

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.**

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S ISCHEMICKOU CHOROBU SRDEČNÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MICHAELA NAVRÁTILOVÁ**

**Praha 2012**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S ISCHEMICKOU CHOROBU SRDEČNÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MICHAELA NAVRÁTILOVÁ**

Stupeň klasifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová  
Praha 2012



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Navrátilová Michaela**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 28. 2. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou chorobou srdeční

*Nursing Care of the Patients with Coronary Heart Disease*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

## **ABSTRAKT**

NAVRÁTILOVÁ, MICHAELA. Ošetrovatelská péče o pacienta s ischemickou chorobou srdeční. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová. Praha. 2012. s. 71.

Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretickou část věnujeme charakteristice ICHS, historii, rizikovým faktorům, projevům, prevenci a také léčbě ICHS. Dále také stabilní, námahové angině pectoris její patogenezi, první pomoci a kardioverzi. Je zde uveden psychický a fyzický dopad nemocného na dané onemocnění. V práci je zahrnuto i ošetrovatelství jako takové. V praktické části se věnujeme kazuistice s ošetrovatelským procesem. Tato část je také zaměřená na ošetrovatelskou péči daného onemocnění.

Klíčová slova: Angina pectoris. Ischemická choroba srdeční. Ošetrovatelský proces.

## **ABSTRACT**

NAVRÁTILOVÁ, MICHAELA. Nursing Care of Patient with Ischemic Heart Disease Nursing College, o.p.s., Degree: Bachelor, Tutor: PhDr. Karolina Moravcová, Prague 2012. 71 Pages.

The thesis is divided into two parts: theoretical and practical part.

The theoretical part is concerned with characteristics IHD, history, risk factors, signs and symptoms, prevention and treatment for IHD. It is also about stable, exceptional angina pectoris, pathogenesis, first aid and cardioversion. Here it also mentions mental and physical impact on the patient's disease. The thesis also included nursing.

The practical part deals with casuistry of the nursing process. This part is focused on nursing care of the disease.

**Key words:** Angina Pectoris. Ischemic Heart Disease. Nursing Process.

# PŘEDMLUVA

Ischemická choroba srdeční je onemocnění, které vzniká na podkladě akutního nebo chronického omezení, případně zastavením průtoku krve vlivem změn na větších tepnách do určité oblasti srdečního svalu, kde vzniká ischemie až nekróza.

K poškození svalu dochází z důvodu nepoměru mezi dodávkou a potřebou kyslíku v myokardu. (ŠPINAR a kol., 2003).

Na řešení ošetrovatelských problémů byl využit koncepční model dle M. Gordonové. Výběr byl na základě častého využití při studiu na vysoké škole. Model slouží ke zhodnocení ošetrovatelské péče sestrou, nikoli lékařem.

Tato práce je zaměřená na problematiku ischemické choroby srdeční a zejména na anginu pectoris. Důležité je poukázat na skutečnost a vážnost této choroby.

Výběr tohoto tématu je hlavně z důvodu přítomnosti ischemické choroby srdeční - anginy pectoris v rodině a dále osobní zájem o toto onemocnění. Údaje byly získány, jak z odborné literatury, tak od osoby, které se angina pectoris týká.

Práce je určena nejen pro sestry a další zdravotnické osoby, ale také pro ty, kterých se angina pectoris nějakým způsobem týká.

Tímto by jsme také chtěli poděkovat PhDr. Karolině Moravcové, Mgr. Libuši Doležalové a Mgr. Michaele Vízkové za pomoc, rady a úpravy při zpracování bakalářské práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	13
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	14
<b>1 Charakteristika onemocnění</b> .....	14
1.1 Historie.....	14
1.2 Rizikové faktory ICHS.....	15
1.2.1 Rizikové faktory ischemické choroby srdeční v dětství.....	16
1.3 Formy ischemické choroby srdeční.....	16
1.4 Výskyt onemocnění.....	16
1.5 Diagnostika ICHS.....	17
1.6 Prevence ICHS.....	18
<b>2 Angina Pectoris</b> .....	19
2.1 Projevy stabilní anginy pectoris.....	19
2.2 Výskyt anginy pectoris.....	20
2.3 Prognóza anginy pectoris.....	20
2.4 Patogeneze anginy pectoris.....	21
2.5 První pomoc.....	21
2.6 Režimová opatření.....	22
2.7 Angina pectoris u diabetiků.....	22
<b>3 Vyšetřovací metody</b> .....	23
3.1 Fyzikální vyšetření.....	23
3.2 Klidové EKG.....	23
3.3 RTG snímek hrudníku.....	24
3.4 Koronarografie.....	24
<b>4 Léčba</b> .....	25
4.1 Léky na ICHS.....	25
4.2 Léčba anginy pectoris.....	26
4.3 Léky na anginu pectoris.....	27
4.4 Kardioverze.....	28
4.5 Příprava sestry k výkonu kardioverze u pacienta.....	29
4.6 Vhodné potravinové doplňky a dieta pro kardiaky.....	30
<b>5 Psychický dopad na onemocnění pacienta</b> .....	31
5.1 Zdravotní stav člověka a jeho změny.....	31
5.2 Boj pacienta s nemocí.....	31
5.3 Etapy procesu boje s nemocí.....	32
5.4 Deprese u kardiovaskulárně nemocných.....	32
5.5 Vliv psy faktorů na vznik kardiovaskulárních onemocnění.....	32
<b>6 Ošetřovatelství</b> .....	33
6.1 Definice ošetřovatelství.....	33
6.2 Předmět ošetřovatelství.....	33
6.3 Cíl ošetřovatelství.....	33
6.4 Ošetřovatelský proces.....	34
6.4.1 Fáze ošetřovatelského procesu.....	34
6.5 Ošetřovatelské diagnózy užívané v souvislosti s Anginou Pectoris.....	34
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	36
<b>7 Kazuistika pacientky s ischemickou chorobou srdeční</b> .....	36
7.1 Systémové zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové.....	38
7.2 Ošetřovatelské diagnózy dle kapesního průvodce zdravotní sestry.....	46
<b>8 Zhodnocení ošetřovatelské péče</b> .....	65



8.1	Zhodnocení ošetrovatelské péče sestrou .....	65
8.2	Zhodnocení ošetrovatelské péče pacientkou a její rodinou.....	66
8.3	Doporučení pro praxi .....	67
<b>ZÁVĚR</b>	.....	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	.....	<b>69</b>
<b>PŘÍLOHY</b>		

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>AA</b> .....	alergologická anamnéza
<b>BMI</b> .....	body mass index
<b>D</b> .....	dech
<b>EA</b> .....	epidemiologická anamnéza
<b>ECHO</b> .....	echokardiografie
<b>EKG</b> .....	elektrokardiogram
<b>FA</b> .....	farmakologická anamnéza
<b>FIS</b> .....	fibrilace síňí
<b>GA</b> .....	gynekologická anamnéza
<b>ICHDK</b> .....	ischemická choroba dolních končetin
<b>ICHS</b> .....	ischemická choroba srdeční
<b>JIP</b> .....	jednotka intenzivní péče
<b>NO</b> .....	nynější onemocnění
<b>O2</b> .....	kyslík
<b>OA</b> .....	osobní anamnéza
<b>P</b> .....	puls
<b>PA</b> .....	pracovní anamnéza
<b>PHK</b> .....	pravá horní končetina
<b>RA</b> .....	rodinná anamnéza
<b>RTG</b> .....	rentgenové vyšetření
<b>SA</b> .....	sociální anamnéza
<b>TK</b> .....	krevní tlak
<b>TT</b> .....	tělesná teplota

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Ablace** - odstranění části těla či tkáně

**Abusus** - závislosti

**Anemie** - chudokrevnost

**Angiografie** - vyšetření, ve kterém je zobrazeno cévní řečiště - rtg zobrazovací metoda

**Angioplastika** - metoda zobrazující věnčité tepny srdce znečitlivěním třísla

**Angiotenzin** - protein

**Antianginózní** - léky působící proti angině pectoris

**Antiarytmika** - léky udržující normální srdeční činnost

**Antidepressiva** - léky užívající se na psychiatrické poruchy - deprese

**Antioxidanty** – látky, které pohlcují volné radikály v lidském organismu

**Aortokoronární bypass** - přemostění zúžených srdečních tepen cévním štěpem

**Apendix** - slepé střevo

**Arytmie** - nepravidelný srdeční tep

**Ataky** - prudké záchvaty nemoci

**Aterogeneze** - vznik aterosklerózy - poškození endotelu

**Aterosklerotické pláty** - tzv. nánosy nečistot

**Ateroskleróza** - onemocnění tepen

**Betablokátory** - lék tlumící srdeční arytmie

**Cyanóza** - namodralá barva kůže nebo sliznic

**Dekubit** - proleženina

**Diabetes mellitus** - cukrovka

**Diagnostická technologie** - proces stanovení vyšetření pacienta

**Diagnóza** - rozpoznání, přesné určení choroby

**Diastola** - relaxace srdečního svalu

**Diuretika** - léky na odvodnění

**Dušnost** - obtíže při dýchání, tlak na prsou nebo sevření

**Dysfunkce** - porucha funkce

**Elektrokardiogram** - záznam elektrické aktivity srdečního svalu

**Embolie** - zaklínění vmetku (embolu) v krevních cévách s jejich následným ucpaním

**Enviromentální** – vztah k vnějšímu prostředí

**Enzym** - bílkovina

**Farmakologická léčba** - léčba vztahující se k lékům

**Fibrilace** - rychlé a nepravidelné stahy svalu

**Fyziologické parametry** - tělesné funkce v normě

**Halux** - kloub na palci u nohy

**Hemodynamicky** - popis oběhu krve na skladbě fyzikálních principů

**Hernie** - kýla, vytlačení z některého z břišních orgánů

**Hiátová** - brániční

**Holter** - záznam pacienta v průběhu 24 hodin při jeho běžné denní činnosti

**Hyperglykémie** - vysoká hladina cukru

**Hyperhomocysteinémie** - porucha nitrobuněčné látkové přeměny

**Hyperinzulinémie** - zvýšená koncentrace inzulínu v krvi

**Hypertenze** - vysoký krevní tlak

**Hypertriglyceridémie** - zvýšené množství tuků v krvi

**Hypertrofie** - zvětšení orgánů v důsledku jeho zvětšení buněk

**Hypolipidemika** - léky snižující hladinu tuků a cholesterolu v krvi

**Cholesterol** - vysoká hladina cukru v krvi

**Incidence** - počet nově vzniklých případů daného onemocnění za jeden rok

**Infuze** - podávání tekutin do žíly

**Inotropní změny** - srážlivost myokardu, změna v podávání léků

**Intelektuální** - duševní činnost člověka, rozumový

**Interpretace** - výklad, objasnění

**Intolerance** - nesnášenlivost

**Invazivní** - pronikající

**Ischémie** - místní nedokrevnost tkáně nebo orgánu

**Izotopové vyšetření** - vyšetření prováděné pomocí radioizotopů

**Kalciové kanály** - látky zvyšující citlivost buněk myokardu k iontům kalcia

**Kanyla** - kovová (plastová) trubička umožňující proudění tekutin nebo vzduchu

**Karcinom** - zhoubný nádor

**Kardiomegalie** - zvětšení srdce nebo některých jeho částí

**Kardiomyopatie** - onemocnění srdeční svaloviny

**Kardioverze** - přerušování srdečních arytmií

**Karpální tunel** - útlakový syndrom, poškození středního nervu

**Kaskáda** - systém složený z postupně se aktivujících složek

**Katetrizace** - vyšetření srdce a oběhu

**Komplexní péče** - celková péče

**Konzervativní léčba** - neoperativní léčba

**Koronarografie** - rentgenové vyšetření koronárních tepen

**Městnání** - hromadění

**Morbidita** - nemocnost

**Mortalita** - úmrtnost

**Muskuloskelet** - svalová kostra

**Na lačno** - na prázdko

**Nauzea** - pocit nevolnosti, nutkání ke zvracení

**Neinvazivní** - bezbolestná

**Nekróza** - odumření tkáně nebo části orgánu

**Nikotin** - tabák

**Nitroglycerin** - lék užívaný k léčbě Ischemické choroby srdeční

**Ostia** - kost

**Ozvy** - zvuky provázející srdeční činnost

**Palpace** - vyšetření pohmatem

**Palpitace** - bušení srdce

**Pektaanginózní potíže** - bolesti na hrudi, bolest v lýtkách při chůzi

**Percepce** - vnímání

**Perfuze** - průtok krve

**Periferní pulz** – cévní pulz

**Pleurální dutina** - prostor mezi oběma listy pleury

**Prevalence** - počet všech případů určitého onemocnění za jeden rok

**Primodiagnostika** - prvotní záznam nemoci, vyšetření

**Prinzmetalova Angina Pectoris** - méně častá forma onemocnění srdce

**Prognóza** - předpověď průběhu a zakončení nemoci

**Progrese** - postup onemocnění, jeho zhoršování

**Remodelace** - omlazení

**Reoperace** - oprava

**Revaskularizační** - laserová metoda obnovy vaskularizace myokardu

**Revmatismus** - zánět kloubů

**Saturace** - kyslík v krvi

**Sinusový rytmus** - základní rytmus srdeční činnosti

**Spasmus** - svalová křeč

**Stent** - endoprotéza vkládaná do trubicových orgánů k zajištění jejich průchodnosti

**Syfilitické postižení** - chronicky probíhající infekční onemocnění

**Symptomatologie** - zaměřená na příznaky - projevy nemoci

**Systola** - koordinovaný srdeční stah svaloviny síňí nebo komor

**Tachykardie** - zrychlení srdeční činnosti

**Transfemorální** - přes stehno (stehenní cévou)

**Transfúze** - krevní převod

**Transluminální** - procházející skrz lumen dutého orgánu (cévy)

**Triglyceridy** - určité množství tuku v krvi

**Trombogenní** - vedoucí ke vzniku krevní sraženiny

**Trombus** - krevní sraženina

**Turgot** - napětí kůže

**Tyreotoxikóza** - onemocnění z nadměrného množství hormonů štítné žlázy v krvi

**Vaskulitické postižení** - zánětlivé onemocnění cév

**Vegetativní projevy** - udržující růst a život bez závislosti na vůli

**Warfarin** - lék snižující krevní srážlivost

**Xantelazma** - kožní útvar nažloutlé barvy

## ÚVOD

ICHS je příčinou každého čtvrtého úmrtí v civilizovaných zemích, a u mnoha dalších nemocí, jako diabetes mellitus, hypertenze či chronické selhání ledvin je dokonce jednoznačně hlavní příčinou úmrtnosti.

