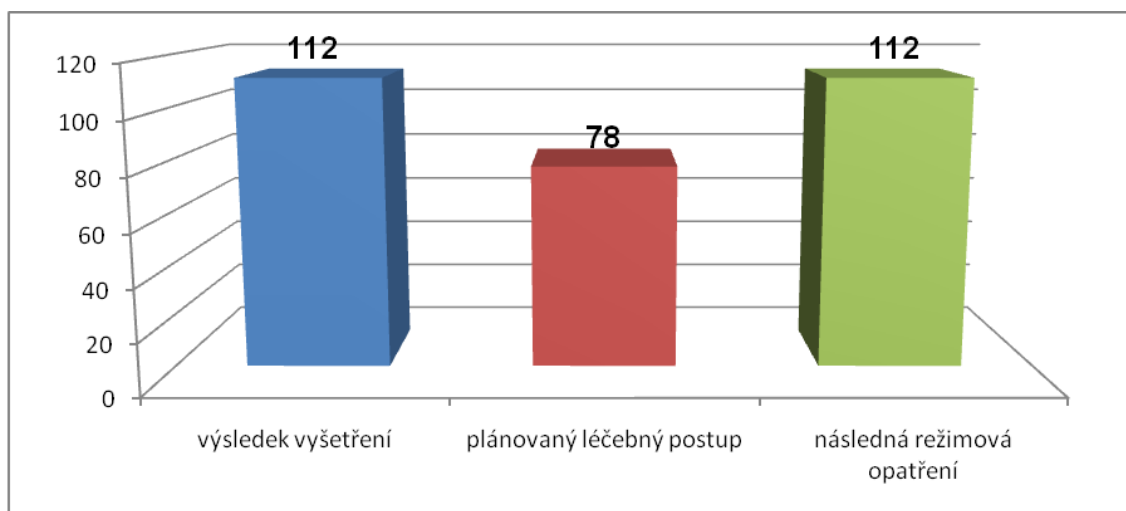
Ze všech 112 pacientů bylo 83 pacientů informováno o délce vyšetření, 47 pacientů o tom, že se vyšetření provádí v místním znecitlivění, 52 pacientů obdrželo informaci o použití kontrastní látky a 52 respondentů o pocitu horka po podání kontrastní látky. Všechny 112 pacientů dostalo informaci o nutném klidovém režimu po vyšetření a 87 pacientů odpovědělo, že byli informováni také o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin.

Graf 17 Činnosti sestry po provedení koronarografie u respondenta



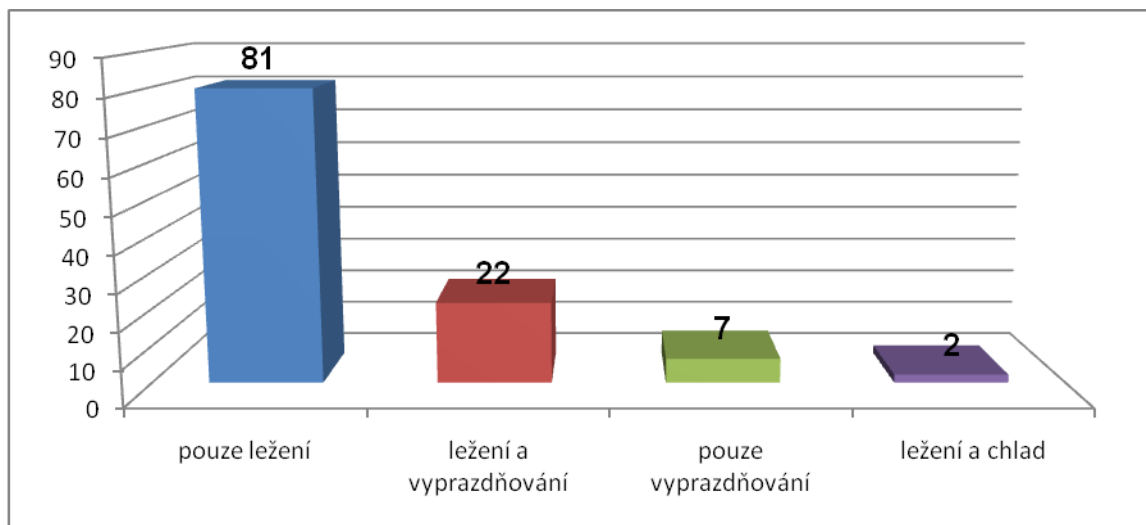
U všech ze 112 pacientů byl sestrou po výkonu změřen krevní tlak, u 69 respondentů byl změřen puls, u 81 pacientů bylo zhotoveno EKG. U 56 pacientů bylo kontrolováno místo vpichu, 94 pacientů odpovědělo, že sestra kontrolovala předepsanou polohu na lůžku, 36 pacientů bylo podrobeno kontrolnímu laboratornímu vyšetření krve a u 58 pacientů proběhla ze strany sester kontrola příjmu a výdeje tekutin.

Graf 18 Informace po vyšetření koronárních tepen, které obdržel respondent



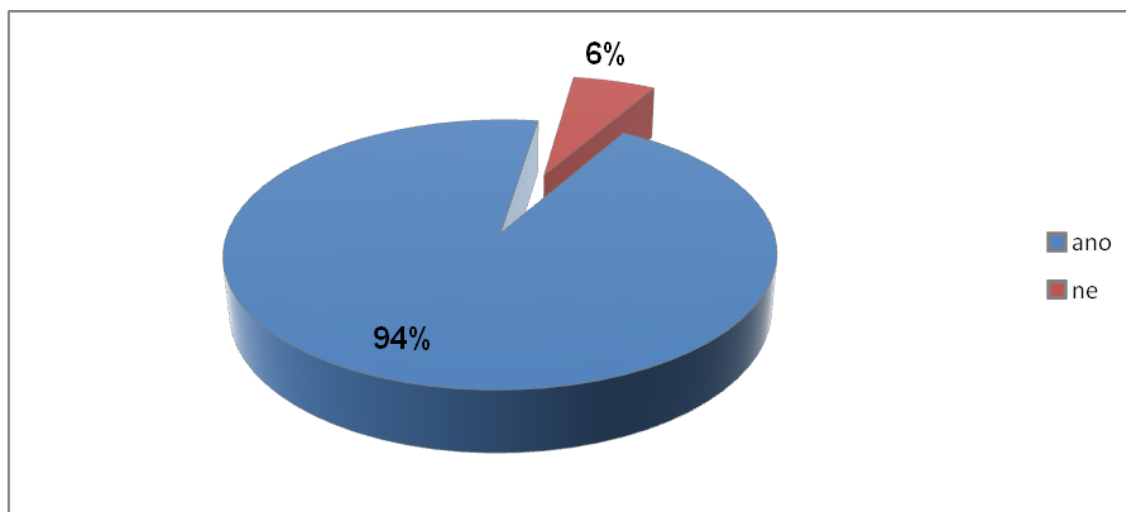
Všech 112 pacientů bylo informováno výsledku vyšetření a o následných režimových opatřeních. U 78 pacientů byla podána informace o plánovaném léčebném postupu.

Graf 19 Největší obtíže pro pacienta po výkonu



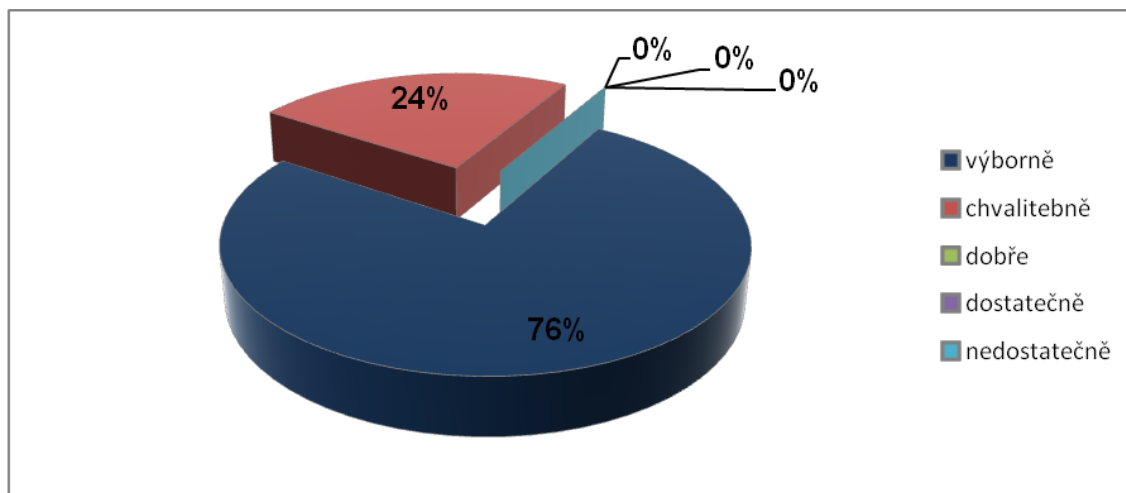
Ze všech 112 pacientů 81 pacientů uvedlo jako největší obtíž po vyšetření koronárních tepen nutnost zůstat v klidové poloze (3 - 20 hodin), 22 pacientů uvedlo kombinaci klidové polohy a vyprazdňováním na lůžku. U 7 pacientů činilo největší potíže vyprazdňování na lůžku a 2 pacienti odpověděli, že jim největší obtíže činila kombinace klidové polohy a chladu.

