

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
PO AORTOKORONÁRNÍM BYPASSU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA PODROUŽKOVÁ, DiS.

Praha 2014

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROVEC U PACIENTA
PO AORTOKORONÁRNÍM BYPASSU**

Bakalářská práce

KATEŘINA PODROUŽKOVÁ, DiS.

Stupeň klasifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Martina Muknšnáblová

Praha 2014



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

Podroužková Kateřina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

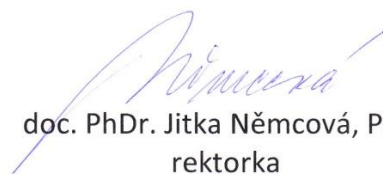
Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta po aortokoronárním bypassu

Nursing Process for Patients after Aortocoronary Bypass

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Martina Muknšnábllová

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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 15. 3. 2014

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat pacientovi za spolupráci, ochotu a poskytnutí informací, bez kterých bych práci nemohla vypracovat. Dále bych ráda poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Martině Muknšnáblové za poskytnutí cenných rad, trpělivost a čas. Také chci poděkovat zdravotnickému týmu na kardiologické jednotce za poskytnutí rad a ochotu.

ABSTRAKT

PODROŽKOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u pacienta po aortokoronárním bypassu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Martina Muknšnáblova. Praha. 2014. 71 s.

Hlavní tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta po aortokoronárním bypassu. Cílem práce bylo sestavit kvalitní ošetrovatelský proces, navrhnout a realizovat ošetrovatelský plán u pacienta po aortokoronárním bypassu. Práce byla složena ze dvou částí. První část práce se zaměřovala především na přiblížení ischemické choroby srdeční, její rizikové faktory, příznaky, rozdělení a léčbu, v které byl podrobně popsán aortokoronární bypass. Dále byly v této části popsány specifika péče u pacienta po aortokoronárním bypassu, která byla velmi zásadní pro léčbu a správnou rekonvalescenci pacienta. Druhá část práce, která byla nejdůležitější částí této práce, obsahovala ošetrovatelský proces již u konkrétního pacienta s tímto typem operace. Ošetrovatelský proces byl aplikován dle Marjory Gordonové 2 v oblasti domén a tříd NANDA I Taxonomie II. Druhá část také byla zaměřena na edukaci pacienta po aortokoronárním bypassu. V závěru práce jsme hodnotili výsledný efekt poskytnuté péče, a zda byl splněn cíl práce.

Klíčová slova - Aortokoronární bypass (CABG). Edukace. Ošetrovatelský proces. Specifika péče.

ABSTRAKT V ANGLICKÉM JAZYCE

PODROŽKOVÁ, Kateřina. *Nursing Process for Patients after Aortocoronary Bypass*. Medical College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Martina Muknšáňblová. Prague. 2014. 71 p.

The main topic of my thesis was Nursing Process for Patients after Aortocoronary Bypass. The purpose of my thesis was to form the quality of the nursing process, design and implement nursing plan for patients after aortocoronary bypass. My thesis was divided into two part. The first part of my thesis focused on characteristic of ischemic heart disease, symptoms, risk factors, distribution and treatment which was described in detail about aortocoronary bypass. This part also were describes specifics of care for patients after aortocoronary bypass which were essential for treatment and convalescence of the patient. The second part of my thesis was important part of my thesis, because practical part contained the nursing process for a concrete patient with this type of surgery. The nursing process was applied according to Majory Gordon 2 in domains and classes NANDA I Taxonomia II. The second part was also focused on the education for patients after aortocoronary bypass. In conclusion, We evaluated the final effect of care and whether result of the thesis reached the fulfillment or not.