Současná data ze Světové zdravotnické organizace ukazují, že kardiovaskulární onemocnění jsou zodpovědná asi za 30% celkové mortality na celém světě. Nejčastější příčinou kardiovaskulární mortality u nás i v průmyslově vyspělých zemích je ICHS, která je způsobena koronární aterosklerózou.

Onemocnění cévní stěny, které probíhá dlouhodobě je ateroskleróza. (ŠPINAR a kol., 2003)

Cílem této práce je obohatit o tuto chorobu jak všeobecné sestry, tak i laickou veřejnost, jimiž jsou často sami nemocní a jejich rodina. Obohatit je o vážnost tohoto onemocnění, aby byli informováni, s jakým onemocněním se jejich blízký člověk potýká.

Navrhnut zde byl plán ošetrovatelské péče o pacienta s ischemickou chorobou srdeční za využití koncepčního modelu dle M. Gordonové.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Charakteristika onemocnění

Ischemická choroba srdeční je onemocnění, které vzniká na podkladě chronického nebo akutního omezení, případně zastavení průtoku krve, což je ovlivněno změnou na věnčitých tepnách do určité oblasti srdečního svalu, kde může vznikat ischemie až nekróza. K poškození svalů dochází z důvodu nepoměru mezi dodávkou a potřebou kyslíku v myokardu. (ŠPINAR a kol., 2003)

Každé čtvrté úmrtí v civilizovaných zemích je ischemická choroba srdeční. (ŠPINAR a kol., 2003). Ischemické chorobě srdeční lze do jisté míry předcházet a také určit rizikové pacienty a ty následně léčit. Proto se ICHS stala předmětem tisíců výzkumných týmů na celém světě. (VESELKA 2009).

Cílem dnešní moderní kardiologie je co nejvíce napomáhat k odstranění potíží bypassem, stentem nebo angioplastikou. Je důležité upozornit na to že, po následujícím řešení musí následovat vždy intenzivní léčba, což je léčba farmakologická (léky) a léčba nefarmakologická (životospráva). Pravidelné a doživotní užívání léků, je pro pacienta nezbytné. (ŠPINAR a kol., 2007)

Kardiochirurgické výkony tvoří 60 - 70% ischemická choroba srdeční.

V tomto vyspělém světě je nejrozšířenějším projevem onemocnění infarkt myokardu a angina pectoris. (ŠPINAR a kol., 2007)

### 1.1 Historie

Mluvíme-li o koronární chorobě je ve většině případů ischemická choroba srdeční, která je u většiny případů podmíněna postižením koronárních tepen. Při stanovení přesné diagnózy, způsobu terapie, určení prognózy, znalost anatomie koronárního řečiště nezbytná. Katetrizací je tedy míněno u ICHS provedení koronarografie levé a pravé věnčité tepny. Historicky datujeme první pokusy o angiografii koronárních tepen do 30. let 20. století (Reboul 1993, Rousthoi 1993). (ŠPINAR a kol., 2003)



## 1.2 Rizikové faktory ICHS

(MARŠÁLEK, 2006) uvádí:

a) biochemické a fyziologické charakteristiky:

- zvýšený celkový cholesterol v plazmě,
- nízký HDL – cholesterol,
- hypertriglyceridémie,
- arteriální hypertenze,
- hyperglykémie, diabetes mellitus,
- hyperinzulinémie,
- mírná hyperhomocysteinémie,
- trombogenní faktory.

b) nemodifikovatelné osobní charakteristiky:

- věk (muži nad 45let, ženy v menopauze),
- mužské pohlaví,
- rodinná anamnéza ICHS v příbuzenstvu,
- osobní anamnéza a manifestace aterosklerózy.

c) faktory životního stylu:

- vysoký energetický příjem neodpovídající fyzické aktivitě,
- nízká tělesná aktivita obecně,
- nadbytečný příjem cholesterolu,
- kouření tabákových výrobků,
- nadměrný příjem alkoholu.

### **1.1.1 Rizikové faktory ischemické choroby srdeční v dětství**

(VRÁBLÍKOVÁ a VRÁBLÍK, 2003) uvádí:

- cévní stěna je poškozována od raného věku kardiovaskulárními faktory,
- zajistit vhodnou fyzickou aktivitu a určitě správnou životosprávu,
- motivovat adolescenty k tomu, aby nepožívaly nikotin,
- stanovení hladin HDL a triglyceridů vyšetřením. U dětí se vyšetření provádí na lačno,
- děti co mají diabetes mellitus, je zapotřebí určit lipidy,
- u dětí s arteriální hypertenzí by se mělo nejprve začít s vyšetřením v rodinách,
- farmakologická léčba je u dětí mladších 10 Ti let na zvážení.

### **1.3 Formy ischemické choroby srdeční**

Bolestivé formy: angina pectoris - námahová, stabilní, akutní koronární syndrom, angina pectoris - nestabilní, Prinzmetalova angina pectoris, infarkt myokardu (z 20% IM je nebolestivých).

Nebolestivé formy: němá ischemie, srdeční arytmie, náhlá smrt (může ji předcházet smrt). (ŠPINAR a kol., 2003)

### **1.4 Výskyt onemocnění**

Hlavní příčinou úmrtnosti jsou stále ve většině zemí na prvním místě kardiovaskulární choroby. Velký pokrok získala zejména v systému zdravotní péče intervenční kardiologie. Současně limitované prostředky v systému zdravotní péče ve všech zemích světa s sebou přináší zásadní otázku - budou mít pacienti prospěch z diagnostických a léčebných technik, které jsou velice nákladné. (LANG a kol., 2008)

Mortalita v naší populaci je způsobená nejčastěji ischemickou chorobou srdeční, která má na kontě daleko víc úmrtí než jakákoliv jiná onemocnění včetně všech typů karcinomů. (KLENER a kol., 1994).

V České republice je ročně provedeno přibližně přes 11 tisíc srdečních operací, což je něco přes 1000 operací na milion obyvatel. Stejný počet je zhruba i v USA a současně jedno z největších čísel v Evropě. Kvalita péče, která je měřená různými ukazateli, je také na velmi vysoké úrovni. A to proto, abychom nejen zabránili úmrtí pacientů s nemocným srdcem, ale abychom rovněž výrazně zlepšili kvalitu jejich života. U velké většiny pacientů se po operaci jejich kvalita života podstatně zlepší. (ŠPINAR, 2007)

Na základě poklesu úmrtnosti srdečních příhod však nedochází k významnému posunu onemocnění. Výskyt ICHS výrazně stoupá, což je potvrzené z dostupných dat. Nárůst stoupá i v náročnosti celkové ekonomiky, jedná se o množství a ceně léků. (MARŠLÁLEK, 2006).

## 1.5 Diagnostika ICHS

Správně diagnostikovat ischemickou chorobu srdeční znamená:

- určit přítomnost rizika
- správně provést vyšetření a také anamnézu
- zvolit správné vyšetřovací metody
- u indikovaných případů provést koronarografické vyšetření. (DANZIG, 2006)

(NIEDERLE a kol., 2000) uvádí:

Pokud přijde nemocný s bolestí na prsou k lékaři, je důležité potvrzení, nebo vyloučení, zda jde o ischemickou chorobu srdeční s postižením tepen. V rozhovoru s nemocným se ptáme dotazy, které jsou cílené na charakter onemocnění a k nim slouží krvavé a nekrvavé vyšetřovací metody, které nám pomohou určit nebo vyloučit určitou diagnózu:

Invazivní metody (krvavé): srdeční katetrizace s rentgenovým zobrazením věnčitých tepen (koronarografie).

Neinvazivní metody (nekrvavé): elektrokardiogram (EKG), srdeční ultrazvuk (ECHO), zátěžové EKG nebo ECHO, isotopová klidová zátěžová vyšetření.

Správný léčebný postup závisí na přítomnosti dané choroby a také závisí na předchozí diagnostice nemocného. (DANZIG, 2006)

## **1.6 Prevence ICHS**

Dlouhodobý úspěch veškeré léčby je uplatnění sekundární prevence a jejich hlavních zásad:

- Zvýšená tělesná aktivita,
- Odbourání nikotinu,
- Dodržovat správnou a zdravou výživu, hlídat redukci váhy (zvláště u obézních),
- Dodržování správného užívání léků na doporučení lékaře.

Na dodržování všech těchto zásad se podílí celá řada lékařů (praktik, internista, kardiolog). To ale nestačí, důležitý je zde hlavně podíl nemocného a jeho aktivita, tj. dodržování zásad správné a zdravé životosprávy a hlavně si nemocný musí uvědomit závažnost situace a pracovat na jejím zlepšení. (NIEDERLE a kol., 2000)

## 2 Angina Pectoris

Angina pectoris je forma ICHS, která se projevuje v první řadě bolestí na hrudi, kterou způsobuje to, že je do srdečního svalu dodáváno méně kyslíku, než odpovídá jeho okamžité potřebě. Na tepové frekvenci je závislá především spotřeba kyslíku srdečním svalem - jak srdce bije. Dále je závislá na tlaku, proti kterému musí srdce pracovat (krevní tlak). Proto dochází k nedostatečné dodávce kyslíku do srdce především při zvýšené námaze anebo při vysokém krevním tlaku. Typickým projevem anginy pectoris je krátkodobá, obvykle vracející se bolest, jejímž charakterem je tlak na hrudi, který je zejména uprostřed, nebo za hrudní kostí, ale i za nebo pod ní. Může se objevit ojediněle i v části břicha a pod levou lopatkou a levou horní končetinou. Angina pectoris má další dělení a to: angina pectoris nestabilní a angina pectoris stabilní. (VESELKA, 2009).

Angina pectoris je také velice často doprovázena dalšími příznaky, jako dušností, pocením či nauzeou nebo úzkostí, které mohou v různých kombinacích přicházet i bez samotné bolesti. Řada nemocných je citlivá jen na psychickou zátěž a potíže nastávají jen při rozrušení. Vyvolávající moment je fyzická zátěž a spěch. (DANZIG a kol., 2006)

Bolest většinou rychle ustoupí po nitrátovém spreji, nebo pokud má u sebe nemocný nitroglycerin. (ŠPINAR, 2007). Jinými slovy - srdeční sval je zásoben krví, jež zásobují věnčité tepny a pokud nedodají dostatečné množství krve do svaloviny srdeční, dochází k ischemii - nedokrevnosti. (MATOUŠKOVÁ a kol., 2000)

V určování intenzity bolesti nám pomůže analogová stupnice. Na stupnici od 0 do 10 můžeme hodnotit svou bolest jako slabou, mírnou, středně silnou, krutou a nesnesitelnou bolest. 0 nezobrazuje žádnou bolest a 10 nesnesitelnou bolest. Viz Příloha B a C.

### 2.1 Projevy stabilní anginy pectoris

Typické projevy stabilní anginy pectoris již byly popsány výše. Jako stabilní jí označujeme kvůli její určité trvalosti, neměnnosti a stabilitě. V typickém případě se u nemocného při určité námaze objevují anginózní potíže, které jsou zde popsány. Tyto potíže většinou trvají tak dlouho, dokud nemocný nepoleví z činnosti, kterou vykonává, nebo pokud nepoužije některý z působících léků. Nutno zdůraznit, že stabilní angina

pectoris je sice život omezující forma ischemické choroby srdeční, má však ve svých mírných formách dobrou prognózu právě do té doby, dokud se neobjeví některá ze závažnějších forem ICHS, tedy nestabilní angina pectoris nebo akutní infarkt myokardu. (VESELKA, 2009)

Anginou pectoris se tedy srdeční sval nepoškodí natrvalo, ale může to být varovný signál, že by se mohl dostavit srdeční infarkt. Část lidí má anginu pectoris, ale je možný, že srdeční infarkt nikdy nedostanou. Další část lidí má anginu pectoris zejména po srdečním infarktu. Pak se tato forma anginy pectoris nazývá jako nejzávažnější, protože značí signály buď původního infarktu, nebo je postižena více jak jedna céva. (ŠPINAR a kol., 2007)

## **2.2 Výskyt anginy pectoris**

Mezi nejčastější potíže u lékaře v jeho ordinaci je angina pectoris, do níž v první příčce patří skupina mužů, kteří jsou obecně postiženi častěji, pak střední a starší věková skupina, kde se prevalence přibližuje až o 10%.

Skupinová incidence - což je 61-70 let činí 2,32 %, u žen je to 1,08 %. (DANZIG a kol., 2006).

## **2.3 Prognóza anginy pectoris**

Roční úmrtnost chronické stabilní anginy pectoris se pohybuje od 1,6 % do 3,2 % a výskyt infarktu myokardu nebo úmrtí je od 3 % do 4,6 %. Angina pectoris může dočasně někdy i trvale vymizet při rozvoji nekrózy, která ischemickou spouštěcí oblast odstraní. Angina pectoris však může probíhat po celou délku života. Dále rozvoj ICHDK nebo zhoršení artrózy velkých kloubů vede k vymizení anginy pectoris, protože je nemocný nucen k omezení tělesné zátěže. (ŠPINAR a kol., 2003)

Koronární ateroskleróza a její progrese představuje největší riziko s projevy ICHS, které jsou akutní a dále vznikem nestabilní anginy pectoris, srdečního selhávání a infarktu myokardu nebo také náhlé srdeční smrti. Mezi nejčastější příčiny smrti také patří akutní projevy ICHS spolu se selháním srdce. U mužů je roční mortalita kolem 1,4 %.