Graf 20 Zmírňování obtíží pacienta po výkonu pomocí ošetřovatelské péče od sester



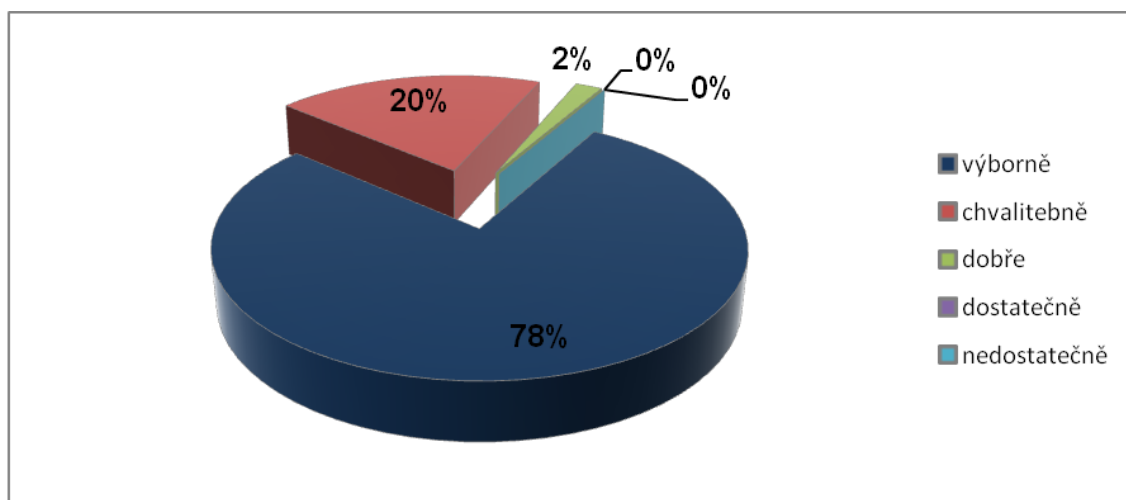
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) bylo u 105 pacientů (94%) využito ošetřovatelské péče sestrami ke zmírňování obtíží, naproti tomu u 7 pacientů (6%) tomu tak nebylo.

Graf 21 Hodnocení jednání a vystupování sester pacientem



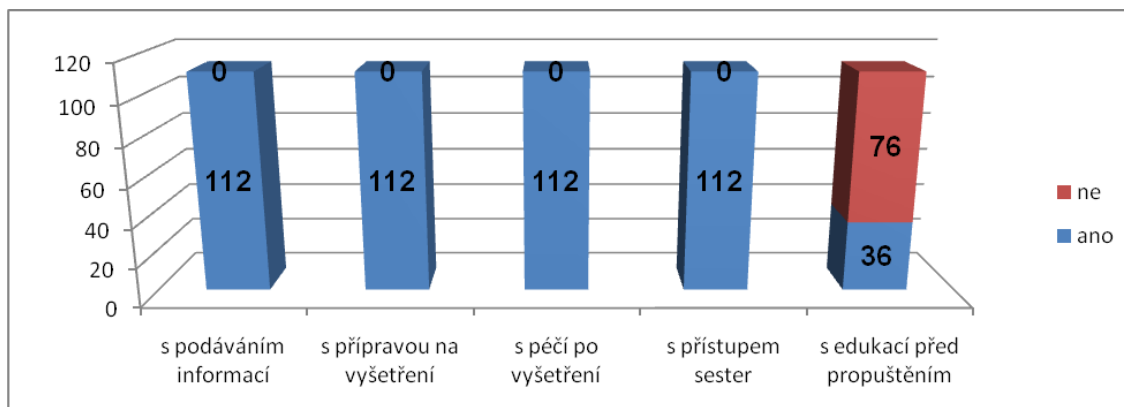
Ze všech 112 pacientů (100%) 85 pacientů (76%) hodnotilo jednání a chování sester s použitím známkovací stupnice 1 až 5 (1-nejlepší, 5-nejhorší) jako výborné (známkou 1), 27 pacientů hodnotilo jednání a chování sester chvalitebně, tedy známkou 2. Ostatních možností známkování při hodnocení chování a jednání sester pacienti nevyužili.

Graf 22 Hodnocení porozumění obtížím pacienta ze strany sester



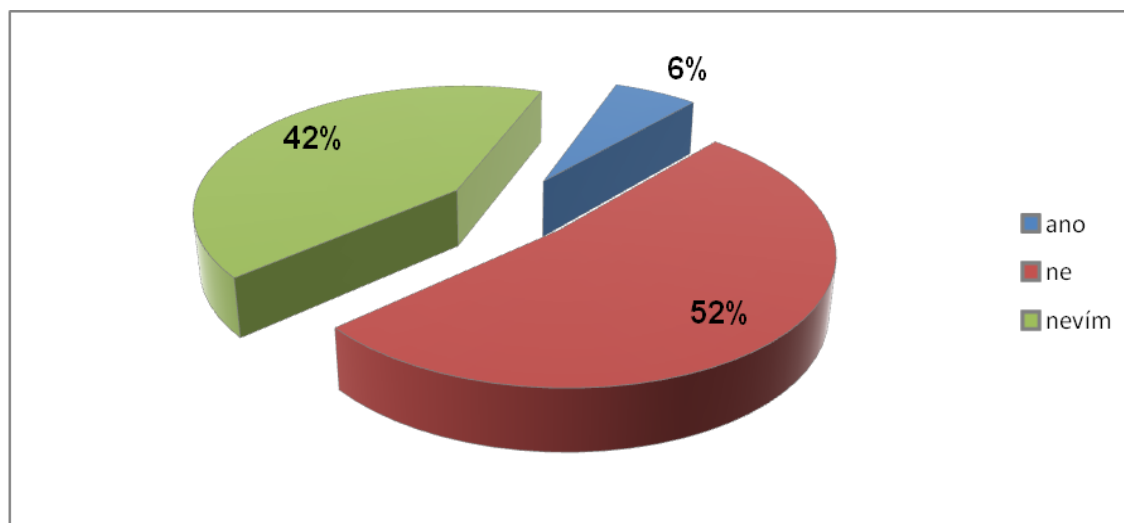
Ze všech 112 pacientů (100%) 87 pacientů (78%) uvedlo jako hodnotící známku pro porozumění vlastním obtížím ze strany sester výbornou (známka 1), 22 pacientů uvedlo hodnocení chvalitebně (známka 2) a 2 pacienti zhodnotili porozumění sester pacientovým obtížím ohodnocením dobře (známka 3).