Keywords – Aortocoronary Bypass (CABG). Education. Nursing Process. Specifics of Care.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 14 |
| 1 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ..... | 15 |
| 1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE | 15 |
| 1.2 AKUTNÍ FORMA ICHS..... | 16 |
| 1.2.1 NESTABILNÍ ANGINA PECTORIS | 16 |
| 1.2.2 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU | 16 |
| 1.2.3 NÁHLÁ SMRT | 16 |
| 1.3 CHRONICKÁ FORMA ICHS | 17 |
| 1.3.1 STABILNÍ ANGINA PECTORIS | 17 |
| 1.3.2 VAZOPLASTICKÁ ANGINA PECTORIS | 17 |
| 1.3.3 NĚMÁ ISCHEMIE | 18 |
| 1.3.4 SYNDROM X | 18 |
| 1.4 PŘÍZNAKY ICHS | 18 |
| 1.5 DIAGNOSTIKA ICHS..... | 19 |
| 1.6 LÉČBA ICHS | 23 |
| 1.7 PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED OPERACÍ | 26 |
| 2 SPECIFIKA PÉČE U PACIENTA | |
| PO AORTOKORONÁRNÍM BYPASSU..... | 28 |
| 3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA | |
| PO AORTOKORONÁRNÍM BYPASSU..... | 32 |
| 3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI..... | 33 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA | 34 |
| 3.3 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA PŘI PŘIJETÍ..... | 37 |
| 3.4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA | |
| MARJORY GORDONOVÉ 2 DLE DOMÉN | |
| NANDA I TAXONOMIE II..... | 39 |
| 3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT | 46 |
| 3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA | 50 |
| 3.7 SESTRAVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ | |
| A JEJICH SESTAVENÍ DLE PRIORIT PACIENTA | 51 |
| 3.7.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY | 51 |
| 3.7.2 POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY | 51 |
| 3.8 REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH | |
| DIAGNÓZ | 52 |
| 4 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | 63 |
| 4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 63 |
| ZÁVĚŘ..... | 68 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 69 |
| SEZNAM PŘÍLOH | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ICHS – Ischemická choroba srdeční

AP – Angina pectoris

NAP – Nestabilní angina pectoris

AIM – Akutní infarkt myokardu

TK – Krevní tlak

PAD – Perorální antidiabetika

PŽK – Periferní žilní katétr

PMK – Permanentní močový katétr

SPO₂ – Saturace kyslíkem

VAS – Vizuální analogová škála bolesti

GIT – Gastrointestinální trakt, zažívací trakt

Tbl. – Tablety

Supp. – Suppositoria

RTG – Rentgenové vyšetření

BMI – Body mass index, index tělesné hmotnosti

MTO – Mímotělní oběh

JIP – Jednotka intenzivní péče

EKG – Elektrokardiografie

ECHO – Echokardiografie

RIA – Right coronary artery, pravá koronární tepna

OPCAP - Off pump coronary artery bypass, bez použití mimotělního oběhu

CŽK – Centrální žilní katétr

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anastomóza – uměle vytvořené spojení dvou dutých orgánů, například cév nebo orgánů

Arytmie – porucha srdečního rytmu

Ateroskleróza – onemocnění tepen, při kterém se na stěnu tepny ukládají tuk a sekundárně vápník

Bradykardie - zpomalená srdeční činnost

Dehiscence – rozestup okrajů operační rány

Drén – pomůcka, která pomáhá odvádět tekutinu například z operačních ran

Edukace – výuka pacienta s určitým onemocněním

Endotracheální kanyla – plastová trubička, která zajišťuje průtok vzduchu do dýchacích cest

Febris - horečka

Gastrointestinální – týkající se zažívající soustavy

Heparinizace – snižování srážení krve pomocí heparinu

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypotenze – nízký krevní tlak

Invazivní vyšetření – vyšetření, při kterém zasahují přístroje dovnitř organismu

Intrakoronární – uvnitř věnčitých tepen

Intramuskulárně – aplikace léků do svalu

Intravenózně – aplikace léků do žíly

Ischemie – nedokrevnost tkání nebo orgánů

Kardiovaskulární onemocnění – onemocnění srdce a cév

Katétr - cévka

Nauzea – pocit na zvracení

Neinvazivní vyšetření – vyšetření, při kterém nezasahují žádné přístroje do organismu

Nekróza – odumření tkáně nebo orgánu, která vzniká v živém organismu

Oxygenoterapie – léčba kyslíkem, při kterém pacient inhaluje kyslík

Palpitace – bušení srdce, které vnímá pacient

Per os - ústy

Retrokardiální drén – drén zavedený mezi srdcem a páteří

Retrosternální drén – drén zavedený za hrudní kostí

Revaskulizace – obnova cévního zásobení

Shunt – zkratka, z angl. slova

Spasmus - křeč

Stenokardie – svíravá, pálivá a tlaková bolest za hrudní kostí, která vystřeluje do čelisti a dolní končetiny

Stent – endoprotéza ve tvaru trubičky, která se vkládá do dutých orgánů pro jejich zprůchodnění

Suppositoria - čípky

Symptom - příznak

Tachykardie – zrychlená tepová frekvence srdce

Trombus – krevní sraženina

(VOKURKA, 2004)