### **Prognózu nemocného ovlivňují nejčastější faktory:**

- levá komora srdeční a její funkce,
- postižení koronárního řečiště v jejím rozsahu,
- rozsah a stupeň ischemie při testech, které se nazývají funkční,
- použití léčby jako je revaskularizační a farmakologická.

Echokardiografické vyšetření a její stanovení funkce a velikosti levé komory srdeční, by měli podstoupit všichni nemocní. (ŠPINAR a kol., 2003).

## **2.4 Patogeneze anginy pectoris**

Srdce je v celém těle nejcitlivějším orgánem zejména na přívod kyslíku. Kyslíková extrakce je v myokardu za bazálních podmínek tak vysoká, že zvýšení při vyšších nárocích na spotřebu kyslíku není z praktického hlediska možné.

Zvláštností koronárního oběhu je skutečnost, že když během systoly jsou tepny stísněny kontrahovanou svalovinou a průtok jimi je tak minimální. Délka diastoly je tak důležitým faktorem určujícím koronární průtok. Když se urychlí srdeční frekvence, poté stoupají nároky na potřebu kyslíku a zároveň se zkrácením diastoly tak snižuje možnost okysličené krve a jejímu přítoku. Nejčastější situací, kdy vznikají anginózní potíže je tachykardie.

Zúžení aterosklerotického postižení koronárních cév je nejčastější příčinou, dále to také může být syfilitické a vaskulitické postižení. Zúžení koronárního řečiště nemusí být podmíněno jen organickou stenózou, ale i spasmem, který je přechodný.

Bolest u anginy pectoris značí jistý vrchol tzv. ischemické kaskády, na jejímž počátku stojí porucha perfúze. (DANZIG a kol., 2006).

## **2.5 První pomoc**

S největší pravděpodobností jít k lékaři. Lékař vám řekne, v jakém stavu jsou vaše tepny a zjistí jak velký je rozsah cholesterolu. Dále jak hodně jsou zúžené vaše tepny a hlavně na jaká místa se má zaměřit. Pro zvolení nejvhodnější léčby a zjištění rizika,

musí pacient projít celkově kardiologickým vyšetřením. Léčba je nezbytná proto, aby nedošlo k případnému infarktu myokardu. (DANCHIN a CUZIN, 2004)

## **2.6 Režimová opatření**

Pro člověka s anginou pectoris musíme brát v úvahu, že je třeba definitivně přestat s kouřením. Toto opatření lze považovat nejen za prevenci forem ICHS, které jsou závažné a přispívají i ke zmírnění symptomatologie.

Nemocným s anginou pectoris je třeba doporučit dodržování vhodných diet, které mají snížený obsah živočišných tuků a především také omezit leckdy nadměrný požívání alkoholu.

Důležitá pro nemocné je také pohybová aktivita. Avšak zahájit tělesnou aktivitu je možné až po konzultaci se svým lékařem. Lékař pacientovi doporučí lehkou tělesnou aktivitu, která je ale vytrvale dynamická s preferencí plavání a chůze. Silné sporty se pro pacienty moc nedoporučují. Při sportu je dále samozřejmostí, že nesmí docházet k jakýmkoliv záchvatům anginy pectoris. A že nemocný není vystaven chemickým atakám. Pro nemocné bývá velice těžké vyhnout se stresujícím a zatěžujícím situacím, se kterými se třeba denně potýkají. Musíme zde apelovat na to, aby byly tyto situace co nejvíce zmírněny a nemocný byl tak ušetřen záchvatům anginy pectoris. Jejich výskyt lze snížit až o 60 %. (DANZIG a kol. 2006).

## **2.7 Angina pectoris u diabetiků**

Velmi častým klinickým problémem u diabetiků je právě angina pectoris. Avšak je u nich typický výskyt bezbolestných atak ischémie. Prevalence ICHS je totiž zvýšena až 25 krát oproti všeobecné populaci. Pektaanginózní potíže by nás u diabetiků neměli překvapit i přesto že by se jednalo o mladého člověka, u něhož by se mělo pátrat po přítomnosti poruchy metabolismu cukrů. Pro diabetiky je přítom typické mnohočetné až difúzní postižení koronárního řečiště. (DANZIG, 2006).



## 3 Vyšetřovací metody

(ŠPINAR a kol., 2003) uvádí:

- klidové EKG,
- RTG srdce a plic,
- zátěžové EKG,
- ambulantní monitorování EKG (Holter),
- echokardiografie,
- izotopové metody,
- zobrazení magnetickou rezonancí a výpočetní tomografií,
- invazivní katetrizační metody.

### 3.1 Fyzikální vyšetření

Nejtypičtější vyšetření u nemocných se stabilní anginou pectoris. Při vyšetření provedeném během záchvatu bolesti můžeme najít přechodné známky dysfunkce u levé komory srdeční: zvýšený krevní tlak, mírnou tachykardii, může se objevit 3. nebo 4. ozva, eventuálně i cval, přechodný systolický šelest z relativní mitrální nedostatečnosti při dysfunkci levé komory nebo dokonce známky levostranné srdeční nedostatečnosti.

Při pečlivém kardiologickém a interním vyšetření můžeme také někdy odhalit srdeční vady chlopní, hypertenzi, hypertrofickou kardiomyopatii, xantelazma, tyreotoxikózy nebo známky anemického syndromu. Významné je také palpační vyšetření hrudníku, které může odhalit muskuloskeletární bolest na hrudníku. Fyzikálním vyšetřením lze odhalit i bolesti pleurální a jiné nekardiální příčiny bolesti na hrudníku. (ŠPINAR a kol., 2003)

### 3.2 Klidové EKG

Každý nemocný s anginou pectoris musí mít klidový 12 svodový záznam EKG křivky. Ačkoliv má tato křivka fyziologický tvar u více jak 50 % nemocných. Normální klidová EKG křivka nevyklučuje těžkou formu anginy pectoris, jelikož mezi

jednotlivými záchvaty může být EKG křivka fyziologického tvaru. (ŠPINAR a kol., 2003).

### **3.3 RTG snímek hrudníku**

U většiny nemocných, kteří mají stabilní anginu pectoris mají normální RTG hrudníku, pokud ovšem nemají levokomorovou dysfunkci (kde nacházíme plicní žilní městnání, kardiomegalii). Provedení snímku je důležité z hlediska diferenciální diagnostiky ostatních příčin bolestí na hrudníku (hiátová hernie, plicní příčiny a jiné). (ŠPINAR a kol., 2003)

### **3.4 Koronarografie**

Nemocní s typickým anginózním syndromem obtížně reagují na medikamentózní terapii, což se jim projevuje výrazným omezením života a jeho kvality.

Pacienti s atypickými nebo pacienti symptomatictí jsou indikováni k provedení koronární angiografie při závažném nálezu ischemie při některém z neinvazivních vyšetřovacích metod a současném nálezu rizikových faktorů. (ŠPINAR a kol., 2003)

Ukazuje se, že asi u 10 - 40 % nemocných vyšetřovaných pro bolest na hrudníku jsou koronarogramy normální v závislosti na přísnosti místně uplatňovaných indikačních kritérií pro invazivní vyšetření, více u žen než u mužů. K revaskularizační léčbě je indikován ten nemocný, který má nález zúžení na základě výsledků koronarografického vyšetření. (ŠPINAR a kol., 2003).

## 4 Léčba

Angina pectoris nebo ischemie myokardu obecně zahrnuje dvě roviny komplexní péče o nemocného. První klade důraz na kvalitu života, obecně vzato - ovlivnění potíží. Druhá je mnohem důležitější a jedná se o prognózu nemocného a jeho zlepšení.

Tato léčba má následující cíle:

- I. - aterogeneze a to jejího zpomalení nebo úplného zastavení,
- II. - zlepšení ischemického myokardu a jeho průtoku,
- III. - zadržení uzávěru cévy trombem. (KLENER a kol., 1994)

(SOVOVÁ, ŘEHOŘOVÁ, 2004) uvádí:

- farmakologická léčba - mezi základní léčbu patří antianginózní léky,
- intervenční léčba - perkutánní transluminální angioplastika,
- operační léčba - používá se u indikovaných nemocných.

### 4.1 Léky na ICHS

Na co nejvhodnější léčbu je třeba se soustředit hned po určení diagnózy. U chronických forem ICHS vystačíme do jistého stupně obtíží s léčbou konzervativní, což znamená, že pacient užívá léky. Pro nemocné s ICHS jsou nejběžnější:

- aspirin zabraňující tvorbě destičkových trombů - sraženiny,
- antianginózní léky - nitroglycerin k zábraně záchvatu u anginy pectoris,
- betablokátory - snižující srdeční práci a výskyt některých poruch srdečního rytmu,
- blokátory kalciových kanálů v membránách buněk srdečního svalu, které rozšiřují věnčité tepny,
- léky zabraňující závažným poruchám rytmu - antiarytmika,
- léky snižující hladinu cholesterolu v krvi - hypolipidemika – zabraňují tvorbě a narůstání aterosklerotických plátů v tepnách, mohou vést i k jejímu zmenšování,

- léky zabraňující remodelaci levé komory - inhibitory, angiotenzin konvertujícího enzymu a zvláště u nemocných s projevy srdečního selhání.

Nemocným, u nichž onemocnění již dosáhlo závažnějšího stupně, poté doporučujeme provedení koronarografie, tzv. rentgenového zobrazení hlavních kmenů věnčitých tepen a dle morfologického nálezu doporučíme:

- léčbu kardiologickou intervencí - angioplastika a další metody,
- léčbu konzervativní - užívání léků,
- léčbu chirurgickou - aortokoronární přemostění tepenným nebo žilním štěpem. (NIEDERLE a kol., 2000)

## 4.2 Léčba anginy pectoris

Léčba anginy pectoris je na základě různých typů odlišná, i přesto, že obecné principy jsou poněkud společné. (ŠPINAR a kol., 2003)

Postoj k angině pectoris a k její léčbě se výrazně zvedl až v posledních letech. A je to díky novým diagnostickým metodám, což je zjištění příčiny onemocnění a především metodám, které umožňují nejenom léčit příčiny což je zúžit cévy, ale především tlumit bolest. (ŠPINAR a kol., 2007)

Moderní léčebné postupy zahrnují jak metody neinvazivní tak invazivní. Aktivní a uvědomělá spolupráce u každého nemocného je samozřejmostí k ovlivnění rizikových faktorů. Invazivní vyšetření a možná léčba vyplývá z vyšetření, které je vyhrazeno pro těžší stádia nemoci. Ambulantně bývá léčena stabilní námahová angina pectoris. Pacient, který má nestabilní anginu pectoris je samozřejmě doporučen k přijetí na koronární jednotku a dále pak k intenzivní farmakologické léčbě. (MATOUŠKOVÁ a kol., 2000)

Nemocný, který má anginu pectoris by u sebe měl mít neustále léky, pro případ, že se mu dostaví záchvat. Jedná se o nitroglycerin, který si v případě, že se mu dostaví bolest na hrudní kosti, dá pod jazyk, kde se úplně rozpustí. Toto lze opakovat pouze po 5 minutách, dokud bolest neustoupí. Ale lze to opakovat jen 3 krát. Může se stát, že

bolest i přesto bude dále trvat a v tom případě musíme neprodleně zavolat odbornou pomoc. Mohlo by se jednat o srdeční infarkt. (ŠPINAR a kol., 2007)

(DANZIG a kol., 2006) uvádí:

**Můžeme zde vysledovat dva základní cíle léčby anginy pectoris:**

- jednak zlepšení kvality života snížením frekvence a tíže záchvatů, k tomu slouží antianginózní léky,
- jednak zlepšení prognózy nemocného zabráněním progresi onemocnění resp. vzniku akutního infarktu myokardu a náhlé koronární smrti.

### 4.3 Léky na anginu pectoris

Léky na anginu pectoris se předepisují v několika způsobech. Jednak se předepisují pro nemocné, aby bolesti u anginy pectoris neznepříjemňovaly život nemocným a dále proto, aby tlumily záchvaty v co nejkratší době. (DANCHIN a CUZIN, 2004)

- **Léky, které snižují úmrtnost** - All - antagonisté, beta - blokátory, ACE - inhibitory, antiagregancia, statiny,
- **Léky, které snižující obtíže** - nitráty a molsidomin, trimetazidin, blokátory vápníku. (ŠPINAR a kol, 2007)

(DANCHIN a CUZIN, 2004) uvádí:

**Nitráty s prodlouženým účinkem:** tyto léky působí až 24 hodin. Podávají se v podobě náplastí nebo se mohou polykat.

**Nitráty a příbuzné léky** - okamžité působení při záchvatu: nitráty se používají většinou ve formě spreje. Jedna dávka se stříkne pod jazyk.

**Blokátory vápníkového kanálu:** rozšiřují věnčité tepny a snižují krevní tlak.

**Betablokátory:** jsou to výborné léky na anginu pectoris, které šetří srdce, protože zpomalují srdeční rytmus a dále snižují krevní tlak.