Graf 23 Spokojenost pacienta s poskytovanou ošetrovatelskou péčí



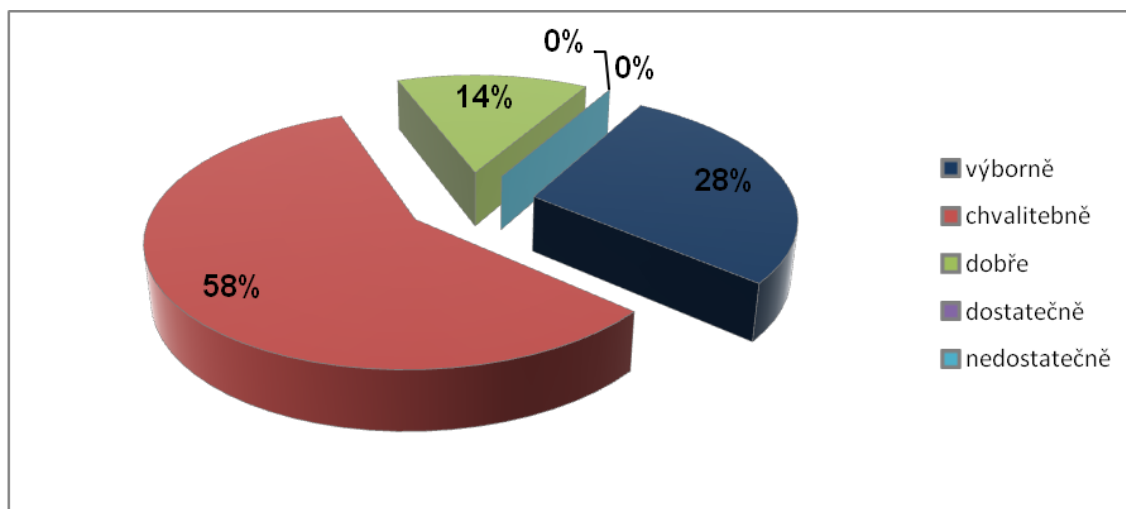
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů bylo všech 112 pacientů spokojeno s poskytovanou ošetrovatelskou péčí stran podávání informací, přípravou na vyšetření, s péčí po vyšetření a s přístupem sester. S edukací ohledně pacientova onemocnění před vlastním propuštěním do domácího léčení bylo spokojeno 36 pacientů, naopak 76 pacientů vyjádřilo svou nespokojenost.

Graf 24 Názor pacienta na zlepšení ošetrovatelské péče



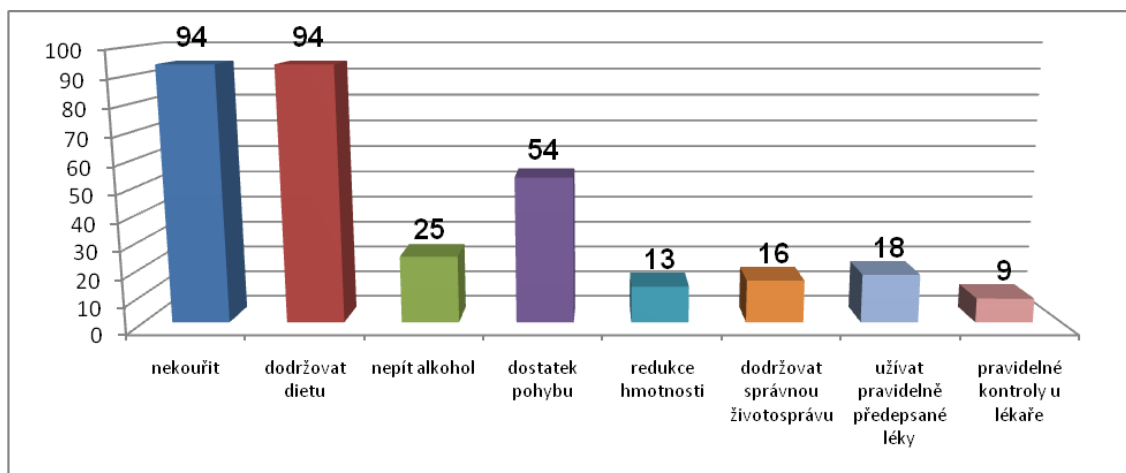
Ze všech 112 pacientů (100%) si 7 pacientů (6%) myslí, že by bylo možno poskytovanou ošetrovatelskou péčí zlepšit, 3 pacienti konkretizovali zlepšení a uvedli, že by bylo potřeba více času na informace. 58 pacientů (52%) si myslí, že není potřeba zlepšit ošetrovatelskou péči a 47 pacientů (42%) neví, zda je potřeba ošetrovatelskou péči zlepšit.

Graf 25 *Hodnocení podaných informací pacientem před propuštěním do domácího léčeni*



Z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) bylo bezvýhradně spokojeno (známka 1) s podanými informacemi při propuštění do domácího léčeni 31 pacientů (28%), 65 pacientů (58%) bylo spokojeno chvalitebně (známka 2) a 16 pacientů (14%) uvedlo na známkovací stupnici známku 3, tedy spokojenost průměrná. Horší hodnocení žádný z dotazovaných pacientů nepoužil.

Graf 26 *Hodnocení konkrétních podaných informací při propuštění do domácího léčení pacientem*



Z grafu vyplývá rozčlenění jednotlivých informací obdržených pacienty při propuštění do domácího léčení. Z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů jich 94 dostalo informaci o tom, že by neměli kouřit, stejně tak 94 pacientů obdrželo informaci o dodržování diety, 54 pacientů bylo informováno o nutnosti dostatku pohybu. U 25 pacientů byla podána informace o zákazu pití alkoholu, 13 pacientů uvedlo, že byli informováni o potřebě redukce vlastní hmotnosti, 16 pacientů bylo informováno o potřebě dodržování správné životosprávy. Informaci o pravidelném užívání předepsaných léků uvedlo 18 pacientů a 9 pacientů obdrželo informaci o nutnosti pravidelných kontrol u lékaře.

5 Diskuse

Bakalářská práce na téma Dodržování standardu ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii byla zpracována pomocí kvantitativního a kvalitativního šetření. Výsledkem těchto šetření a celé bakalářské práce mělo být zjištění, zda sestry kardiologického oddělení dodržují předepsaný standard ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii a jeho vyhodnocení z pohledu pacientů a sester. V rámci šetření byly tedy stanoveny následující cíle.

Prvním cílem bylo zjistit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí po koronarografii. K němu se vztahuje první hypotéza, zda jsou pacienti spokojeni s ošetrovatelskou péčí po koronarografii. Druhým cílem bylo zjistit jaká je příprava pacienta před koronarografií v souvislosti s následnou ošetrovatelskou péčí, z kterého vzešla druhá hypotéza, zda pacienti hodnotí pozitivně přípravu před koronarografií prováděnou sestrami. Třetím cílem bylo zjistit, jak sestry dodržují standard ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii. Z tohoto cíle vyplynuly výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Dodržují sestry standardy ošetrovatelské péče po koronarografii? Výzkumná otázka 2: Jak sestry vnímají spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí před koronarografií? Výzkumná otázka 3: Jaké jsou nejčastější problémy s ošetrovatelskou péčí po koronarografii z pohledu sester? Na základě těchto výzkumných otázek byl sestaven nestrukturovaný rozhovor pro sestry kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Tyto sestry tvořily první soubor výzkumného šetření. S vybranými sestrami byl uskutečněn rozhovor, jehož realizace byla z hlediska chodu oddělení náročná časově. Sestry odpovídaly v průběhu rozhovoru ochotně a většinou otevřeně.

Byla celkem realizována dvě setkání s pěti sestrami kardiologického oddělení, každý rozhovor trval zhruba 40 minut. První setkání se uskutečnilo se sestrami zajišťujícími intenzivní péči. Jednalo se o sestry pracující na koronární jednotce. Setkání druhé probíhalo se sestrami, pracujícími na standardním lůžkovém oddělení. Sestrám bylo položeno 22 otázek (viz. příloha 2). Rozhovory probíhaly v případě standardního lůžkového oddělení na denní místnosti sester, v případě koronární

jednotky přímo na sesterně. Samotná obsahová část rozhovorů se lišila jednak ochotou a otevřeností dotazovaných sester, jednak odlišnostmi jednotlivých oddělení. Také samozřejmě záleželo na druhu otázky a především na koronární jednotce i na časové tísní při prováděných rozhovorech.

V úvodu rozhovorů se sestrami jsme se zaměřili na identifikační údaje sester. V rozhovorech jsme zjistili, že na těchto odděleních pracují převážně mladší lidé se středně dlouhou praxí v oboru. U vzdělání převažuje vyšší zdravotnické nebo specializační vzdělání. Všechny výsledky jsou přehledně uvedeny v tabulkách 1 až 4. Tyto informace byly zjišťovány z důvodu, zda má věk, délka odborné praxe a stupeň vzdělání vliv na ošetrovatelskou péči a dodržování ošetrovatelského standardu. Domnívali jsme se, že mladší sestry přistupují k dodržování ošetrovatelských standardů zodpovědněji. Tato skutečnost se nám však z rozhovorů nepotvrdila. Naopak bylo zjištěno, že všechny dotazované sestry ošetrovatelský standard týkající se vyšetření selektivní koronarografie dodržují. Je až překvapivé jak vysokou profesionalitu ve své práci tyto sestry prokazují. Potvrdilo se to nejednou při uskutečňování rozhovorů, kdy byla patrná dokonalá spolupráce sester, vysoká odbornost a naprosto automaticky vykonávané činnosti dle ošetrovatelského standardu. Mimo jiné je to důsledkem vysokého počtu hospitalizovaných pacientů, jejich časté obměně vzhledem k malému počtu lůžek. Pro upřesnění těchto údajů je uvedena tabulka 15. V další otázce jsme se tedy zaměřili na četnost hospitalizací pacientů po koronarografii. Z odpovědí sester vyplývá, že pacienti jsou po tomto vyšetření hospitalizováni s denní četností.