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 – Identifikační údaje pacienta..... | 33 |
| Tabulka 2 – Hodnoty zjišťované při příjmu..... | 34 |
| Tabulka 3 – Léková anamnéza..... | 35 |
| Tabulka 4 – Hodnoty glykemie..... | 47 |
| Tabulka 5 – Hodnoty krevního tlaku, tepu a tělesné teploty..... | 47 |
| Tabulka 6 – Hodnoty vyšetření Astrup..... | 48 |
| Tabulka 7 – Krevní vyšetření..... | 48 |
| Tabulka 8 – Medikamentózní léčba – per os..... | 49 |

ÚVOD

Srdce je nejdůležitější orgán v lidském těle. Tím, že se dnes v naší společnosti objevuje stále více a více rizikových faktorů ovlivňující zdraví srdce, se vyskytuje více kardiovaskulárních onemocnění. Jedním z nejčastějších kardiovaskulárních onemocnění je ischemická choroba srdeční (ICHS). Je to onemocnění, které vzniká na základě ischemie neboli nedostatečného nebo žádného prokrvení myokardu.

ICHS zapříčiní asi jednu třetinu úmrtí v České republice. Dle statistik tvoří asi 70 % chirurgické léčby ICHS na kardiochirurgických odděleních. Nejčastější chirurgická revaskularizace myokardu je pomocí aortokoronárních bypassů, kterých bylo například v roce 2010 provedeno 3 931. Což tvoří 43, 3 % kardiochirurgických operací v roce 2010. Úmrtnost při aortokoronárním bypassu je podle Národního kardiochirurgického registru kolem 1,7 – 2,1 %.

Práce je rozdělena na dvě části. V první části je popsána ischemická choroba srdeční, její příznaky a léčba, ve které je podrobně popsán aortokoronární bypass. Druhá část popisuje ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta po aortokoronárním bypassu, obsahuje ošetrovatelské diagnózy a jejich postupný rozbor.

Cíl bakalářské práce je sestavit ošetrovatelský proces u pacienta po aortokoronárním bypassu. Cílem je také navrhnout a realizovat ošetrovatelský plán u pacienta po aortokoronárním bypassu, získat nové dovednosti a zkušenosti na kardiochirurgickém oddělení. Bakalářská práce bude sloužit studentům zdravotnických oborů, všeobecným sestřám a také jako zdroj informací pro pacienty před nebo po aortokoronárním bypassu. (DOBIÁŠ M, 2013), (HRADEC J., BÝMA S., 2009)

1 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ

„ Ischemická choroba srdeční (ICHS) je onemocnění, které vzniká na podkladě akutního nebo chronického omezení, případně zastavení průstoku krve vlivem změn na věnčitých 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, s. 46).

Nejčastější příčinou ICHS je ateroskleróza koronárních tepen. Stěna tepen je poškozena mnoha negativními faktory například kouřením a vysokým krevním tlakem, a tím se na stěnu tepny ukládají tukové pláty, které krystalizují a zúží průsvit tepen. Na aterosklerotický plát se může nalepit tromb a následně dojde ischemii myokardu. K ischemické chorobě srdeční může dojít i náhle na podkladě spasmu cévy nebo ucpáním tepny trombem (SOVOVÁ, 2004), (ŠFRÁNKOVÁ, 2006), (ŠPINAR a kol., 2003) a (NĚMEC a kol., 2006).

ICHS se dělí na akutní a chronickou formu. Do těchto forem se řadí jednotlivé ischemické onemocnění. Do akutní formy ICHS patří nestabilní angína pectoris, akutní infarkt myokardu a náhlá smrt. Do chronické formy ICHS patří stabilní angína pectoris, vazoplastická angína pectoris, němá ischemie a syndrom X (SOVOVÁ, 2004), (ŠFRÁNKOVÁ, 2006), (ŠPINAR a kol., 2003) a (NĚMEC a kol., 2006).

1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE

Do rizikových faktorů ICHS patří neovlivnitelné a ovlivnitelné faktory. Mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk, pohlaví a genetické faktory. Do ovlivnitelných faktorů patří lidé žijící špatným životním stylem. Tyto lidé se buď přejídají, kouří cigarety, mají hyperlipoproteinemie, arteriální hypertenzi, diabetes melitus, obezitu, inzulinovou resistenci, nebo mají nedostatek fyzické aktivity, dlouhý emociální stres (ŠPINAR a kol., 2003).