**Trimetazidin:** lék, který snižuje citlivost srdečních buněk na nedostatek kyslíku.

## 4.4 Kardioverze

Při prvním objevení se fibrilace síní a po vyloučení chlopní vady vám lékař nabídne provedení kardioverze. Kardioverze se provádí buď elektrickým šokem, nebo léky. V dnešní době se provedení kardioverze léky opouští, jelikož bylo provázáno častými komplikacemi a malým úspěchem. Proto je účinnější elektrická kardioverze. (ŠPINAR a kol., 2007)

Pokud má pacient plánovanou kardioverzi, musí se před zákrokem provést příprava nemocného, u které musíme naředit, neboli připravit krev, aby nedošlo k její srážlivosti. To se provádí lékem Warfarin. (ŠPINAR a kol., 2007)

Samotný zákrok spočívá v krátkodobém usnutí nemocného. Krátkodobé anestetikum se vpraví injekcí do žíly a následně je proveden výboj o velikosti 50 - 200 joulů. Nemocný při samotném zákroku nevnímá žádné nepříjemné pocity ani žádné bolesti - výboj je málokdy spojený s komplikacemi a nežádoucími účinky, většinou bývá šetrný k nemocnému. Zřídka však může dojít k popálení kůže v oblasti kde je přiložen defibrilátor. Nejčastějším tvarem defibrilátoru je kruh, který má průměr asi 8 cm a umísťuje se mírně vpravo nad hrudní kostí a více vlevo od spodní části hrudní kosti. (ŠPINAR a kol., 2007)

Je-li kardioverze úspěšná a podařilo se obnovit normální sinusový rytmus, musí se asi ještě 6 týdnů ředit krev. Pokud ale fibrilace síní přetrvává dále, je ředění dlouhodobější. Jestliže se při kardioverzi nepodaří obnovit sinusový rytmus, musíme předcházet embolizaci, která je více než pravděpodobná a nadále udržet alespoň přiměřenou frekvenci. (ŠPINAR a kol., 2007).

Katetrizační ablace se používá k léčbě fibrilami síní stále častěji. Jedná se o metodu, u které je podstatou zavedení cévky do srdce. Toto se začalo používat již v 90. letech 20. století. (ŠPINAR a kol., 2007).

## 4.5 Příprava sestry k výkonu kardioverze u pacienta

### Před výkonem:

- všeobecná sestra poučí pacienta, že o půlnoci před provedením plánované kardioverze nesmí pacient jíst, pít a kouřit tzv. musí být na lačno pozn. /u naléhavé kardioverze minimum „posty“ 4 hod - se musí dodržet/,
- všeobecná sestra poučí pacienta, že pokud trpí alergií na některé léky nebo na včelí bodnutí, musí pacient informovat lékaře,
- všeobecná sestra odebere pacientovi před výkonem krev - na kontrolu srážlivosti (pouze jsou-li příznivé hodnoty - lze provést kardioverze),
- všeobecná sestra pacientovi změří Fyziologické funkce - TK, D, O<sub>2</sub>,
- všeobecná sestra zavede pacientovi kanylu a natočí EKG,
- všeobecná sestra poučí pacienta, že po výkonu bude asi 1 - 2 hodiny pod dozorem a nebude moci řídit automobil a ani pít alkoholické nápoje,

### V průběhu výkonu:

- všeobecná sestra pacienta uloží na lůžko a vysvleče ho do půl těla,
- všeobecná sestra pacientovi vyndá zubní protézu a je-li potřeba - oholí hrudník,
- všeobecná sestra napojí pacienta na monitory, kde sledujeme: srdeční rytmus, krevní tlak, dech a saturaci,
- všeobecná sestra napojí infuzi na kanylu (slouží k udržení průchodnosti).

### Po výkonu:

- všeobecná sestra upozorní pacienta na možné popáleniny (červená místa s mírnou bolestí) a vysvětlí mu, jakou mastí lze popáleniny ošetřit (Framikoin, Dermazul, Calcium),
- všeobecná sestra vysvětlí pacientovi, že může mít nevolnost až zvracení, slabost, točení hlavy, bolesti v zádech nebo na hrudníku,
- všeobecná sestra měří krevní tlak u pacienta každých 15 minut po dobu 2 hodin.

## 4.6 Vhodné potravinové doplňky a dieta pro kardiaky

(PONĚŠICKÝ, 2003) uvádí:

**Koenzym Q** - je to látka, která je součástí tzv. „dýchacího řetězce“ – zelenina,

**Vitamíny** - látky přítomné ve většině potravin v malém množství,

**Ženšen** - především organismus chrání před jeho vyčerpáním,

**Vláknina** - jednoznačně podporuje střevní peristaltiku,

**Česnek** - česnek v krvi pomáhá snižovat hladinu tuků.

**Dieta:** (ŠPINAR, 2007) uvádí:

**9 neslaná šetřící** - je určena pro nemocné s otoky, onemocněním srdce a cév. Dlouhodobé podávání prohlubuje nechutenství, a proto se od této diety v nemocnicích odstupuje.



## 5 Psychický dopad na onemocněného pacienta

Největší dopad na psychiku nemocného je sebepojetí, které je negativní. Přesněji řečeno, to jak pacient hodnotí, vidí a chápe sám sebe. Někdy to přechází v to, že se pacient přestane považovat za úctyhodného a plnohodnotného člověka. (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

### 5.1 Zdravotní stav člověka a jeho změny

Pacientovy představy o tom co mu je, ovlivňují člověka při jeho vnímání jeho vlastního stavu a také ho zároveň ovlivňují při jeho myšlenkách o tom jak na tom zdravotně vlastně je a co s ním bude dál. (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Zdraví je definováno jako (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka. Umožňuje dosahovat optimální kvalitu života. (KŘIVOHLAVÝ, 2001)

### 5.2 Boj pacienta s nemocí

Od pacienta se očekává, že se bude snažit nepoddat své nemoci. Jak pacient zvládá svou nemoc, by mohl vyprávět každý lékař ze své bohaté zkušenosti. Možná by o tom mohl hovořit i každý z nás.

- 1) **Vlastní boj s nemocí** - ve fázi vlastního boje s nemocí jde u pacienta v první řadě o uvědomění si dalších postupů, kterými je možné daný problém řešit.
- 2) **Kognitivní model boje s nemocí** - kladou mimořádný důraz na myšlenkovou stránku psychiky.
- 3) **Interpretace situace** - prvním krokem zvládnutí problémů typu nemoci jsou pro pacienta informace. Rozumí se tomu získání nějaké zprávy, která vede ke snížení nedostatku informací. Vztah získané informace ke zdravotnímu stavu je podstatný, způsob získání této informace je druhořadý. Tyto informace dostává pacient obvykle ze dvou zdrojů: sociální komunikací a percepce neboli vnímáním. (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

### 5.3 Etapy procesu boje s nemocí

Toto je fáze, ve které pacient začíná řešit svůj zdravotní problém. Jedná se o šok, kde dochází u pacienta k nějakému úrazu nebo onemocnění. Tento stav se charakterizuje jako **stav zděšení pacienta**. V další fázi jde o **usebrání** - jedná o stav, kdy si pacient uvědomí, co se vlastně stalo a začíná se vracet do skutečnosti. Fáze - **stažení se ze hry** - zde si pacient plně uvědomuje své chování a jednání a stahuje se do svého mentálního světa. Poslední fáze se nazývá - **tvorba programu k řešení krize**. (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

### 5.4 Deprese u kardiovaskulárně nemocných

Kardiovaskulárně nemocní mají častější výskyt depresí, než běžná populace. Diagnostika u těchto nemocných je nedostatečná. Správné léčby se dostane méně než polovině diagnostikovaných. (PIDRMAN, 2004)

Při rozvoji kardiovaskulárních onemocnění je deprese významný rizikový faktor. Deprese je stejně závažným onemocněním při rozvoji kardiovaskulárních chorob, stejně jako například obezita, zvýšená hladina cholesterolu a kouření. (PIDRMAN, 2004).

Výskyt deprese u kardiovaskulárně nemocných jednak zhoršuje spolupráci při komunikaci a také zvyšuje úmrtnost. Kardiologicky nemocní pacienti s depresí jsou léčeni antidepresivy. (PIDRMAN, 2004).

### 5.5 Vliv psy faktorů na vznik kardiovaskulárních onemocnění

Na to aby člověk zvládnul v životě stresovou situaci, volí různé způsoby. Někdo se uchýlí k tzv. rizikovým faktorům jako je: alkohol, kouření a v horším případě ještě drogy. Častěji se toto jednání při zvládnutí určitého stresu objevuje u mužů. Naopak u žen, je to nadměrná konzumace nevhodných potravin. (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

## **6 Ošetřovatelství**

Ošetřovatelství je vědní disciplína integrující poznatky z humanitních, společenských a přírodních oborů. Má pomáhat jak zdravým tak i nemocným vykonávat činnost prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, kterou by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou vůli, sílu a také znalosti. (BOROŇOVÁ, 2010).

### **6.1 Definice ošetřovatelství**

„Ve slovnících českého jazyka je pojem ošetřovatelství chápán jako nauka o uspokojování potřeb jedinců a skupin vzhledem na jejich stav zdraví a podmínky prostředí. Ošetřovatelství tak zahrnuje nejen odbornou péči o pacienty, ale i komplexní ošetřovatelskou péči ve zdraví i během nemoci a o všechny věkové skupiny. Ukazuje se, že ošetřovatelství nepředstavuje pouze praktické ošetřovatelské potupy, ale že jde o složitý myšlenkový proces.“ (BOROŇOVÁ, 2010 s. 7).

### **6.2 Předmět ošetřovatelství**

Předmětem ošetřovatelství je především zkoumat ošetřovatelské aspekty péče nejenom o jedince ale i skupiny, tzv. determinace a interakce mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavku uspokojení potřeb. (BOROŇOVÁ, 2010).

### **6.3 Cíl ošetřovatelství**

Hlavním cílem ošetřovatelství je komplexně a systematicky upokojovat potřeby člověka s respektem k jeho individuální kvalitě života, vedoucí k navrácení neboli aspoň k udržení zdraví, zmírnění psychické i fyzické bolesti v průběhu umírání. (BOROŇOVÁ, 2010).

## 6.4 Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojování těchto potřeb. Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta.“ (BOROŇOVÁ, 2010 s. 66)

### 4.4.1 Fáze ošetrovatelského procesu

- **Posuzování:** nezbytné pro stanovení sestřerské diagnózy, zahrnuje sběr dat a je součástí veškerých činností, které dělá sestra s pacientem. Hlavním cílem posouzení je založení databáze s odpověďmi pacienta.
- **Diagnostika:** určit chorobu na základě jejích příznaků, prohlášení týkající se nějakého jevu, analýzy stavu, problému nebo situace.
- **Plánování:** proces vytyčení ošetrovatelských intervencí nebo s cílem prevence, eliminace nebo redukce pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny a valorizovány během diagnostické fáze. Cílem plánování je dosažení co nejlepší ošetrovatelské praxe.
- **Realizace:** uplatnění ošetrovatelských strategií, které jsou zaznamenávány v plánu ošetrovatelské péče, dále je to v praxi ošetrovatelská činnost, která je především zaměřená na dosažení nejlepšího výsledku nebo pacientových cílů.
- **Vyhodnocení:** vyhodnotit v ošetrovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo vytyčených cílů a jestli byly splněny. Toto je organizovaná a cílevědomá činnost. (BOROŇOVÁ, 2010).

## 6.5 Ošetrovatelské diagnózy užívané v souvislosti s Anginou Pectoris

Nejčastěji užívané ošetrovatelské diagnózy v souvislosti s Anginou pectoris dle Kapesního průvodce zdravotní sestry: (DOENGES, 2001) uvádí:

**Bolest akutní** - v souvislosti se snížením průtoku krve myokardem, zvýšenou srdeční prací a potřebou kyslíku, projevující se stížnostmi, zúženým vnímáním, silným

rozrušením (neklid, sténání) a vegetativními projevy (pocení, změny základních fyziologických parametrů).

**Srdeční výdej snížený** - v souvislosti k inotropním změnám, změnám srdeční frekvence nebo rytmu a elektrické vodivosti projevující se dušností, neklidem, únavou a změnou duševního stavu.

**Úzkost středně závažná** - v souvislosti se situační krizí, změnou zdravotního stavu nebo hrozbou smrti projevující se obavami, napětím v obličeji.

**Aktivita, intolerance** - v souvislosti k nerovnováze mezi dodávkou a potřebou kyslíku, projevující se námahovou dušností a změnou EKG.

**Neznalost (potřeba poučení)** - v souvislosti nezkušeností pacienta s daným problémem, projevující se dotazy a žádostmi o informace.

**Adaptace porušená, riziko vzniku** - v souvislosti dlouhodobé léčby projevující se změnou životního stylu.

Nejčastěji užívané ošetrovatelské diagnózy v souvislosti s Anginou pectoris dle Kardiologie pro obor ošetrovatelství: (SOVOVÁ, 2004) uvádí:

**Prokrvení tkáně porušené** - v souvislosti s bolestmi na hrudi, projevující se arytmiemi, poruchou frekvence dýchání.

**Akutní bolest** - v souvislosti s bolestí, projevující se obranným chováním, poruchou spánku, rozrušením.

**Neznalost stavu** - v souvislosti s vyjádřením informací o problému, projevující se nepřiměřeným chováním a neadekvátní spoluprací.

**Aktivita / intolerance** - v důsledku ICHS, nerovnováhy mezi dodávkou a potřebou kyslíku - v souvislosti se stížností na únavu a slabost, projevující se zvýšenou tepovou frekvencí, bledostí a cyanózou.

**Úzkost z důvodu ICHS** - v souvislosti s vyjadřováním obav, lítostí a rozrušeností, projevující se zvýšenou ostražitostí, podrážděností, sklíčeností.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 Kazuistika pacientky s ischemickou chorobou srdeční

Pro zpracování bakalářské práce jsme si vybrali pacientku, kterou přijali 12.2.2011 do areálu nemocnice v Novém Bydžově na interní oddělení, lůžkové části JIP. Pacientka B.N. s diagnózou ischemická choroba srdeční - angina pectoris. Pacientka byla přijata k provedení opakované kardioverze pod krátkodobou anestezií. Pacientka je v současné době stabilizovaná, cítí se dobře, bolesti u srdce nemá. Vitální funkce při přijetí: TK: 140/90, P: 50, D: 16, TT: 36,6, hmotnost: 97, výška: 162, BMI: 36,96.

### ▪ Anamnéza:

**NO:** Základní diagnóza: Ischemická choroba srdeční - stabilní neboli námahová angina pectoris. Primodiagnostika: V roce 1994. První kardioverze roku 2008 na EKG zjištěna recidiva FIS s vyrovnanou odpovědí komor, námahová dušnost horší než v minulosti.