Následoval soubor otázek, kterým jsme chtěli zjistit, jaká ošetrovatelská péče je poskytována pacientům před i po vyšetření koronárních tepen. Výsledky odpovědí jsou zaznamenány v tabulkách 6 až 10 a 12 až 15. Z analyzovaných odpovědí docházíme k závěru, že ošetrovatelská péče o pacienty před i po provedené koronarografii je poměrně náročná a sestává se z posloupnosti jednotlivých, po sobě jdoucích úkonů tak, aby byl dodržen standard ošetrovatelské péče a tím pádem byla zajištěna kvalitní péče. To zároveň potvrzuje tabulka 16, kde sestry jednotně odpovídají kladně na dotaz, zda dodržují předepsaný ošetrovatelský standard. Sestry se v rozhovorech shodly na posloupnosti jednotlivých úkonů, na zaznamenávaných údajích i na obsahu a způsobu

edukace pacienta. Stejný postup popisuje ve své knize i J. Kolář, jediným drobným rozporům oproti zmíněné knize je nepodávání Diazepamu na koronární jednotce při úzkostných stavech pacientů jako důsledek akutního provedení vyšetření. Rozpor v odpovědích dotazovaných sester se vztahuje k rozdílu rozsahu prováděné péče na standardním lůžkovém oddělení oproti koronární jednotce, kde probíhá příjem akutních pacientů a časová osa ošetrovatelské péče před samotným výkonem je podstatně kratší. To potvrzuje tabulka 11, kde jsme u dotazovaných sester zjišťovali, kolik času mohou věnovat rozhovoru s pacientem. Výsledkem byl právě popsáný rozdíl mezi koronární jednotkou a standardním lůžkovým oddělením, kde mají sestry na rozhovor s pacientem nesrovnatelně více času. V další části rozhovoru jsme se zaměřili na názor sester, zda jsou pacienti s poskytovanou péčí spokojeni a zda je pacientům poskytnut dostatek srozumitelných informací. Ze zpracovaných odpovědí vyplývá dostatečná a srozumitelná informovanost pacientů i jejich spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Nejprve pro mne byla zářející relativně nízká informovanost před samotným výkonem na koronární jednotce, při rozhorech se sestrami však vyplynul i jasný důvod tohoto stavu. Tím je zcela jednoznačně akutní péče a pro pacienty s bolestí, která ovlivňuje jejich soustředěnost, většinou takto rychle podané informace jsou méně srozumitelné. Sestry tento deficit informací zcela napravují po ukončení vyšetření a ochotně pacientům vysvětlí vše do detailu včetně případných dotazů z jejich strany. Příjemným zjištěním pro mne také bylo ověřování zpětné vazby sestrami, zda pacient rozumí podaným informacím. Výsledky odpovědí jsou zaznamenány v tabulkách 17 a 18. Následovaly dotazy na názor sester na vlastní chování, vystupování a ochotu při uspokojování potřeb pacientů a na způsob, jakým je uspokojování potřeb dosaženo. Odpovědi jsou shrnuty v tabulkách 19, 20 a ukazují na vstřícné chování sester – to ostatně potvrzuje i kvalitativní šetření a na individuální přístup ze strany sester v uspokojování potřeb pacientů. Další otázka byla zaměřena na nejčastější problémy z pohledu sester v ošetrovatelské péči u pacientů po koronarografii. S pohledu sester, jak vyplývá z tabulky 21, činí pacientům největší problém dlouhodobější klidová poloha po výkonu a z ní vyplývající bolest zad, vyprazdňování vleže i s ním spojený stud. I když je pro pacienty dlouhodobé ležení

nepříjemné, z důvodu prevence nežádoucích komplikací je naprosto nezbytné a stejně jako uvádí M. Štejska ve své knize je potřeba tímto způsobem důsledně předcházet krvácení a tvorbě hematomů. U poslední otázky nás zajímala edukace pacientů před propuštěním do domácího léčení v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Dle shodujících se odpovědí sester, které jsou součástí tabulky 22, usuzujeme na jednotnost prováděné edukace týkající se doporučené změny životního stylu a režimových opatření. Konkrétně prováděná edukace odpovídá hlavním doporučeným režimovým opatřením v knize J. Šimona, včetně doporučení změny životního stylu, striktního zákazu kouření, dietologických opatření a nutnosti pohybu. Stejně důležitá je i prevence stresu zmiňovaná v téže knize.

Výsledkem šetření je splnění třetího cíle, sestry dodržují standard ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii. Tím je i splněna základní podmínka poskytování kvalitní péče, která má zároveň vliv na dobrý psychický stav pacientů, je podstatně zkrácena doba hospitalizace a celkový proces uzdravování probíhá efektivněji.

Druhý soubor výzkumného šetření tvořili pacienti po vyšetření koronárních tepen hospitalizovaní na kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Bylo rozdáno celkem 150 dotazníků, návratnost úplných dotazníků činila 112. Výzkumným šetřením jsme chtěli potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy.

K tomuto souboru se vztahovaly otázky číslo 1 až 26 dotazníku pro pacienty. V otázkách číslo 1, 2, 3 jsme se zaměřili na identifikační údaje týkající se pacientů. V otázce 1 jsme se zaměřili na pohlaví dotazovaných respondentů, kdy z celkového počtu 112 dotazovaných pacientů (100%) bylo 67 respondentů (60%) mužského pohlaví a 45 respondentů (40%) bylo pohlaví ženského. V otázce 2 jsme se zaměřili na věk pacientů, kdy dotazovaní pacienti byli různých věkových kategorií. Nejpočetněji zastoupená věková skupina byla ve věku nad 65 let – 47 respondentů (42%). To odpovídá i statistickému rozložení vzniku onemocnění u jednotlivých věkových skupin dle knihy J. Špinara. V otázce číslo 3 jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Otázkou 3 jsme chtěli zjistit, zda stupeň vzdělání má vliv na hodnocení ošetrovatelské péče před a po koronarografii, to se nám nepotvrdilo. Graf 3 ukazuje rozložení dotazovaných pacientů do jednotlivých skupin vzdělání. Základní vzdělání má

9 respondentů (8%), 43 respondentů je vyučeno (38%), středoškolské vzdělání má 29 respondentů (26%), vyšší odborné vzdělání uvedlo 13 respondentů (12%) a vysokoškolsky vzdělaných pacientů bylo 18 (16%). Z prvních třech grafů je zřejmé, že výskyt ICHS stoupá s věkem, postihuje více muže a to především po pětapadesátém roce života. Katetrizační vyšetření není omezeno věkem pacienta, provádí se i v pokročilém věku. Z toho vyplývá, že je dostupné pro všechny věkové kategorie. Dalšími dvěma otázkami jsme chtěli zjistit, zda dotazovaní pacienti již byli v minulosti hospitalizováni na kardiologickém oddělení a v případě že ano, zda podstoupili vyšetření koronárních tepen. Z vyhodnocených odpovědí vyplynulo, že více než polovina, konkrétně 72 respondentů (64%) nebylo v minulosti hospitalizováno na kardiologickém oddělení. Naproti tomu 40 respondentů (36%) bylo na tomto oddělení již v minulosti hospitalizováno a z tohoto počtu u 22 pacientů (20%) bylo již v minulosti provedeno vyšetření koronárních tepen. Otázkou číslo pět jsme zjišťovali, zda bylo vyšetření koronárních tepen u pacientů plánované, zda byli k tomuto vyšetření objednáni a dostavili se v den vyšetření nebo zda se jednalo o vyšetření akutní při bolestech na hrudi. 63 respondentů (56%) bylo podrobeno vyšetření z důvodů diagnostických vzhledem k občasným stále opakujícím se obtížím. U zbylých 49 respondentů (44%) bylo vyšetření provedeno akutně v souvislosti s náhlými obtížemi spojenými s akutním infarktem myokardu. Otázky 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 18 se týkali informovanosti pacientů před koronarografií, zda jim byl poskytnut dostatek informací, zda byly tyto informace pro ně srozumitelné a zda jim byl poskytnut prostor pro případné dotazy, zda byli poučeni o možných komplikacích a kým byly informace poskytnuty. Dále jsme se otázkami ptali na informace o průběhu a výsledku vyšetření, na plánovaný léčebný postup a na edukaci ohledně režimových opatření. Z grafů sestavených z odpovědí respondentů vyplývá, že informace ohledně pojmu koronarografie podány byly ve všech případech (100%), byly podány buď pouze lékařem (28%) nebo lékařem a sestrou (72%). Množství informací bylo převážně dostatečné. O možných komplikacích během výkonu byli z větší části (56%) pacienti poučeni a 65 respondentů uvedlo, že jim byl poskytnut prostor pro dotazy. Srozumitelnost informací potvrdilo 84% dotázaných pacientů. Výsledky této části