Protože ICHS je rozšířená civilizační choroba, je důležitá prevence. Prevence této nemoci spočívá v dodržování zdravého životního stylu. Setra by měla edukovat pacienta o složení jeho stravy. To znamená, že by měla z pacientova jídelníčku vymizet

tučná a sladká jídla. Pacient by měl omezit smažená jídla, jíst převážně dušená jídla, upravovat stravu na rostlinných tucích, přiměřeně sportovat například chodit na procházky, jezdit na kole a hlavně nekouřit a nepít alkohol. Také by měl mít dostatek vlákniny, která je obsažena v zelenině a ovoci (ŠPINAR a kol., 2003).

1.2 AKUTNÍ FORMA ICHS

Do akutní formy ICHS zařazujeme nestabilní anginu pectoris, akutní infarkt myokardu a náhlou smrt.

1.2.1 NESTABILNÍ ANGINA PECTORIS

Při nestabilní angině pectoris (NAP) dochází k nově vzniklé bolesti nebo zhoršení anginy pectoris na podkladě ischemie myokardu, ale nevzniká nekróza. Je způsobena nedostatkem kyslíku v myokardu. K NAP dochází náhlým krvácením do sklerotického plátu nebo rupturou aterosklerotického plátu se vznikem trombu. Toto vede k náhlému zmenšení průtoku tepnou nebo až akutnímu uzávěru tepny. Příznaky nestabilní anginy pectoris jsou stenokardie, která vzniká v klidu, dušnost, palpitace, hypertenze, úzkost a strach. (ŠPINAR a kol., 2003), (ŠFRÁNKOVÁ, 2006), (SOVOVÁ, 2004) a (ASCHERMANN, 2003).

1.2.2 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU

Akutní infarkt myokardu (AIM) vzniká na podkladě ischemie myokardu a následně dochází k nekróze myokardu. Důvod vzniku AIM je ateroskleróza koronární tepny, zánět tepny, úraz nebo embolie. AIM také vzniká tím, že aterosklerotický plát praskne a krvácením z cévy vniká trombus, který cévu ucpe. Dochází k uzávěru koronární tepny a k ischemii myokardu, zástavě srdce a v některých případech může dojít k smrti. Akutní infarkt myokardu je provázen stenokardií, úzkostí a strachem ze smrti, pocením, bledostí, nauzeou, zvracením, tachykardií, palpitací, dušností a hypotenzí i hypertenzí (ŠPINAR a kol., 2003), (ŠFRÁNKOVÁ, 2006), (SOVOVÁ, 2004) a (ASCHERMANN, 2003).

1.2.3 NÁHLÁ SMRT

Náhlá smrt je náhlá zástava oběhu krve, která vzniká bez varovných příznaků, nebo do jedné hodiny od vzniku příznaků. Příčinou náhlé smrti je akutní infarkt myokardu, kardiomyopatie a chlopenní a zánětlivá onemocnění. Z 85 % se na náhlé

smrti podílí maligní arytmie, což je fibrilace komor a komorová tachykardie. Rizikové faktory u náhlé smrti jsou stejné jako u ICHS. Více ohroženi náhlou smrtí jsou jedinci po akutním infarktu myokardu, a proto je důležité dodržovat správnou životosprávu, nekouřit, nepít alkohol a pravidelně užívat předepsané léky. Náhlá smrt se projevuje stejně jako akutní infarkt myokardu stenokardií, úzkostí a strachem ze smrti, pocením, bledostí, nauzeou, zvracením, tachykardií, palpitací, dušností a hypotenzí i hypertenzí (ŠPINAR a kol., 2003), (ŠFRÁNKOVÁ, 2006), (SOVOVÁ, 2004) a (ASCHELMANN, 2003).

1.3 CHRONICKÁ FORMA ICHS

Do chronické formy ICHS zařazujeme stabilní anginu pectoris, vazoplastická angina pectoris, nemá ischemie a syndrom X.

1.3.1 STABILNÍ ANGINA PECTORIS

Stabilní angina pectoris je, jak už bylo zmíněno forma ICHS a je charakterizovaná stenokardiemi. Příčina stabilní anginy pectoris je trvalé zúžení koronárních tepen aterosklerotickým plátem. Při zvýšené námaze dochází k většímu nároku myokardu na kyslík. Zúženou tepnou neproudí dostatečné množství krve a tím dochází k ischemii myokardu, která vyvolá stenokardii. Rizikovými faktory u stabilní AP jsou stres, kouření, delší pobyt v chladu, ale může vzniknout i bez příčiny. AP lze hodnotit dle anginózních potíží podle klasifikace Canadian Cardiovascular Society (CCS):