**RA:**

- Matka - r. 1919, dělnice, revmatismus, zemřela stářím,
- Otec - r. 1912, dělník, cukrovka, 3 krát infarkt myokardu – na 3 zemřel,
- Sourozenci - 2 sestry,
- Sestra - r. 1939, účetní, hypertenze, zemřela na rakovinu celého těla,
- Sestra - r. 1941, zdravotní sestra, operace žlučníku, ICHS - kardioverze, je naživu.

**OA:** Dítě z III. těhotenství fyziologické, porod spontánní v termínu, porodní váha: 2,50 gramů, porodní délka: 48 cm, porodní adaptace v normě, kojena byla do 6 týdnů. Úraz: Ne, operace – apendix - v 26 letech, Halux PDK – v 27 letech, karpální tunel PHK, tumor dělohy, reoperace břicha – v 28 letech. Transfúze – Ne.

**FA:** Betaloc 200mg 1-0-1/2, Furon 1-1-0, Verospiron 1-0-0, Milurit 300mg 0-1-0, Sortis 0-0-1, Lipirex 0-0-1, Famosan 0-0-1, Amiohexal 1-0-0, Moxostad 0,3mg 1-0-1, Euthyrox 100mg 1-0-0, Dopegyt ½- 0-1, Warfarin 5mg (mimo út a pá).

**AA:** Penicilin, Tramal.

**PA:** Pacientka je v invalidním důchodu od roku 1994.

**SA:** Pacientka žije v panelovém domě spolu s manželem.

**EA:** Kontakt s infekční nemocí neguje, klíště v posledních dvou letech neměla.

**GA:** Menses u pacientky býval pravidelný, hormonální antikoncepci nebrala.

**Abusus:** Alkohol: 0, drogy: 0, nekouří a kávu nepije skoro vůbec.

▪ **Fyzikální vyšetření:**

Sedmašedesátiletá žena, v celkově zhoršeném stavu, kůže suchá, kožní turgot v normě, sliznice čisté a suché, podkoží přiměřené.

**Hlava a krk:** hlava symetrická, palpačně nebolestivá, brýle na dálku, nos a mandle čisté, uzliny mírně zvětšené, krk symetrický.

**Hrudník:** klenutý, dýchání sklípkové, čisté, srdeční akce pravidelné, ozvy tišší, pulsace hmatné.

**Břicho:** na pohmat měkké, palpačně nebolestivé, játra jsou nezvětšena.

**Končetiny:** bez otoků a omezení hybnosti.

Údaje pro celkové zpracování jsme získali hlavně od samotné pacientky a jejího souhlasu. Na základě jejího pozorování a také z osobních rozhovorů. Dále jsme získali informace ze sesterských a lékařských záznamů. Systematické zhodnocení jsme vypracovali dle modelu M. Gordonové, jejíž výběr byl na základě častého využití během studia na vysoké škole.

Na základě tohoto hodnocení dle M. Gordonové jsme stanovili aktuální a potencionální diagnózy. Ošetrovatelskou péči jsme realizovali prakticky od poslední hospitalizace 12.2.2011 do 22.2.2011.

## 7.1 Systémové zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové

### VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ – SNAHA UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Subjektivně:

„Svůj zdravotní stav v současné době nevnímám moc pozitivně. Stále více vnímám zvýšenou srdeční frekvenci, více se zadýchávám při nějaké činnosti a stále častěji cítím nějaký tlak u srdce. Občas se bolesti projeví na celém mém těle a nechce se mi ani vstávat z postele. Za poslední dobu mám srdeční záchvaty i v klidové situaci a jsem náchylnější na virózy typu chřipek. Co způsobilo moje onemocnění nevím. V mojí rodině nikdo anginu pectoris neměl.

Svoje zdraví si snažím udržovat především léky, které mi lékař předepsal. Dodržuji pravidelné prohlídky a kontroly. Nepiju žádný alkohol ani při zvláštních příležitostech. Nekouřím a kuřákům se většinou vyhýbám. Ani s žádnými drogami nemám zkušenosti. Jelikož jsem obézního typu, tak bych měla dodržovat dietu a jíst zdravěji. Ale dodržovat dietu se mi však daří vždy jen krátce a poté jím skoro všechno co bych neměla. Chtěla bych se více soustředit na zdravější stravu.“

Objektivně:

Pacientka má v současné době zhoršený stav a zahrnuje jí úzkost a obavy co bude dál a jak nemoc bude dál pokračovat. Při jakékoliv změně hned navštěvuje s obavou lékaře. Léky užívá pravidelně.

Žádné sporty pacientka neprovozuje z důvodu své obézní postavy a obav ze svého zdravotního stavu. V dětství prodělala všechna běžná onemocnění.

V této oblasti byly nalezeny ošetřovatelské problémy (úzkost, nadměrná hmotnost).



## VÝŽIVA – METABOLISMUS

Subjektivně:

„V současné době bych vzhledem ke své postavě měla dodržovat dietu, která by mi nezatěžovala srdce, ale bohužel jím všechno a dietu moc nedodržuji. Moje strava se skládá většinou z pěti jídel denně, z nichž je jedno až dvě teplé.

Ke snídani mám většinou krajíc chleba s nějakou uzeninou a čajem. Svačiny jsou u mě velice různé, jak na co mám chuť. Oběd je vždy teplý a skládá se třeba z masa a knedlíků, nebo omáčky. Odpoledne mám svačinu nějaký rohlík se sýrem nebo uzeninou. K večeři mám teplé jídlo v podobě rýže nebo těstovin, někdy i pečivo se salámem.

Tekutiny piji celý den a většinou vypiji tak 2 litry denně. Ráno začínám čajem a po zbytek dne piji neperlivou vodu anebo šťávu.

Tělesná hmotnost je u mě v posledních letech přibližně stejná. Vážím 97 kg a měřím 162 cm. Se svou váhou spokojená nejsem, ale myslím si, že v těchto letech s tím už nic neudělám. S jídlem v nemocnici nemám žádný problém. Moje chuť je většinou stejná, ať už jsem doma nebo v nemocnici. Víím, jak bych se měla stravovat, ale nedodržuji to. Žádné potíže s jídlem či polykáním nemám.

Na kůži mám občas modřiny z léku na ředění krve, nebo při odběrech na kontrolu cukru. Jinak myslím, že mám pokožku zdravou, někdy je však trochu vysušená. Se zuby žádné problémy nemám, stále mám svoje a chodím na pravidelnou prohlídku.“

Objektivně:

Stav výživy u pacientky není správný vzhledem k její hmotnosti a onemocnění. Pacientka je 162 cm vysoká a váží 97 kg, BMI je 36,96. Chuť k jídlu má velice dobrou někdy až nadměrnou. Jí několikrát za den a většinou sladké nebo uzeniny. Dietu moc nedodržuje. Potravinové alergie neguje.

Stav hydratace je docela dobrý. Pacientka vypije tak 2 litry denně a nejčastěji je to horký čaj nebo neperlivá voda. Na kůži nemá žádné větší změny, ztěžuje si však na suchou pokožku. Riziko dekubitů je zde pravděpodobné. Pacientka dochází na pravidelné prohlídky ke svému lékaři.

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (nadměrná tělesná hmotnost, riziko vzniku dekubitů).

## **VYLUČOVÁNÍ**

Subjektivně:

„V současné době mám stolici nepravidelnou, chodím tak jednou za dva dny. Dříve byla pravidelná jedenkrát denně hned po ránu. Větry mi odcházejí normálně.

S močením mám trochu problémy, hlavně při prostydnutí. Při močení mám pálivou bolest a někdy se vyskytne i trochu krev. Při vypití nadměrného množství tekutin chodím na toaletu každou chvíli.“

Objektivně:

Pacientka chodí v poslední době na stolici jednou za dva dny a je spíše tvrdšího charakteru. Jiné obtíže se stolicí nemá a nikdy neměla.

Při vylučování moče má pacientka pálivou bolest v močových cestách. Někdy trpí i častým močením.

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (nedostatečné vyprazdňování, pálivá bolest při močení).

## **AKTIVITA – CVIČENÍ**

Subjektivně:

„Cvičení není moje oblíbená činnost. Nikdy jsem moc nesportovala. Ve svém volném čase se spíš věnuji četbě nebo sledováním pořadů v televizi. Někdy se cítím dost unavená, že nezvládám ani aktivity, které se týkají okolo domácnosti a proto jen tak ležím.“

Objektivně:

Fyzický stav pacientky odpovídá jednak jejímu věku, ale i jejímu onemocnění a také obězní postavě. U pacientky byl zhodnocen Barthelův test základních všedních

činností jako měřicí škála kde pacientka dosáhla 80 bodů tedy lehká závislost. Barthelův test viz Příloha A.

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (nedostatečná pohybová aktivita).

## **SPÁNEK A ODPOČINEK**

Subjektivně:

„Dříve jsem spala velice dobře, ale v současné době se v noci dost často probouzím anebo nespím vůbec a koukám na televizi. Přes den pak nemám ani moc sílu na nějakou práci a spíš dospávám noc. Nespím z důvodu bolesti u srdce nebo z důvodu častého močení. Žádné noční můry nemívám. A léky na spaní užívám jen málo a jen na předpis a doporučení lékaře.“

Objektivně:

Pacientka velice špatně spí. Má bolesti a někdy nespí ze svých obav o své zdraví. Málokdy se stane, že pacientka nespí z důvodu častého močení. Z nevyspání je pacientka unavená s nedostatečnou energií.

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (porucha spánku).

## **VNÍMÁNÍ (CITLIVOST) – POZNÁVÁNÍ**

Subjektivně:

„Se sluchem žádné problémy nemám a ani jsem nikdy neměla, žádné naslouchadlo nepotřebuji. Brýle nosím jen na dálku a k televizi. Se zrakem na blízko problémy nemám. Na prohlídky ke svému očnímu lékaři chodím pravidelně.

Se svou pamětí nemám zatím žádné problémy. Pamatuji si vše, co se stalo, nebo co jsem viděla / slyšela právě teď. Někdy si však posiluji paměť Ginko-primem.

Někdy se obávám svým myšlenek, které se týkají mé budoucnosti, spojenou s nemocí se kterou se potýkám. Bojím se toho, že se můj stav ještě zhorší a už mi nikdo a nic nepomůže.“

Objektivně:

Sluch je u pacientky v pořádku a pod pravidelnou kontrolou. Zrak je trochu zhoršený, ale je také pravidelně kontrolován. Paměť je u pacientky neporušená a v dobrém stavu, jak staropaměť tak novopaměť.

Pacientka má strach ze zhoršení její nemoci a proto při sebemenším náznaku neklidu navštěvuje lékaře.

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (strach).

### **SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA**

Subjektivně:

„V současné době není moc dní, kdy bych se cítila dobře. Musím spoléhat hlavně na svého manžela. Od doby co mám anginu pectoris jsem hodně úzkostlivá a citlivá. Hodně si uvědomuji, co by se mohlo stát. Dost často mám špatné nálady a projevuje se to i na mém okolí.

Změny tělesného stavu pociťuji hlavně při námaze a při určité činnosti. Čím dál tím častěji si uvědomuji své omezení z hlediska domácích činností a z hlediska diety, kterou bohužel moc nedodržuji. V průběhu mé nemoci došlo také k několika změnám tělesným a i ke změnám jak vnímám sama sebe. Chtěla bych zkusit nepřipouštět si tolik svoje onemocnění, ale moc to nefunguje.

Jak už jsem říkala, jsem v poslední době hodně úzkostlivá a některé věci mě hodně rozhodí, ale musím to brát tak jak to je, vzhledem k mému věku.“

Objektivně:

Pacientka někdy působí dojmem, že se svým onemocněním vyrovnala a někdy si to hodně bere. Spoléhá výhradně na svého manžela.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

## **ROLE – MEZILIDSKÉ VZTAHY**

Subjektivně:

„Bydlím v panelovém domě spolu se svým manželem. Manžel už je také v důchodu, ale občas jezdí obstarávat zahradu nedaleko našeho bytu. Můj syn bydlí se svoji rodinou také nedaleko od nás a často se navštěvujeme.

Moje rodina vždy vše prožívala a prožívá semnou a ve všem mě podporují, jak jen to nejlip jde. Rodinu mám opravdu skvělou, takže pocity osamělosti vůbec nemám. Ani s okolím a se svými přáteli nemám žádné neshody ani konflikty.“

Objektivně:

Pacientka bydlí v panelovém domě se svým manželem a jejich syn s rodinou bydlí poblíž. Celá rodina pacientku podporuje a při pobytu v nemocnici jí každý den navštěvují.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

## **SEXUALITA – REPRODUKČNÍ SCHOPNOST**

Subjektivně:

„Sexuální stránka u mě byla vždy v pořádku, beze změn a ani problémy jsem nikdy neměla. Hormonální antikoncepci jsem také nikdy nebrala. Na gynekologické prohlídky stále chodím pravidelně.

Moje první menstruace začala asi ve 13 letech. Nikdy jsem nemívala nějaké větší obtíže. Jenom jsem vždy před začátkem menstruace pociťovala mírné bolesti břicha. Mám jedno dítě - syna a těhotná jsem byla jednou.“

Objektivně:

Pacientka nikdy nemívala sexuální potíže a antikoncepci nikdy nebrala. Na gynekologické prohlídky poctivě dochází. Gravidní byla pouze jednou. Menstruace byla vždy pravidelná, bez větších obtíží.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

### **STRES (ZÁTĚŽOVÉ SITUACE), JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE**

Subjektivně:

„Za poslední tři roky jsem prožila hodně stresu, týkající se mého zdravotního stavu. Byla jsem několikrát hospitalizovaná pro nepravidelnost srdečního rytmu a třikrát mi byla provedena kardioverze. V těchto stresových situacích mi je největší oporou rodina a hlavně můj manžel. Někdy mi pomáhá o svých zdravotních problémech mluvit se svým okolím, ale někdy si to raději všechno nechávám pro sebe. Žádnými prášky a ani alkoholem svůj stres neřeším.“

Objektivně:

Pacientka byla za posledních pár let několikrát hospitalizovaná a byla jí opakovaně provedena kardioverze. Svůj stres zvládá s pomocí rodiny a manžela. Někdy se ovšem uzavírá sama do sebe a s nikým nechce nic řešit.