dotazníku korespondují s výše uvedenými výsledky rozhovorů se sestrami. Grafy 12 a 13 udávají výčet pacientů seznámených s vypsanými informovanými souhlasy a názor pacientů na jejich úroveň. Srozumitelnost a úroveň informovaných souhlasů lze na základě odpovědí respondentů hodnotit jako velmi dobrou, 78% pacientů ji ohodnotilo známkou 1 a 2. V otázkách 14, 15 a 17 jsme se zaměřili na zjištění rozsahu ošetrovatelské péče poskytované pacientům před a po vyšetření koronárních tepen. Výsledky zobrazené v grafech dokazují, že poskytovaná péče rozsahem odpovídá ošetrovatelskému standardu a to před i po výkonu. U všech dotázaných pacientů bylo natočeno EKG, měřeny fyziologické funkce, byl zaveden periferní žilní katétr, odebrána krev k laboratornímu vyšetření, podepsány souhlasy a bylo připraveno místo vpichu. Stejně tak psychologická příprava nebyla opomenuta. Po výkonu byly opět sledovány fyziologické funkce, zhotovena křivka EKG, kontrolováno místo punkce a předepsaná poloha na lůžku. Dále byl sledován příjem a výdej tekutin. Všechny výše zmíněné úkony ošetrovatelské péče ať už před nebo po samotném vyšetření svým rozsahem odpovídají předepsanému standardu ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice a. s. Z grafu 19 vyplývá, že největší obtíže pacientům po vyšetření činila klidová poloha a z ní plynoucí bolest zad a potíže s vyprazdňováním. Jako největší obtíž označilo klidovou polohu 81 respondentů. Následující grafy 20, 21 a 22 hodnotí přístup sester k obtížím pacientů, jejich vystupování a porozumění. Odpovědi pacientů dokazují kladný přístup sester k jejich obtížím (94%) a velmi vysoce hodnotí jednání (76% respondentů) a porozumění sester (78% respondentů) jejich potřebám. Otázka 23 byla zaměřena na spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, konkrétně s podáváním informací, s přípravou na vyšetření, s péčí po vyšetření, s přístupem sester. Z grafu je patrná spokojenost všech dotázaných pacientů. Další otázkou jsme chtěli zjistit, zda pacienti požadují zlepšení ošetrovatelské péče – 52% nepožaduje zlepšení, 42% neví a 6% naopak zlepšení požaduje a to v oblasti informovanosti před výkonem u akutních stavů, které vzhledem k časové tísní považují za méně dostatečné. Poslední dvě otázky byly zaměřeny na edukaci pacientů před propuštěním do domácího léčení, konkrétně na jejich spokojenost s podanými informacemi a na rozsah podaných informací. S kvalitou podaných informací bylo bezvýhradně spokojeno 28%

respondentů, s drobnými výhradami 58% respondentů. Znamku 3, tedy ohodnocení dobře, uvedlo 14% respondentů. Co se týče rozsahu poskytnutých informací, shodně 94 dotázaných pacientů uvedlo informaci o dodržení diety a zákazu kouření, 54 respondentů uvedlo informaci o potřebě dostatku pohybu, 25 pacientů odpovědělo informaci o zákazu pití alkoholu. Další odpovědi se v menší míře a více adresně týkaly informací o redukci vlastní hmotnosti, dodržování správné životosprávy, pravidelného užívání předepsaných léků a pravidelných kontrol u lékaře. Rozsah prováděné edukace potvrzuje kniha J. Šimona zabývající se touto problematikou komplexně a zároveň je prováděná edukace plně v souladu s předepsaným standardem ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice a. s. Pro mě osobně je zarážející značný rozdíl v procentu odpovědí pacientů na konkrétní poskytnuté informace, konkrétně vysoké procento odpovědí ohledně zákazu kouření a dodržování diety oproti nízkému procentu odpovědí obsahující pravidelné kontroly u lékaře a užívání předepsaných léků. Zde je potřeba dle mého názoru zdůrazňovat pacientům důležitost nejen režimových opatření, ale především dodržování další léčby a s tím související pravidelné preventivní sledování kardiologem.

Výsledkem kvantitativního šetření je potvrzení první hypotézy, že pacienti jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí po koronarografii a potvrzení druhé hypotézy, kde pacienti hodnotí pozitivně přípravu před koronarografii prováděnou sestrami. Hypotézy byly potvrzeny. Tím byly naplněny první a druhý cíl této práce.

6 Závěr

Sestry pracující na kardiologickém oddělení vykonávají psychicky i fyzicky náročnou práci. Setkávají se při ní s velkým množstvím stresových situací, které musí překonávat. Při zpracování této bakalářské práce na téma Dodržování standardu ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí po koronarografii. Druhým cílem bylo zjistit jaká je příprava pacienta před koronarografií v souvislosti s následnou ošetrovatelskou péčí. Posledním, třetím cílem, bylo zjistit, jak sestry dodržují standard ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii. Cíle této bakalářské práce byly splněny. Pro bakalářskou práci byl využit dotazník určený pro pacienty a sloužící k potvrzení stanovených hypotéz. První hypotéza, že pacienti jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí po koronarografii a i druhá hypotéza, zda pacienti hodnotí pozitivně přípravu před koronarografií prováděnou sestrami. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pacienti hodnotí ošetrovatelskou péči před a po koronarografii pozitivně. Z toho vyplývá, že stanovené hypotézy byly potvrzeny.

Dále byly pro bakalářskou práci zvoleny tři výzkumné otázky, které vycházely ze stanovených cílů. Výzkumná otázka 1: Dodržují sestry standardy ošetrovatelské péče po koronarografii? Výzkumná otázka 2: Jak sestry vnímají spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí před koronarografií? Výzkumná otázka 3: Jaké jsou nejčastější problémy s ošetrovatelskou péčí po koronarografii z pohledu sester? Z výzkumných otázek vyplynulo, že sestry pracující na kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. vypracovaný standard ošetrovatelské péče určený pro pacienty, kteří jsou indikováni k vyšetření koronárních tepen, a to jak k výkonu plánovanému, tak prováděnému akutně, dodržují. Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí prováděnou sestrami se potvrdila. Snad jen zmiňovali nedostatek času u akutních výkonů na hlubší informovanost pacientů a následný prostor pro dotazy. Třetí výzkumná otázka týkající se nejčastějších problémů s ošetrovatelskou péčí u pacientů po koronarografii z pohledu sester byla vyhodnocena, že největší problém mají pacienti s předepsaným omezeným pohybem po výkonu, kdy je nutná poloha na zádech po dobu nezbytně nutnou dle

aktuálního stavu pacienta, a také problémy s vyprazdňováním vleže na lůžku. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry se snaží svým přístupem a ošetrovatelskou péčí tyto problémy co nejvíce zmírnit. Práce sester je zde velice náročná, sestry jsou na sebe při práci závislé, proto je zde nezbytná spolupráce. Je zde velká obloženost. Pacientů indikovaných ke koronarografii stále přibývá. Proto, aby sestry mohly tuto práci kvalifikovaně vykonávat, musí být silnou osobností jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické.

Výsledky práce mohou sloužit jako materiál pro sestry, které pracují na kardiologickém oddělení, neboť dodržováním ošetrovatelského standardu se předchází případným závažným komplikacím, snižuje se doba hospitalizace a celkový proces uzdravování může být podstatně zkrácen. V neposlední řadě má kvalitní péče vliv na dobrý psychický stav pacientů.

Dále může být tato práce využita k provedení auditu standardu ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii.