- I. Bolesti při protražované nebo mimořádné námaze
- II. Bolesti při běžné námaze
- III. Bolesti při menší než běžné námaze
- IV. Bolesti v klidu nebo minimální námaze

(ŠPINAR a kol., 2003), (ŠFRÁNKOVÁ, 2006), (SOVOVÁ, 2004) a (ASCHELMANN, 2003)

1.3.2 VAZOPLASTICKÁ ANGINA PECTORIS

Vazoplastická angina pectoris je způsobena spazmem koronárních tepen. Spasmus se nejčastěji objevuje v klidu a k ránu. Důvod vzniku spazmu není znám.

Jako příčiny vzniku se uvádí kouření, porucha metabolismu hořčíku nebo porucha funkce cév (ŠFRÁNKOVÁ, 2006), (SOVOVÁ, 2004).

1.3.3 NĚMÁ ISCHEMIE

Němá ischemie je častá u pacientů bez symptomů či u pacientů, u kterých víme o angině pectoris, nebo po akutním infarktu myokardu. Na tyto pacienty můžeme přijít náhodně při EKG vyšetřením, u rizikové populace cílenými zátěžovými testy, nebo Holterovou monitorací EKG. Nepřítomnost stenokardií neukazuje na lepší prognózu, ale může se stát, že pacient zemře na náhlou smrt (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006), (SOVOVÁ, 2004).

1.3.4 SYNDROM X

„ Do syndromu X zahrnujeme pacienty s normálním koronarografickým nálezem a průkazem ischemie při zátěži (ergometrie, nukleární metody). Příčinou syndromu může být porucha drobných arteriol (mikrovaskulární AP)“ (SOVOVÁ, 2004, str. 59).

1.4 PŘÍZNAKY

Hlavním příznakem ICBS je stenokardie což je tlaková, svíravá bolest za hrudní kostí, která může být pálivá a může být doprovázená dechovou nedostatečností. Bolest může vystřelovat do horní končetiny, krku, do dolní čelisti, do ramenou, do zad a do epigastria. Stenokardie může trvat několik minut, nebo až několik desítek minut. U chronické formy ICBS vzniká bolest po námaze a říkáme jí námahová bolest, která reaguje na klid a podání nitrátů. Bolest u akutní formy ICBS vzniká náhle, nereaguje na klid a na nitráty a většinou trvá déle než 20 minut. Pacient může udávat pocit dušnosti. Tento stav doprovází i vegetativní příznaky jako je nauzea, zvracení, strach, úzkost, bledá a opocená kůže. Dále se objevují arytmie, palpitace, hypertenze nebo hypotenze a febrilie. V některých případech může být pacient i bez stenokardie (SOVOVÁ, 2004), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

1.5 DIAGNOSTIKA ICHS

Do diagnostického vyšetření ICHS patří anamnéza, fyzikální vyšetření, měření krevního tlaku (TK), elektrokardiografie, rentgen plic (RTG), scintigrafie srdce, echokardiografie a koronarografie.

Anamnéza

Lékař se ptá pacienta na osobní, rodinou, sociální, pracovní, farmakologickou a alergickou anamnézu. Také zjišťuje jak dlouho má pacient obtíže, při jaké činnosti se obtíže objevují a další jiné příznaky. V rodinné anamnéze se lékař hlavně zaměřuje na vyskytující kardiovaskulární onemocnění v rodině.

Fyzikální vyšetření

- **Pohmat (palpace)** – hodnotí s frekvence a rytmus pulsu
- **Pohled (aspekce)** – sleduje se celkový stav a vzhled pacienta
- **Poklep (percuse)** – poklep na hrudník se provádí při podezření na zvětšení srdce nebo výpotek v osrdečnicku
- **Poslech (auskultace)** - provádí se za pomoci fonendoskopu nejméně na čtyřech místech a hodnotí se počet srdečních ozev, jejich změny a šelest

(SOVOVÁ, 2004)

Měření krevního tlaku (TK)