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (stres).

### **VÍRA (PŘESVĚDČENÍ) – ŽIVOTNÍ HODNOTY**

Subjektivně:

„Jelikož věřící nejsem a do kostela nechodím, tak pro mě pobyt v nemocnici nepředstavuje nic neobvyklého a nijak mě to neomezuje. V budoucnosti bych chtěla mít nadále tak skvělé vztahy v rodině jako jsou doposud.“

Objektivně:

Pacientka je nevěřící a ani do kostela nechodí. Pobyt v nemocnici jí nijak nevadí a vzhledem k tomu, že není věřící tak jí to nijak neomezuje.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

## **JINÉ**

### Subjektivně:

„Dle mého názoru jsem Vám řekla vše, co jsem chtěla a myslím si, že jsem nic nevynechala. Snažila jsem se Vám o sobě říct co nejvíce, aby jste měli úplné informace jak o mém zdravotním stavu, tak i o mé rodině. Snažila jsem se Vám vylíčit i představu o své budoucnosti, tak doufám, že je to vše.“

### Objektivně:

Pacientka sdělila o sobě veškeré informace, týkající se jak jejího celkového zdravotního stavu, o tom co si prodělala a jak uvažuje do budoucna. Sdělila i veškeré informace o své rodině.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

## **7.2 Ošetřovatelské diagnózy dle kapesního průvodce zdravotní sestry**

Při sestavování ošetřovatelských diagnóz jsme využili kapesního průvodce zdravotní sestry jako pomůcku. Diagnózy jsou sestavené od aktuálních, tedy již vzniklých po potencionální diagnózy, které by mohly postupem času vzniknout.

**Bolest akutní v souvislosti se sníženým průtokem krve, zvýšenou srdeční frekvencí projevující se změnou chuti k jídlu, výrazem bolesti v obličeji a expresivním chováním (neklid, pláč, podrážděnost).**

**Srdeční výdej snížený v souvislosti se změnou srdeční frekvence nebo rytmu a elektrické vodivosti projevující se únavou, dušností, bolestí na hrudi, výkyvem krevního tlaku, změnou barvy kůže, arytnií, neklidem, váhovým přírůstkem, zvýšenou frekvencí dýchání a psychickými změnami.**

**Úzkost (středně závažná) v souvislosti se změnou zdravotního stavu nebo hrozbou smrti projevující se obavami, napětím v obličeji, vyděšeností, depresivními představami, zvýšenou potivostí, nespavostí, nechutenstvím, zrychleným pulzem, sníženým krevním tlakem.**

**Výživa porušená (nadměrná) v souvislosti z nadměrného příjmu živin převyšující metabolické potřeby projevující se zvýšeným BMI, cholesterolem a sedavým způsobem života.**

**Neznalost (potřeba poučení) v souvislosti s nedostatečnou zkušeností s danou nemocí projevující se dotazy a žádostmi o informace.**

**Adaptace porušená, riziko vzniku v souvislosti s nedostatkem optimismu, změnou životního stylu ostře napadající sebepojetí a rozhodnost projevující se neschopností dosáhnout pocitu určité kontroly nad sebou samým, neschopnost přijmout opatření, která by pomohla zabránit dalším zdravotním komplikacím.**

**Spánek porušený, riziko vzniku v souvislosti s nadměrnou snahou usnout, strach z nespavosti projevující se probouzením se během noci třikrát a vícekrát.**



**Bolest akutní v souvislosti se sníženým průtokem krve, zvýšenou srdeční frekvencí projevující se změnou chuti k jídlu, výrazem bolesti v obličeji a expresivním chováním (neklid, pláč, podrážděnost).**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

Krátkodobý:

- Pacientka ví jak zvládat svoji bolest a jak dodržovat svůj farmakologický režim do 24 hodin.

Dlouhodobý:

- Pacientka umí využívat relaxačních technik a rozptýlit se do 14 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka je poučena jak zvládat svoji bolest do 4 hodin.
- Pacientka zná změny zdravotního stavu, které se vyskytují při bolesti do 5 hodin.
- Pacientka ví jak správně užívat svoje léky, aby předešla komplikacím do 3 hodin.
- Pacientka ví, které léky jsou pro její zdravotní stav nevhodné.
- Pacientka zná techniky ke svému rozptýlení a relaxaci do 8 hodin.
- Pacientka ví jak správně využívat technik na odreagování od svého zdravotního stavu do 6 hodin.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistí lokalizaci, charakter, nástup nebo trvání, častost a závažnost zhoršujících se faktorů nemoci (všeobecná sestra). (1)
- Sleduj bolest, vždy když se znovu objeví (všeobecná sestra). (2)
- Sleduj základní fyziologické parametry, které obvykle při akutní bolesti vykazují nějaké změny (všeobecná sestra). (3)

- Zajisti pacientovi prevenci na zvládání nemoci (všeobecná sestra). (4)
- Pečuj o pohodlí nemocného (ošetřovatelka). (5)
- Pouč pacienta podrobně se zákroky, které ho v nejbližší době čekají (všeobecná sestra). (6)
- Informuj pacienta o dostatečném odpočinku, aby předešel únavě (všeobecná sestra). (7)
- Pouč pacienta jaký by mohla mít nemoc dopad na jeho životní způsob / nezávislost (všeobecná sestra). (8)

### **Realizace 1. den (12.2.2011)**

- Prvý den proběhl s pacientkou rozhovor o její bolesti a zároveň byla požádána, aby nám dopodrobna popsala svoji bolest. Poté bylo zjištěno, v jakých situacích se bolest u pacientky projevuje častěji (klidové, ale i stresové situace). Do ošetřovatelské dokumentace byla zaznamenána intenzita bolesti (bolest byla zjištěna převážně u okolí srdce), častost bolesti je vždy různá. Někdy je až 3 krát do měsíce a trvá většinou až celý jeden den.
- Pacientka byla požádána o každodenním záznamu svých bolestí, pacientka vyjádřila svůj souhlas.
- Pacientka byla také informována o všech vyšetřovacích postupech, které jí čekají v průběhu hospitalizace.
- V daný den byla pacientka poučena, jaké jsou elementy, které by mohly opět bolest zhoršit a také jak je odstranit.
- Rehabilitační sestra dostatečně poučila pacientku o některých technikách, u kterých bude moci relaxovat.
- Pacientce byla doporučena technika, která by jí asi nejvíce mohla pomoci odreagovat se.

### **Realizace 2. - 10. den (13.2.2011 – 22.2.2011)**

- Pacientka byla požádána, aby nezapomněla zaznamenávat svoji bolest.
- Byly odstraněny veškeré rušivé elementy, které by mohly u pacientky vyvolat bolest.

- Pacientka byla poučena o nutnosti čerstvého vzduchu a také o pravidelném odpočinku.
- Po celou dobu hospitalizace pacientky byla respektována její potřeba projevu bolesti.

**Vyhodnocení:**

**Cíl byl splněn částečně**, intervence pokračují (2,3,7,8). Po celou dobu hospitalizace pacientka otevřeně hovořila o své bolesti, a jak jí prožívá. Pacientka částečně umí zvládat svoji bolest a připouští si, které faktory by mohly navíc vyvolávat její bolest (úzkost). K odstranění bolesti u pacientky nedošlo, ale došlo k mírnému poklesu bolesti, proto jsme pacientce doporučili nadále pokračovat v intervencích, aby se její stav nadále zlepšoval. Pacientka po rozhovoru souhlasila.

**Srdeční výdej snížený v souvislosti se změnou srdeční frekvence nebo rytmu a elektrické vodivosti projevující se únavou, dušností, bolestí na hrudi, výkyvem krevního tlaku, změnou barvy kůže, arytmii, neklidem, váhovým přírůstkem, zvýšenou frekvencí dýchání a psychickými změnami.**

**Priorita:** nízká

**Cíl:**

Krátkodobý:

- Pacientka si osvojí ústup / zmírnění dušnosti, anginózních obtíží a arytmii do 2 dnů.

Dlouhodobý:

- Pacientka dosáhne hemodynamické stability (týkající se krevního tlaku, srdečního výdeje, periferního pulzu) do 1 měsíce.

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka pocítuje zmírnění své dušnosti do 5 dnů
- Pacientka se cítí více uvolněná do 48 hodin.
- Pacientka postupně zvládá a dosahuje stability týkající se jejího krevního tlaku a periferního pulzu do 1 týdne.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Sleduj laboratorní výsledky - krevní obraz, urea a kreatinin, srdeční enzymy (všeobecná sestra). (1)
- Sleduj příznaky hrozícího selhávání - šoku, hodnot'te základní fyziologické parametry, nález na plicích a výdej moči (všeobecná sestra a ošetrovatelka). (2)
- Kontroluj hemodynamická měření (arteriální tlak, centrální venózní tlak, srdeční výdej) (všeobecná sestra). (3)
- Informuj pacienta o plánovaných vyšetřeních, a co pro něj budou znamenat (všeobecná sestra). (4)
- Podávej dle ordinace antibiotika, diuretika, antiarytmika (všeobecná sestra). (5)

- Monitoruj srdeční rytmus, aby bylo možné posoudit účinnost léků (všeobecná sestra). (6)
- Umožni pacientovi dostatek odpočinku snížením stimulů a zabezpečení tichého a klidného prostředí (všeobecná sestra). (7)

### **Realizace 1. den (12.2.2011)**

- Ráno jsme se pacientky zeptali, jak se cítila a jak se jí dýchalo v průběhu noci a jak se jí dýchá právě teď. Pacientka vypověděla, že v noci se jí dýchalo hodně špatně a ještě víc se zadýchávala, když vstávala, aby si došla na toaletu a že v tuto chvíli je to o něco lepší.
- Při rozhovoru s pacientkou byly zjištěny rizikové faktory, při nichž je pacientka hodně dušná (pohyb mimo lůžko a větší tělesná aktivita).
- Pacientka byla poučena o vstávání, kdy by se jí mělo lépe dýchat.
- Pacientce byla zabezpečena úlevová poloha, kdy se nebude cítit tolik dušná.
- Zabezpečili jsme pacientce procházku na čerstvém vzduchu za odborného doprovodu.
- Upozornili jsme na veškeré informace o pacientce noční sestře.

### **Realizace 2. - 10. den (13.2.2011 – 22.2.2011)**

- Při nástupu do denní služby bylo opět zjištěno, jak se pacientce dnes v noci dýchalo. Pacientka konstatovala, že tuto noc nemusela vstávat na toaletu, takže se neměla možnost moc zadýchat a během noci si polohovala postel tak, aby se jí lépe dýchalo.
- Spolu s pacientkou byl realizován rozhovor o její dušnosti, kterou má hlavně při denní aktivitě a kterou se nám nepodařilo odstranit.
- Pacientce bylo nadále doporučeno, aby si na noc více polohovala postel ke zlepšení dechu. Pacientka souhlasila.
- Ve večerních hodinách byly veškeré informace o stavu pacientky předány noční službě.
- Sestra při noční službě zajistila pacientce při obtížích doprovod na toaletu.

- Sestra při noční službě zajistila pacientce úlevovou polohu pro její dýchání po celou noc.

**Vyhodnocení:**

- **Cíl se splnil částečně**, intervence pokračují (3,6). Po celou dobu hospitalizace pacientka hovořila o tom proč se tak často zadýchává a co je jejím největším problémem při jejích denních aktivitách. Na to aby byla odstraněna u pacientky dušnost, by bylo potřeba nejprve snížení hmotnosti. Došlo však k malému zlepšení dušnosti v noci. Pacientce jsme na závěr doporučili pokračovat v některých intervencích. Pacientka souhlasila.

**Úzkost (středně závažná) v souvislosti se změnou zdravotního stavu nebo hrozbou smrti projevující se obavami, napětím v obličeji, vyděšeností, depresivními představami, zvýšenou potivostí, nespavostí, nechutenstvím, zrychleným pulzem, sníženým krevním tlakem.**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

Krátkodobý:

- Pacientka si uvědomí jak slovy popsat pocity úzkosti do 2 dnů.

Dlouhodobý:

- Pacientka dosáhne uvolněného vzhledu a snížení úzkosti na zvladatelnou míru do 1 týdne.

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka si uvědomuje příčinu její úzkosti a chce o ní mluvit do 24 hodin.
- Pacientka má možnost návštěvy psychologa během hospitalizace.
- Pacientka zvládá svoji úzkost do 2 dnů.
- Pacientka se naučí zvládat svoji úzkost na snesitelnou úroveň do 3 dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistí jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci (všeobecná sestra). (1)
- Sleduj jeho fyzickou odpověď např: palpitace, zrychlení pulzu (všeobecná sestra). (2)
- Všímej si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti (všeobecná sestra). (3)
- Uznej pacientovu úzkost a nepři se s nemocným, že vše bude zase v pořádku (všeobecná sestra). (4)
- Akceptuj nemocného takový jaký je (všeobecná sestra, ošetrovatelka). (5)
- Pomoz pacientovi využít úzkost při řešení situace, pokud je to užitečné. (všeobecná sestra, ošetrovatelka). (6)
- Nauč pacienta rozpoznat spouštěcí faktory a osvojit si nové metody překonávání silné, ochromující úzkosti. (všeobecná sestra). (7)

- Prober s pacientem, které události, myšlenky nebo pocity předcházely záchvatu úzkosti (všeobecná sestra). (8)
- Doporuč pacientovi vypracování programu cvičení, což může pomoci ke snížení úzkosti díky zmírnění tenze (všeobecná sestra). (9)
- Doporuč pacientovi individuální / skupinovou terapii pro nemocné trpící chronickou úzkostí (všeobecná sestra, rehabilitační sestra). (10)

### **Realizace 1. den (12.2.2011)**

- Při nástupu do ranní směny byl s pacientkou veden rozhovor o tom, co jí trápí, jestli nemá nějaké potíže ještě v rodině, co jí vede k tak velké úzkosti a trápení. Pacientce byl ponechán dostatečný prostor na rozmyšlení. Pacientka vypověděla, že v rodině žádné problémy nemá a že má strach ze své nemoci a co s ní bude dál.
- Pacientce byly poskytnuty veškeré informace o chodu našeho oddělení, návštěvních hodinách a také jsme jí vysvětlili, jaká vyšetření a zákroky bude muset podstoupit.
- S pacientkou byla i nadále udržována konverzace na její úzkost a proč se vlastně u ní objevila. Pacientka pozorně naslouchala a snažila se spolupracovat.
- Pacientce byly změřeny fyziologické funkce (TK: 140/95, P:90, D:21/min).
- Pacientka byla informována o možnosti návštěvy psychologa. Pacientka se k tomu nechtěla vyjádřit.
- Pacientce byl umožněn styk s její rodinou v klidném prostředí.
- Na závěr bylo pacientce doporučeno, jak účinně zvládat svoji úzkost a jak jí předcházet.