7 Použitá literatura

1. Aschermann, M. – Veselka, J. Trendy soudobé kardiologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 168 s. ISBN 80-7262-087-8.
2. Aschermann, M. Kardiologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 753 s. ISBN 80-7262-290-0.
3. Cífková, R. et al. Prevence ischemické choroby srdeční v dospělém věku. Cor et Vasa. Praha: 2000. č. 10, s. 225-234. ISSN 0010- 8650.
4. Černá, P. Nové ošetrovatelské postupy v kardiologii. Sestra. Praha: 2003. č. 4, s. 31-32. ISSN 1210- 0404.
5. Doenges, M. E. – Moorhouse, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přepracované a rozšířené vydání, Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
6. Grohar – Murrar, M. E. – DiCroce, H. R. Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
7. Haltofová, I. Plánovaná koronarografie. Sestra. Praha: 2005. č. 2, s. 30-31. ISSN 1210- 0404.
8. Kasperová, M., Koronarografie. [cit. 2007-06-04] Dostupné z www.:<<http://www.ordinace.cz/clanek/koronarografie>>.
9. Klener, P. Vnitřní lékařství. 2. vyd. Praha: Galén, 2000. 230 s. ISBN 80-7262-101-7.

10. Kolář, J. at al. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. 4. doplněné a přepracované vydání, Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.
11. Kolář J. Základy elektrokardiografie. 1. vyd. Praha: Akcenta, 2002. 144 s. ISBN 80-86232-04-2.
12. Krejčí, R. – Toušek, F. Klinická manifestace otravy lithiem po podání kontrastní látky při selektivní koronarografii. Cor et Vasa. Praha: 2006. č. 4, s. 150-152. ISSN 0010- 8650.
13. Kutnohorská, J. Etika v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
14. Marada, T., Ischemická choroba srdeční. [cit. 2006-12-17] Dostupné z www.:<<http://www.ordinace.cz/clanek/ischemicka-choroba-srdecni>>.
15. Mastiliaková, D. Úvod do ošetrovatelství – I. díl. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
16. Mastiliaková, D. Úvod do ošetrovatelství – II. díl. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
17. Richards, A. – Edwards, S. Repetitorium pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
18. Sovová, E. – Řehořová, J. Kardiologie pro obor ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 164 s. ISBN 80-247-1009-9.
19. Šimon, J. Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 266 s. ISBN 80-247-0085-9.

20. Škrla, P. Především neublížit. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
21. Špinar, J. at al. Klinické studie v kardiologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 488 s. ISBN 80-247-0113-8.
22. Špinar, J. – Vítovec, J. Ischemická choroba srdeční. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 364 s. ISBN 80-247-0500-1.
23. Štejf, M. at al. Kardiologie. 3. přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2007. 776 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
24. Venglářová, M. - Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
25. Vondráček, L. – Wirthová, V. Sestra a její dokumentace. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
26. Vráblíková, K. – Vráblík, M. Kapesní průvodce prevencí ischemické choroby srdeční. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 126 s. ISBN 80-7254-437-3.
27. Vyhnálek, F. Chirurgie III. 3. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 135 s. ISBN 80-7333-009-1
28. Zíková, A. – Zemanová, M. Standard ošetrovatelské péče č. 30. Nemocnice České Budějovice a.s. 2003. s. 49-70

8 Klíčová slova

Sestra

Ošetrovatelský proces

Ischemická choroba srdeční

Informovaný souhlas

Selektivní koronarografie

Standard

Edukace

9 Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha 2 Rozhovor se sestrami

Příloha 3 Souhlas nemocného s vyšetřením - selektivní koronarografie

Příloha 4 Souhlas nemocného s vyšetřením - perkutánní koronární intervence-PCI

Příloha 5 Fotografie kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice a. s.

Příloha 1

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Marie Žahourková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku, který slouží pro mou bakalářskou práci na téma *Dodržování standardu ošetrovatelské péče u pacientů po koronarografii*. Tento dotazník je zcela anonymní. Jednotlivé odpovědi, prosím zakroužkujte, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Pohlaví:
 - a) muž
 - b) žena

2. Váš věk:
 - a) Méně než 20 let
 - b) 21 let až 30 let
 - c) 31 let až 40 let
 - d) 41 let až 50 let
 - e) 51 let až 64 let
 - f) 65 let a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) základní
 - b) vyučen
 - c) středoškolské
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské

4. Byl(a) jste již v minulosti hospitalizována na kardiologickém oddělení?
 - a) ano
 - b) ne

Pokud ano, bylo u Vás již v minulosti provedeno vyšetření koronárních tepen?

 - a) ano
 - b) ne

5. Bylo u Vás nyní vyšetření koronárních tepen?
 - a) plánované
 - b) provedeno akutně (vzhledem k náhlým obtížím)
 - c) neplánované

6. Byl Vám vysvětlen pojem „koronarografické vyšetření“?
a) ano
b) ne
7. Kdo Vám poskytl informace o tomto vyšetření?
a) lékař
b) sestra
c) lékař i sestra
d) jiný zdravotnický personál
8. Dostal(a) jste před vyšetřením koronárních tepen dostatečné množství informací?
a) ano
b) spíše ano
c) ne
d) spíše ne
9. Byl(a) jste ošetřujícím lékařem poučen(a) o možných komplikacích během výkonu?
a) ano
b) ne
10. Byl Vám poskytnut prostor pro dotazy?
a) ano
b) ne
11. Byli pro Vás poskytnuté informace srozumitelné? (vyznačte na stupnici od 1 do 5, 1 nejlepší, 5 nejhorší)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

12. Se kterými informovanými souhlasy jste byl seznámen(a) v souvislosti s hospitalizací na kardiologickém oddělení? (možnost více odpovědí)
a) *Souhlas s hospitalizací*
b) *Souhlas s poskytováním informací*
c) *Poučení a souhlas nemocného s vyšetřením- selektivní koronarografie*
d) *Poučení a souhlas nemocného s vyšetřením-PCI perkutánní koronární intervence (angioplastika)*
e) jiné (doplňte, prosím).....

13. Jak byste hodnotil(a) úroveň informovaných souhlasů? (vyznačte na stupnici od 1 do 5, 1 nejlepší, 5 nejhorší)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

14. Byl(a) jste informován(a), že před vyšetřením koronárních tepen (možnost více odpovědí)
- a) musíte být od půlnoci lačný(á)
 - b) Vám budou vyholena třísla
 - c) musíte vyjmout zubní protézu (pokud ji máte)
 - d) jiné (doplňte, prosím).....
15. Jaké u Vás byly před vyšetřením koronárních tepen provedeny výkony? (možnost více odpovědí)
- a) natočeno EKG
 - b) zaveden periferní žilní katétr (kanyla)
 - c) odebrána krev k laboratornímu vyšetření
 - d) provedeno ultrazvukové vyšetření srdce (ECHO)
 - e) vyholena třísla
 - f) jiné (doplňte, prosím).....
16. Jaké informace o průběhu vyšetření Vám byly podány? (možnost více odpovědí)
- a) délka vyšetření od 15 min do 1 hod
 - b) vyšetření se provádí v místním znecitlivění
 - c) při vyšetření je podána kontrastní látka
 - d) po podání kontrastní látky se dostavuje pocit horka
 - e) po vyšetření budete muset dodržet klidový režim 3-12 hodin
 - f) po vyšetření je nutný zvýšený příjem tekutin
 - g) jiné (doplňte, prosím).....
17. Jaké činnosti u Vás sestra po provedení koronarografie vykonávala? (možnost více odpovědí)
- a) krevní tlak
 - b) puls
 - c) křivka EKG
 - d) místo vpichu (punkce)
 - e) předepsaná poloha na lůžku
 - f) výsledky laboratorních vyšetření krve
 - g) příjem a výdej tekutin
 - h) jiné (doplňte, prosím).....
18. Byl(a) jste informován(a):
- a) o výsledku koronarografického vyšetření
 - b) o plánovaném léčebném postupu
 - c) o následných režimových opatřeních (např. nekouřit, o dietních opatření, o dostatku pohybu)

19. Co Vám činilo po vyšetření největší obtíže? (prosím, dopište)

.....

.....

20. Byly Vaše obtíže pomocí ošetrovatelské péče od sester zmírněny?

- a) ano
- b) ne

21. Jak byste hodnotil(a) jednání a vystupování sester? (vyznačte na stupnici od 1 do 5, 1 nejlepší, 5 nejhorší)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

22. Pociťoval(a) jste porozumění ze strany sester k Vaším obtížím? (vyznačte na stupnici od 1 do 5, 1 nejlepší, 5 nejhorší)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

23. Byl(a) jste spokojen(a) s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, s čím ano a s čím ne? (dopište ano - ne)

- a) s podáváním informací
- b) s přípravou na vyšetření
- c) s péčí po vyšetření
- d) s přístupem sester
- e) s edukací ohledně Vašeho onemocnění před propuštěním

24. Domníváte se, že by bylo třeba něco zlepšit v poskytování ošetrovatelské péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud ano, co byste zlepšili? (prosím, dopište)

.....

.....

25. Byl jste spokojen(a) s podanými informacemi při propuštění do domácího léčení?
(vyznačte na stupnici od 1 do 5, 1 nejlepší, 5 nejhorší)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

26. Jaké informace ohledně prevence srdečně cévního onemocnění jste obdržel(a)?
(prosím, dopište)

.....

.....

Zdroj: vlastní

Příloha 2

Rozhovor pro sestry pracující na kardiologickém oddělení

1. Kolik je Vám let?
2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Délka Vaší dosavadní odborné praxe ve zdravotnictví?
4. Délka Vaší dosavadní odborné praxe na kardiologickém oddělení?
5. Jak často jsou u Vás hospitalizováni pacienti po koronarografii?
6. Jakou ošetrovatelskou péči poskytujete pacientům před vyšetřením koronárních tepen?
7. Jaké údaje zaznamenáváte u pacienta před vyšetřením koronárních tepen?
8. Co je součástí edukace pacienta před vyšetřením koronárních tepen?
9. Jaké druhy souhlasů dáváte pacientům podepsat během hospitalizace?
10. Jaké mají pacienti nejčastější dotazy v souvislosti s vyšetřením koronárních tepen?
11. Kolik času máte na rozhovor s pacientem?
12. Jakou ošetrovatelskou péči poskytujete pacientům po vyšetření koronárních tepen?
13. Jaké údaje zaznamenáváte u pacienta po vyšetření koronárních tepen?
14. Co je součástí edukace v rámci ošetrovatelské péče po vyšetření koronárních tepen?
15. Jaké postupy volíte při poskytování zdravotnické péče dle ošetrovatelského standardu?
16. Dodržujete na vašem oddělení předepsaný ošetrovatelský standard týkající se tohoto vyšetření? Pokud ne, tak z jakého důvodu?
17. Jaký máte názor na spokojenost pacientů hospitalizovaných na kardiologickém oddělení s ošetrovatelskou péčí?
18. Domníváte se, že je pacientům poskytován dostatek informací? Jestliže ano, jsou pro ně tyto informace dostačující a srozumitelné? Na základě čeho tak soudíte?
19. Jaký máte názor na chování, vystupování a ochotu sester při uspokojování potřeb pacientů během jejich hospitalizace na kardiologickém oddělení?

20. Jakým způsobem Vy jako sestra řešíte uspokojování těchto individuálních potřeb?
21. Jaké jsou dle Vašeho názoru nejčastější problémy v ošetrovatelské péči u pacientů po koronarografii? Je dle Vašeho názoru možno tyto problémy účinně řešit a jak?
22. Co je součástí edukace pacientů před propuštěním do domácího léčení v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění?

Zdroj: vlastní

Příloha 3

KAT_SKG

Strana 1 (celkem 2)

Nemocnice České Budějovice a.s.
KARDIOCENTRUM - Kardiologie

Poučení a souhlas nemocného s vyšetřením Selektivní koronarografie

Vážená paní, pane,

je podezření, že trpíte onemocněním oběhového ústrojí. Ke zpřesnění diagnózy a stanovení optimálního diagnostického a léčebného postupu je vhodné provést selektivní koronarografii. Jedná se o rentgenové vyšetření cév (věnčitých tepen) zásobujících srdeční sval. Do těchto cév je aplikována kontrastní látka, která umožní jejich zobrazení. Vyšetření dává jednoznačnou informaci o stavu věnčitých tepen, o přítomnosti či nepřítomnosti jejich zúžení či uzávěru. Tyto informace nelze získat jiným způsobem. Na výsledku vyšetření závisí další léčebný postup:

- 1) Pokud je nález na věnčitých tepnách normální či jsou přítomny pouze okrajové nerovnosti tepen – je možno následně vysadit některé léky, původně podávané pro podezření na onemocnění věnčitých tepen. Současně je ale nutno pátrat po jiné příčině Vašich potíží.
- 2) Nález je vhodný k provedení plastiky věnčité tepny (PCT). Jedná se o výkon, který většinou bezprostředně navazuje na koronarografii. Při tomto zákroku je pomocí miniaturního balónku, vsunutého do věnčité tepny provedeno její rozšíření v místě zúžení či uzávěru.
- 3) Nález je vhodný k operačnímu řešení – provedení aortokoronárního bypassu.
- 4) Při postižení tepna, které není vhodné ani k plastice ani k bypassu, je nutno pokračovat v intenzivní léčbě léky.

Vlastní vyšetření se provádí nalačno při plném vědomí, pouze v místním znecitlivění v místě vpichu. Před vyšetřením jsou provedeny základní odběry krve k laboratornímu zpracování – znalost těchto laboratorních výsledků je důležitá pro bezpečnost vlastního vyšetření.

Ještě na lůžkovém oddělení Vám ošetřující personál zavede žilní kanylu a vyholí obě třísla. Samo vyšetření je prováděno na katetrizačním sále. Po dezinfekci, zarouškování a místním znecitlivění je proveden vpich do tepny (v naprosté většině se jedná o stehenní tepnu, méně často o tepny horních končetin) a je zaveden zavaděč (plastová trubička zajišťující přístup do tepny). Samo vyšetření je již nebolstivé. Během vyšetření jsou prováděny opakované nástřiky věnčitých tepen kontrastní látkou a jejich snímání v různých projekcích. Na konci vyšetření (pokud výkon nepokračuje plastikou věnčité tepny) je z tepny odstraněn zavaděč a po krátké kompresi místa vpichu vyšetřujícím lékařem je přiložen na několik hodin tlakový obvaz. Pokud vyšetření bylo prováděno z vpichu v tříslu, je nutný klid na lůžku s nataženou končetinou až do doby sejmutí obvazu.

Případné komplikace koronarografie lze rozdělit na běžné a vzácně se vyskytující. Mezi běžné se vyskytující komplikace patří hematom (modřina) v oblasti místa vpichu a/nebo přechodná bolestivost místa vpichu. Vzácněji dochází k vzniku rozsáhlejšího podkožního výronu krve či poškození cévního svazku v místě vpichu s nutností chirurgického řešení. Mezi velmi vzácně

komplikace pak patří závažnější příhody jako akutní infarkt myokardu, poruchy srdečního rytmu, periferní embolie, cévní mozkové příhody, trombóza tepny a alergické reakce (od běžné kožní vyrážky po těžký šokový stav). Jsou popsány případy, kdy tyto vzácné komplikace skončily i úmrtím pacienta.

Selektivní koronarografie vyžaduje zpravidla dvoudenní pobyt v nemocnici. Při vzniku komplikace se může doba pobytu přiměřeně prodloužit do zvládnutí dané komplikace.

Po propuštění z lůžkového oddělení byste neměl/a cestovat domů hromadným dopravním prostředkem, ale měl/a byste si zajistit odvoz autem (příbuzní) nebo požádat ošetřující personál o zajištění transportu domů sanitou.

Minimálně 3 dny po propuštění z nemocnice byste neměl/a mít žádnou větší fyzickou zátěž, aby nedošlo k pozdnímu vzniku komplikací v místě vpichu do tepny(většinou v třísele).

Následuje-li po selektivní koronarografii perkutánní koronární intervence (PCI) nebo operace srdce, budete o těchto výkonech a jejich možných komplikacích informováni před jejich provedením.

Byl jsem poučen o právu se svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu a vyšetření případně odmítnout.

Potvrzuji, že níže podepsaný lékař mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu. Měl jsem možnost klást doplňující otázky a na tyto mi bylo řádně odpovězeno. Všem podaným informacím jsem plně porozuměl, byl jsem informován o možných komplikacích a souhlasím s výše uvedeným diagnostickým a léčebným postupem. V případě vzniku neočekávaných komplikací souhlasím s provedením dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.