### **Realizace 2. - 10. den (13.2.2011 – 22.2.2011)**

- Pacientka byla pobízena, aby nadále o svoji úzkosti mluvila a sledovala hlavní faktory, které jí úzkost vyvolávají.
- Každý den byly pacientce změřeny a zapisovány fyziologické funkce.
- Byla zde snaha zajistit pacientce alespoň pár minut denně rozhovor, aby nemyslela na svoji nemoc.



- Pacientce byla zajištěna procházka na čerstvém vzduchu za odborného doprovodu.

**Vyhodnocení:**

**Cíl se splnil úplně.** Pacientka po celou dobu hospitalizace otevřeně mluvila o své úzkosti, naučila se jak zvládat svoji úzkost a jak jí předcházet. Později pacientka přistoupila na rozhovor s psychologem.

**Výživa porušená (nadměrná) v souvislosti z nadměrného příjmu živin převyšující metabolické potřeby projevující se zvýšeným BMI, cholesterolem a sedavým způsobem života.**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

Krátkodobý:

- Pacientka si osvojí změnu životního stylu a chování, včetně způsobu příjmu potravy, kvality / kvantity stravy a programu cvičení do 1 týdne.

Dlouhodobý:

- Pacientka dosáhne požadované tělesné hmotnosti a upevnění zdraví do půl roku.

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka zná faktory, které podporují její vysokou tělesnou hmotnost do 24 hodin.
- Pacientka zná a má osvojené změny ve stravování do 48 hodin.
- Pacientka má stabilní hmotnost, její hmotnost se pomalu snižuje o 0,5 kilogramů za 5 dní.
- Pacientka začala každý den konzumovat zdravější potraviny.
- Pacientka ví, která jídla jsou pro ní vhodná a která jí tolik nezatěžují srdce do 3 dnů.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Zjistí, jaký přístup má pacienta k jídlu a požívání jídla (všeobecná sestra, dietní sestra). (1)
- Zkoumej jídelníček se záznamem druhu a množství jídla včetně nápojů, doby / místa a způsobu konzumace jídla, zda o samotě nebo spolu s jinými lidmi (všeobecná sestra, dietní sestra). (2)
- Zjistí od pacienta, jak pohlíží sám na sebe a co pro něj otýlost znamená. (všeobecná sestra). (3)

- Prober s pacientem každodenní aktivity a množství / druh pohybu, aby bylo zřejmé, co je třeba změnit (všeobecná sestra). (4)
- Vypočítej energetickou potřebu na základě fyzických předpokladů a aktivity (všeobecná sestra, dietní sestra). (5)
- Prober s pacientem nevhodné jídelní zvyklosti (všeobecná sestra, dietní sestra). (6)
- Pomoz pacientovi sestavit jídelníček tak, aby obsahoval pokrmy, které vyhovují jeho chuti a jsou pro něj finančně dostupné (všeobecná sestra, dietní sestra). (7)
- Doporuč pacientovi, aby se vážil jednou týdně (všeobecná sestra). (8)

### **Realizace 1. den (12.2.2011)**

- Prvý den byla pacientka zvážena a její hmotnost zapsána do dokumentace (tělesná hmotnost byla 97 kilogramů)
- Během dopoledních hodin probíhal s pacientkou rozhovor o jejím stravování, denním příjmu potravin a jejích zvyklostech při stravování.
- Všeobecná sestra byla požádat dietní sestru, aby také uvědomila její rodinu o tom jak by se správně pacientka měla stravovat.
- Dietní sestra také poučila pacientku o správném stravování a o vhodných potravinách.
- Při rozhovoru s pacientkou bylo zjištěno, které potraviny má pacientka nejraději a které tvoří její hlavní stravu.
- Dietní sestra spolu s pacientkou sestavila správný režim stravování (pacientka bude jíst 5 krát denně a v menších a zdravějších porcích)
- Po dobu celé hospitalizace byl sledován pacientčin denní příjem potravin a tělesných tekutin.

### **Realizace 2. - 10. den (13.2.2011 – 22.2.2011)**

- Následující den ještě před snídaní byla pacientka zvážena a její váha byla zapsána do dokumentace (96,6 kilogramů).
- Nadále byl po celý den sledován příjem potravin u pacientky.

- Při dalším stravování bylo pacientce zajištěno vhodné prostředí pro konzumaci potravin, byla vyvětrána celá místnost a odstraněny rušivé elementy.

**Vyhodnocení:**

- **Cíl se splnil částečně**, intervence dále pokračují (2,4,7,8). Pacientka si uvědomila, že její strava je více než nadměrná a málo zdravá. Dokonce souhlasila se všemi navrženými intervencemi. Během hospitalizace došlo k mírnému poklesu tělesné hmotnosti (95 kilogramů), krátkodobý cíl byl splněn a dlouhodobý cíl stále ještě pokračuje. Pacientka měla zájem o nové informace týkající se její tělesné hmotnosti a nového stravování.

**Neznalost (potřeba poučení) v souvislosti s nedostatečnou zkušeností s danou nemocí projevující se dotazy a žádostmi o informace.**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

Krátkodobý:

- Pacientka ví, co brání poznání a najde způsoby, jak situaci změnit do 48 hodin.

Dlouhodobý:

- Pacientka chápe stav / nemoc a léčbu do 1 týdne.

**Výsledná kritéria:**

- U pacientky nedojede během hospitalizace k další neznalosti.
- Pacientka zná způsoby, jak zvládat situaci do 2 dnů.
- Pacientka se denně zajímá o nové informace své nemoci.
- Pacientka aktivně každý den spolupracuje.
- Pacientka chápe svůj stav a léčbu do 7 dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistí u pacienta jeho schopnost učit se (všeobecná sestra). (1)
- Zjistí, jestli bude potřeba poučit i pacientovy blízké (všeobecná sestra). (2)
- Sleduj překážky, bránící pacientovi dozvědět se, co potřebuje (všeobecná sestra). (3)
- Poskytni ty informace, které mají vztah k situaci (všeobecná sestra, rehabilitační sestra). (4)
- Povzbuzuj pacienta pozitivním způsobem, nepoužívej kritiky a hrozeb (všeobecná sestra, ošetrovatelka). (5)
- Diskutuj s pacientem, co vnímá jako potřebné (všeobecná sestra). (6)
- Rozlišuj informace, které mají význam pro vznik emocí, postojů a hodnot (všeobecná sestra). (7)

- Poskytni pacientovi písemné materiály, k nimž se dle potřeby může vracet (všeobecná sestra, dietní sestra). (8)

### **Realizace 1. den (12.2.2011)**

- Pacientka nám popsala své problémy a vše co jí zajímá a co by chtěla vědět (bolest u srdce, dušnost, hypertenze), popsala nám jaký má tato neznalost dopad na její psychiku a její chování.
- Pacientka byla poučena o tom jak se správně zajímat o veškeré informace, týkající se její nemoci.
- Nadále byla pacientce doporučena nějaká literatura ve které by se mohla něco bližšího dozvědět sama.
- Pacientce bylo doporučeno více komunikovat o daném problému, jak se svou rodinou, tak se zdravotnickým personálem.
- V dalších dnech byla pacientka sledována, jak si vyžaduje další informace o svém onemocnění a více o něm chce mluvit. Tato změna byla zapsána do ošetrovatelské dokumentace.

### **Realizace 2. - 10. den (13.2.2011 – 22.2.2011)**

- Pravidelně bylo dohlíženo na pacientku a její rozpoložení v dané situaci.
- Dohlíženo bylo i na postupy léčby.
- Pacientce byla nabídnuta další možnost dalších informací a poučení (edukace) od všeobecné sestry z kardiologie.
- Nadále byl sledován stav pacientky.

### **Vyhodnocení:**

**Cíl byl splněn úplně.** Pacientka byla poučena o svém zdravotním stavu a o svém onemocnění. Pacientce byla doporučena i literatura s danou problematikou. Pacientka vyjádřila spokojenost s novými informacemi, které se dozvěděla během hospitalizace.

**Adaptace porušená, riziko vzniku v souvislosti s nedostatkem optimismu, změnou životního stylu ostře napadající sebepojetí a rozhodnost projevující se neschopností dosáhnout pocitu určité kontroly nad sebou samým, neschopnost přijmout opatření, která by pomohla zabránit dalším zdravotním komplikacím.**

**Priorita:** nízká

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

- Pacientka rozpozná stresové situace, vedoucí k poruše adaptace, a nalezne cesty, jak je řešit do 48 hodin.

**Dlouhodobý:**

- Pacientka zahájí změnu životního stylu, která umožní adaptaci na současnou životní situaci do 1 týdne.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Vyslechni pacienta a zjisti jeho náhled na neschopnost přizpůsobit se současné situaci (všeobecná sestra). (1)
- Prober s pacientem různé životní situace a změny rolí, z nichž jsou patrné jeho schopnosti a dovednosti (všeobecná sestra). (2)
- Uznej pacientovi snahu a vstřícnost (všeobecná sestra, ošetrovatelka). (3)
- Zkoumej dříve uplatňované dovednosti pacienta a aplikuj je na současnou situaci (všeobecná sestra). (4)
- Doporuč pacientovi další možnosti v rámci širokého plánu péče (např. pracovní terapii, rehabilitaci) (všeobecná sestra, rehabilitační sestra). (5)
- Veďte nemocného a jeho blízké k nalezení vhodných alternativ (všeobecná sestra). (6)

**Realizace 1. den (12.2.2011)**

- Prvý den byly zjištěny veškeré informace, které by mohly vyvolávat porušenou adaptaci na dané prostředí.

- Nadále bylo vysvětleno pacientce, jak zvládat svoji adaptaci na změnu prostředí mimo domov a na hospitalizaci v nemocnici. Po vysvětlení bylo ověřeno, zda nám pacientka naslouchala a jestli vše správně pochopila.
- Spolu s pacientkou byla vypracována náplň jejího dne při hospitalizaci v nemocnici, která jí pomůže více se adaptovat na změnu prostředí.
- Byl zajištěn dostatek tekutin pro pacientku.
- Dietní sestra pacientce zajistila vhodné potraviny.
- Sledováno bylo i, jak se pacientce v průběhu dne daří a nadále byla povzbuzována, aby se nestraniila kontaktu s dalšími pacienty a zdravotnickými pracovníky.
- Spolu s pacientkou byla v podvečer zhodnocena její adaptace při nástupu do nemocnice a adaptace právě teď.

#### **Realizace 2. - 10. den (13.2.2011 – 22.2.2011)**

- Pacientce byl zajištěn ihned při nástupu do služby dostatek tekutin k lůžku.
- Poté byla rozmluva s pacientkou, jak se dnes cítí po první noci v nemocnici a jestli plánuje dále rozvíjet svoji adaptaci na neznámé prostředí.
- V průběhu dne byla pacientka kontaktována, jak se jí vede.
- Spolu s pacientkou byl v podvečer zhodnocen dnešní den, a jestli se cítí lépe.

#### **Vyhodnocení:**

**Cíl se splnil úplně.** Pacientka byla poučena o tom, jak se správně adaptovat na neznámé prostředí. Byla jí doporučena co největší komunikace se zdravotnickým personálem. Pacientka v průběhu hospitalizace projevovala stále větší zájem o přizpůsobení se danému prostředí. Pacientka se postupně naučila bez jakéhokoliv problému adaptovat na neznámé prostředí.



**Spánek porušený, riziko vzniku v souvislosti s nadměrnou snahou usnout, strach z nespavosti projevující se probouzením se během noci třikrát a vícekrát.**

**Priorita:** nízká

**Cíl:**

Krátkodobý:

- Pacientka cítí zlepšení spánku a odpočinku do 3 dnů.

Dlouhodobý:

- Pacientka má pocit celkové pohody a odpočinku do 14 dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Sleduj souvislosti spánkové poruchy (všeobecná sestra). (1)
- Posuď nedávné traumatické příhody v životě pacienta (smrt v rodině) (všeobecná sestra). (2)
- Zhodnot' užívání kofeinu a alkoholických nápojů (všeobecná sestra). (3)
- Zjisti okolnosti, které ruší spánek (všeobecná sestra, ošetrovatelka). (4)
- Zjisti představu pacientky o tom, jak má vypadat přiměřený spánek (všeobecná sestra). (5)
- Sleduj délku spánku pacientky (všeobecná sestra). (6)

**Realizace 1. den (12.2.2011)**

- Hned ráno byl s pacientkou veden rozhovor, jak se jí spalo, kolikrát za noc se probudila a jak se právě teď cítí.
- Po rozhovoru byly zjištěny některé rizikové faktory, které by jí mohly narušovat spánek a její pohodlí během noci.
- Pacientce bylo vysvětleno, že by neměla spát během dne.
- Nadále byl zabezpečen pacientce klid a pohodlí během dne.
- Na závěr byly předány veškeré informace o pacientce noční sestře.
- Noční sestra zabezpečila pacientce klid a pohodlí během noci.