Jméno

Příjmení

Rodné číslo

dne:

podpis pacienta:
(zákonného zástupce)

podpis lékaře:

podpis svědka:

Nemocnice České Budějovice a.s.
KARDIOCENTRUM - Kardiologie

Poučení a souhlas nemocného s vyšetřením PCI – perkutánní koronární intervence (angioplastika)

Vážená paní, pane,

v případě, že je při selektivní koronarografii zjištěno onemocnění Vašich věnčitých tepen, je jedním z možných řešení (kromě indikace ke kardiochirurgickému výkonu – bypassu, nebo konzervativního postupu a dále léčby pouze medikamenty) tzv. perkutánní koronární intervence. Přeloženo se jedná o zákrok na věnčitých tepnách, který se provádí z kožního vpichu bez nutnosti vedení chirurgického řezu. Jeho cílem je „rozšířit“ věnčité tepny v místě jejich zúžení či je zprůchodnit v místě jejich uzávěru. Výkon navazuje většinou zcela bezprostředně na selektivní koronarografii. Provádí se při plném vědomí přes zavaděč umístěný většinou v tříšle ve stehenní tepně, méně často v jiné lokalizaci (tepny horních končetin). Do postižené věnčité tepny je nejprve zaveden tzv. supertenký vodič – ohebný drátek, po kterém jako po kolejnici je pak do místa zúžení nasunut miniaturní balóněk, který má případně na svém povrchu umístěnou ocelovou spirálku (stent). Balónek je v místě zúžení nafouknut na vysoký tlak - nafouknutí balónku způsobí rozšíření tepny. Byl-li na balónku umístěn stent – tento je nafouknutím balónku roztážen, vmáčknut do stěny tepny, kde potom po odstranění balónku zůstává a udržuje tepnu v „rozšířeném“ stavu. Nakonec je z tepny vyjmut i supertenký vodič a výkon je ukončen přišitím zavaděče ke kůži. Zavaděč je ponechán v tepně ještě několik hodin, než je možno jej bezpečně vyjmout bez většího rizika krvácení, protože v úvodu PCI je pacientovi podán heparin - látka snižující srážlivost krve, jejíž účinek přetrvává několik hodin. Pacient je potom vleže odtransportován na lůžkové oddělení, kde je zkontrolován ošetřujícím lékařem, je mu změřen TK a zhotoveno EKG. Vleže pak vyčká několik hodin do vyjmutí zavaděče (je vyjmut ošetřujícím lékařem či lékařem pohotovostní služby po normalizaci srážlivosti krve), dále následuje ležení opět po dobu několika hodin s přiloženým tlakovým obvazem.

Případné komplikace PCI jsou obdobné jako u selektivní koronarografie s tím, že je zde vyšší riziko krvácivých komplikací (jsou podávány látky na snížení srážlivosti krve) a komplikací v místě ošetřené věnčité tepny.

Perkutánní koronární intervence (angioplastika) vyžaduje v nekomplikovaném průběhu 2-3 denní pobyt v nemocnici. Při vzniku komplikace se může doba pobytu přiměřeně prodloužit do zvládnutí dané komplikace.

Zvláštním případem PCI je tzv. přímá angioplastika (dPCI) u nemocného s akutním infarktem myokardu (srdeční infarkt), kdy je nutno rekanalizovat (znovu otevřít) tepnu uzavřenou krevní sraženinou. Technické provedení je sice stejné, ale doba pobytu v nemocnici je při nekomplikovaném průběhu zpravidla 5 dnů. U akutního infarktu mohou vzniknout jednak již dříve popsané komplikace samotného výkonu, ale i jiné komplikace související s vlastním probíhajícím infarktem. Ošetřující personál je na tyto komplikace připraven a technicky vybaven. Je bezpečně prokázáno, že přímá koronární angioplastika je nejlepším způsobem léčby akutního infarktu myokardu. Méně výhodnou variantou je podání tzv. trombolytické léčby, kdy je nemocnému s infarktem do žíly aplikován lék rozpouštějící krevní sraženinu v koronární tepně.

Po provedení koronární intervence s implantací stentu (PCI, dPCI) je nutné užívat léky na ředění krve (tzv. duální antiagregační léčba) jako prevenci před vytvořením krevní sraženiny v koronární tepně. Bez této léčby by mohla krevní sraženina v koronární tepně vzniknout jako

obránná reakce organismu na cizí materiál (stent) a na porušení cévní výstelky (endotelu), ke kterému při PCI vždy dochází.

Zdravotní pojišťovna Vám dle povahy onemocnění a typu výkonu připlácí na tuto léčbu 1-6 měsíců. Velkými klinickými studiemi bylo však prokázáno, že pacienti mají lepší dlouhodobé výsledky léčby, pokud užívají tyto léky 9-12 měsíců. Doporučujeme Vám proto užívat lék clopidogrel (firemní název Plavix) po dobu 9-12 měsíců i za cenu vlastní plné úhrady léku. Alternativou k tomuto léku je lék ticlopidin (např. firemní název Tagren), který má srovnatelnou účinnost s clopidogrelem v prevenci výskytu trombóz po zavedení stentu, je po PCI bez doplatku, avšak pro účely zjištění možných hematologických nežádoucích účinků se doporučuje kontrolovat krevní obraz v prvních třech měsících léčby vždy po 14 dnech.

Návrat do zaměstnání po PCI je individuální dle průběhu onemocnění a povahy výkonu. Optimální dobu pracovní neschopnosti Vám proto doporučí Váš ošetřující lékař.

Byl jsem poučen o právu se svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu a vyšetření případně odmítnout.

Potvrzuji, že níže podepsaný lékař mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu. Měl jsem možnost klást doplňující otázky a na tyto mi bylo řádně odpovězeno. Všem poctaným informacím jsem plně porozuměl, byl jsem informován o možných komplikacích a souhlasím s výše uvedeným diagnostickým a léčebným postupem. V případě vzniku neočekávaných komplikací souhlasím s provedením dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.

Jméno
Příjmení
Rodné číslo

dne:

podpis pacienta:
(zákonného zástupce)

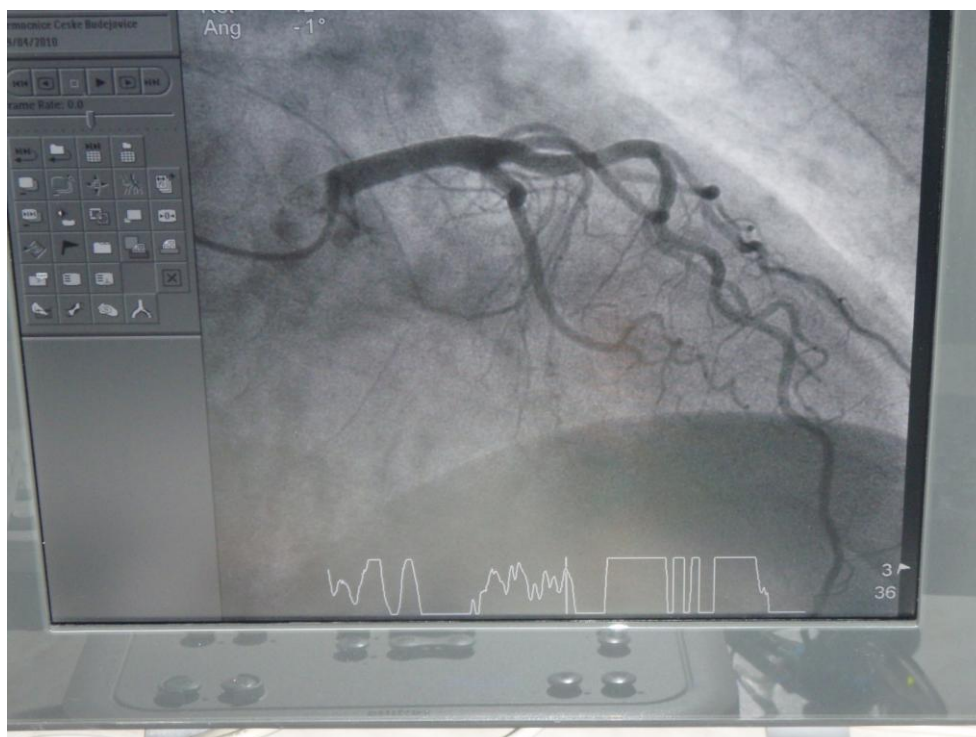
podpis lékaře:

podpis svědka:

Příloha 5



Obrázek 1: Katetrizační laboratoř



Obrázek 2: Snímek věnčitých tepen



Obrázek 3: Koronární jednotka



Obrázek 4: Standardní lůžkové oddělení

Zdroj: Nemocnice České Budějovice a. s.