### **Realizace 2. - 10. den (13.2.2011 – 22.2.2011)**

- Při příchodu do služby bylo ihned zjištěno od pacientky, jaký měla dnes spánek. Pacientka konstatovala malé zlepšení během noci, a že se cítí o něco víc odpočatá.
- Spolu s pacientkou bylo zhodnoceno, kolikrát se dnes v noci probudila.
- Byly zjištěny rušivé elementy, které by mohly pacientku rušit ze spánku.
- Pacientka byla opět upozorněna na to, že by neměla spát během dne. Pacientka souhlasila.

### **Vyhodnocení:**

**Cíl se podařil splnit úplně.** Pacientka 2 - 3 den hospitalizace konstatovala mírné zlepšení kvality jejího spánku, v noci se už neprobouzela tolik jako dříve. Při 5 - 6 dni hospitalizace pacientka konstatovala úplné vymizení poruchy spánku. Pacientka se cítila více odpočatá a měla více energie do dalšího dne.

## 8 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka B.N., 67 let byla přijata dne 12.2.2001 do areálu nemocnice v Novém Bydžově, lůžkové části JIP s diagnózou ischemická choroba srdeční - angina pectoris. Pacientka byla přijata k provedení opakované kardioverze pod krátkodobou anestezií.

Na podkladě dat, které byly získány jednat od pacientky, její rodiny, tak ze sesterské a lékařské dokumentace bylo vypracováno systematické zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové. Nadále byly stanoveny jak aktuální, tak potencionální ošetrovatelské diagnózy. Na podkladu ošetrovatelských diagnóz byla aplikována ošetrovatelská péče.

Ošetrovatelských diagnóz bylo stanoveno 5 aktuálních a 2 potencionální. Aktuální diagnózy byly stanoveny **bolest akutní, srdeční výdej snížený, úzkost** (středně závažná), **výživa porušená** (nadměrná), **neznalost** (potřeba poučení). Potencionální diagnózy byly stanoveny **adaptace porušená riziko vzniku, spánek porušený riziko vzniku**. U některých diagnóz jsme byli plně úspěšní a podařilo se je splnit úplně (úzkost středně závažná, neznalost - potřeba poučení, adaptace porušená, riziko vzniku, spánek porušený, riziko vzniku) a u některých jsme byli méně úspěšní a diagnózy se podařilo splnit alespoň částečně (bolest akutní, srdeční výdej snížený, výživa porušená - nadměrná), diagnózy, které byly splněny pouze částečně nadále pokračují i v domácím prostředí.

### 8.1 Zhodnocení ošetrovatelské péče sestrou

Podstatné je uvědomit si, že i když některé diagnózy jsou velice zdouhavé a při řešení náročné a jejich cíle nebyly úplně splněny, tak došlo alespoň k určitému zlepšení. U první ošetrovatelské diagnózy bolest akutní se pacientka naučila, jak zvládat svoji bolest, jak se od bolesti odreagovat a také jak správně užívat své léky. Během hospitalizace pacientka souhlasila se všemi intervencemi, které byly navrhnuty. K odstranění úplné bolesti však nedošlo.

Při další diagnóze, srdeční výdej snížený, pacientka otevřeně spolupracovala na řešení problému, kde si postupně našla úlevovou polohu na zmírnění její dušnosti. Cítila se pak více uvolněná a její vysoký krevní tlak se podařilo nepatrně zmírnit. K odstranění srdeční dušnosti však nedošlo. Zde bylo také pacientce navrženo, aby nadále pokračovala v intervencích a pacientka souhlasila.

Další diagnóza byla výživa nedostatečná (nadměrná), kde si pacientka uvědomila její dosavadní životní styl, podstatu životního stylu a hlavně kvalitu potravin, které by měla konzumovat. Pacientka postupně přistoupila na změnu stravování.

## **8.2 Zhodnocení ošetrovatelské péče pacientkou a její rodinou**

Pacientka si během hospitalizace chválila veškerý zdravotnický personál a byla více než spokojená. Projevovala velký zájem o veškeré informace, které se týkají jejího zdravotního stavu, její výživy a bolesti. Naučila se některým technikám jak zvládat svoji úzkost a lépe se adaptovat na prostředí mimo domov. Nakonec pacientka vyjádřila poděkování i dalším zdravotnickým pracovníkům jako jsou lékaři, dietní sestry a ošetrovatelský personál. Rodina pacientky byla taktéž spokojená s přístupem zdravotnického personálu k jejich blízké osobě a jevíly zájem i o informace týkající se nové výživy pacientky.

### 8.3 Doporučení pro praxi

Zdravotnická péče o pacienty s ischemickou chorobou srdeční, anginou pectoris by měla být velice specifická. Přesto jsme zjistili několik nedostatků a na základě toho by jsme chtěli navrhnout určité doporučení, jak zkvalitnit péči o pacienty s ischemickou chorobou srdeční.

- **Management zdravotnického zařízení (vrchní a staniční sestry)**
  - Poskytovat více vzdělávání všeobecných sester na základě rozvíjení znalostí a ošetrovatelské péče o ischemickou chorobu srdeční.
  - Poskytnout edukační materiály o ischemické chorobě srdeční jak pacientům, tak jejich rodinám.
  
- **Všeobecné sestry a další zdravotnický a pomocný zdravotnický personál**
  - Poskytnutí podmínek k tomu, aby byla více zdokonalována komunikace s pacienty a jejich rodinou.
  - Chtít a mít snahu se nadále rozvíjet a vzdělávat v ošetrovatelské péči o pacienty s ischemickou chorobou srdeční.
  - Všeobecná sestra by měla být pozitivně naladěná, dodávat pacientovi odvalu a podporovat pacienty v dodržování léčby.
  
- **Pacienti a jejich rodina**
  - Pacienti by měli vyjadřovat aktivní spolupráci nejen u lékařů ale i u všeobecných a dietních sester a dalšího zdravotnického personálu.
  - Měli by dodržovat veškerá doporučení všeobecných sester a zásady správného stravování na doporučení dietních sester.
  - Sami by měli žádat a vyhledávat další informace o onemocnění a také nadále podstupovat kontrolní vyšetření.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na interní ošetrovatelskou péči o pacienta s ischemickou chorobou srdeční, anginou pectoris. Ischemická choroba srdeční je závažné onemocnění, které postihuje srdeční sval. Nejčastější úmrtostí nejen v České republice, ale i v celém světě je právě ischemická choroba srdeční. (VESELKA, 2009). Klinickým syndromem se nazývá angina pectoris, která se projevuje bolestmi na hrudi a to je leckdy doprovázeno dalšími příznaky, jako je úzkost, pocení, velká dušnost. (DANZIG a kol., 2006). Cílem léčby u anginy pectoris je zlepšení prognózy nemocného, aby se zabránilo akutnímu infarktu myokardu a také v horším případě koronární smrti. Dále je cílem zlepšení kvality života pacienta snížení záchvatů k čemuž slouží antianginózní léky. (DANZIG a kol., 2006).

Cílem bakalářské práce bylo navrhnout plán ošetrovatelské péče, který je individuální o pacientku s ischemickou chorobou srdeční, anginou pectoris. Využili jsme k tomu metodologii koncepčního modelu M. Gordonové. Dále bylo cílem obohatit o tuto chorobu nejen zdravotnický personál, ale i laickou veřejnost, kterou jsou často sami nemocní a jejich rodinný příslušníci. Informovat je o průběhu nemoci. Cíl byl splněn. K dosažení splněných cílů jsme využili následující možnosti. V první řadě byl zpracován teoretický materiál, který jsme se snažili využít v co největším množství. Dále jsme sestavili systematické zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové, kde byly vytyčeny aktuální a potencionální diagnózy a poté byla vypracována ošetrovatelská péče.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALGMED, s.r.o. *Intenzita a hodnotenie bolesti*. [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <http://www.algmed.sk/intenzita.php> >.
2. BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2010. 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
3. DANCHIN, N.; CUZIN, E. 2004. *Srdeční infarkt*. Paris : Editions Belin, 2004. ISBN 80-7367-077-1
4. DANZIG, V.; ŠIMEK, S.; ŠIMKOVÁ, R. 2006. *Ischemická choroba srdeční u diabetiků*. Praha : Maxdorf, 2006. 283 s. ISBN-80-7345-079-8.
5. DOEGLES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
6. KANOUPOVÁ, G. 2007 *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha : Grada 2007. ISBN 978-80-247-1830-9
7. KLENER, Pavel a kol. 1994. *Vnitřní lékařství díl I., Kardiovaskulární onemocnění*. Praha: Univerzita Karlova, 1994. ISBN 80-7066-867-9
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. 198 s. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2001. *Psychologie zdraví*. 280 s. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-0
10. LANG, O. a kol. 2008. *Nukleární kardiologie*. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-481-2

11. MARŠÁLEK, P. 2006. *Pohybová terapie po akutních srdečních příhodách*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-709-7
12. MATOUŠKOVÁ, J.; STÁREK, P.; NIEDERLE, P.; HENYŠ, P. 2000. *Angina pectoris a infarkt myokardu*. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-084-X
13. NIEDERLE, P. a kol. 2000. *Onemocnění srdce*. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-142-0
14. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha : Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6
15. PIDRMAN, Vladimír. 2004. *Deprese a kardiovaskulární onemocnění*. Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-028-3
16. PONĚŠICKÝ, Jan. a kol. 2003. *Když srdce stůně II*. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-425-x
17. SOVOVÁ, E.; ŘEHOŘOVÁ, J. 2004. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-1009-9
18. ŠPINAR, Jindřich; VÍTOVEC Jiří. a kol. 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1822-4
19. ŠPINAR, Jindřich; VÍTOVEC, Jiří. a kol. 2003. *Ischemická choroba srdeční*. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0500-1
20. TRACHTOVÁ, Eva a kol. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Mikadapress, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
21. VESELKA, Josef. 2009. *Ischemická choroba srdeční*. Brno : Facta Medica, 2009. 43 s. ISBN 978-80-904260-4-7



22. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. 2008. *Kapesní slovník medicíny*. Praha : Maxdorf, 2008. 188 s. ISBN 978-80-7345-163-9
23. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2002. ISBN 80-7345-105-0
24. VRÁBLÍKOVÁ, K.; VRÁBLÍK, M. 2003. *Kapesní průvodce prevencí ischemické choroby srdeční*. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-437-3

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Barthelův test základních všedních činností (ADL).....	I
Příloha B – obrázek, tvářová škála bolesti.....	II
Příloha C – obrázek, nejvyšší a nejnižší možná bolest.....	III

## Příloha A - Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk): .....

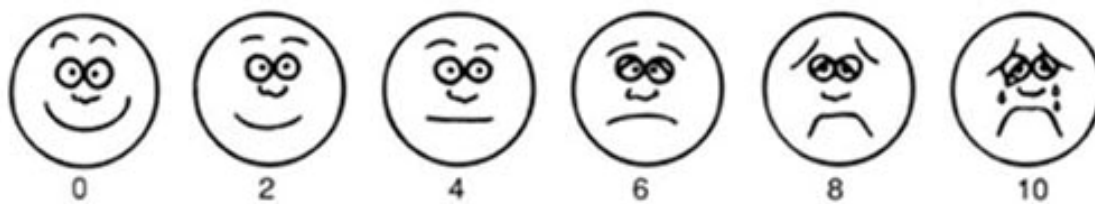
	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

**Hodnocení stupně závislosti: \*\***

<b>ADL 4</b>	0 – 40 bodů	vysoce závislý
<b>ADL 3</b>	45 – 60 bodů	závislost středního stupně
<b>ADL 2</b>	65 – 95 bodů	lehká závislost
<b>ADL 1</b>	96 – 100 bodů	nezávislý

Zdroj: KANOUPOVÁ, G., Ošetřovatelství v intenzivní péči, 2007.

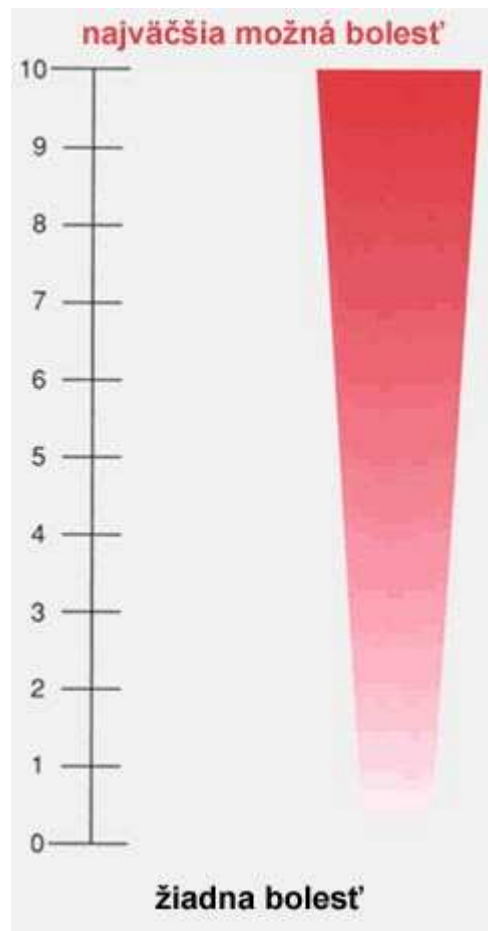
## Příloha B – tvářová škála bolesti



Zdroj: ALGMED, s.r.o. Intenzita a hodnotenie bolesti. [online]. [cit. 2011-03-14].

Dostupné z WWW: <http://www.algmed.sk/intenzita.php> >.

### Příloha C – nejvyšší a nejnižší možná bolest



Zdroj: ALGMED, s.r.o. Intenzita a hodnotenie bolesti. [online]. [cit. 2011-03-14].  
Dostupné z WWW: <http://www.algmed.sk/intenzita.php>.

## **Čestné prohlášení**

Zpracování veškerých dat a informací do bakalářské práce proběhlo v rámci odborné praxe i mimo ní, se souhlasem nemocnice a také pacientky.

DATUM: 2.4.2012