- **Neinvazivní** - měří se nepřímo na tepně pomocí rtuťového tonometru a fonendoskopu, nebo digitálního tonometru. Před měřením TK by pacient neměl od půlnoci pít kofein a alkohol a neměl by kouřit, aby byl výsledek co nejvíce objektivní. Krevní tlak měří sestra, pacient při měření sedí nebo leží. Horní končetina, na které se TK měří, by měla být opřené ve výši srdce. Pokud by horní končetina nebyla opřená, naměří sestra tlak vyšší. Všeobecná sestra by dle objemu končetiny pacienta měla zvolit správnou šíři manžety. Při úzké manžetě, může být TK vyšší než by byl při měření vyhovující manžetou. Před měřením TK, je také důležité, aby pacient nebyl ve fyzické, nebo psychické zátěži a ani po zátěži. Péče se o pacienta po měření TK, není žádná.
- **Invazivní** - měří se přímo v artérii pomocí srdečního katétru, který do tepny zavede lékař. Katétr se napojí na monitorovací zařízení, které snímá hodnoty

TK. Sestra kontroluje místo, kde je katétr zaveden a zaznamenává hodnoty do dokumentace. Po vyndání katétru všeobecná sestra na místo vpichu přiloží tlakový obvaz a kontroluje, zda místo vpichu nekrvácí. Tato metoda se používá při operacích nebo na anesteziologicko – resuscitačních oddělení a jedná se o nejpřesnější metodu měření TK.

- **Centrální žilní tlak** - jedná se o měření žilního tlaku přes centrální žilní katétr. Centrální žilní tlak je měřen dnes již elektronicky přes monitor vitálních funkcí. Centrální žilní katétr je zaveden přes vena subclavia, vena jugularis nebo vena cubitalis do dolní duté žíly. Cévka napojena na měřící zařízení monitoru přes komůrku, která zajistí převod impulzu pohybu sloupce tekutiny na elektronický impuls, Poté se elektronický impuls zobrazí na obrazovce monitoru. Speciální péče o pacienta po měření tlaku není žádána.
- **Holterovo monitorování TK** – sestra nemocnému na nedominantní horní končetině připevní manžetu a kolem krku pověsí přístroj, který zaznamenává TK dle ordinace kardiologa. Nejčastěji každých 15 minut, ale může to být po 30 minutách nebo každou hodinu po dobu 24 hodin. Nemocný si na papír zapisuje nejen co během celého dne dělá, ale i své subjektivní pocity, zda pociťoval napětí, byl ve stresu atd. Po 24 hodinách lékař vyhodnotí naměřené hodnoty TK.
- **Ergometrie** – měření krevního tlaku při zátěži, nejčastěji při jízdě na rotopedu nebo při běhu na běžícím pásu. TK se většinou automaticky měří každé dvě minuty, nebo tlak měří sestra. Sestra během celého vyšetření pacienta kontroluje, ptá se ho, jak se cítí a zda vyšetření zvládá. Před vyšetřením pacient nesmí od půlnoci pít alkohol, kofein a kouřit, někdy je nutná i úprava léků dle ordinace lékaře (SOVOVÁ, 2004), (KARDIOLOGICKÉ ODDĚLENÍ FN PLZEŇ, 2013).

Elektrokardiografie (EKG) - jedná se o vyšetření, kdy se zaznamenává elektrická aktivita myokardu pomocí elektrokardiografu. Přístroj zaznamenává křivku, zvanou elektrokardiogram.

- **Klidové EKG** – nejčastěji 12 svodové EKG, 6 svodů se dá na hrudník a 4 svody na končetiny. Sestra poučí pacienta, že musí při monitoraci ležet na zádech a nemá mluvit, aby byl záznam co nejpřesnější. Pacient má sundané hodinky, odhalenou horní polovinu těla, oblast kotníků a zápěstí. Někdy musí sestra oholit

mužům hrudník, aby svody lépe držely. V místech, kde budou upevňovány svody, sestra navlhčí kůži vodou nebo gelem, protože poté se stanou vodivými. Po EKG sestra otře navlhčená místa ubrouskem.

- **Ergometrie (zátěžové EKG)** – měření srdeční činnosti při postupně se zvyšující zátěži. Jde o vyšetření, kdy pacient šlape na kole, na kterém se postupně zvyšuje zátěž po dvou minutách. Vyšetření je ukončeno při vyčerpání pacienta, při dosažení požadované srdeční frekvence, při změně na EKG, při obtížích pacienta jako je bolest, nebo při vyskytnutí komplikací.
- Před vyšetřením by měl pacient vysadit léky, které doporučil lékař. Neměl by pít černou kávu, alkohol a nejíst 2 hodiny před výkonem. Často se provádí, současně s měřením TK, při zátěži a práce sestry je obdobná jako u klidového EKG. Péče o pacienta po zátěžovém EKG není žádná.
- **Monitorovací EKG na lůžku** – pacient má na hrudníku přilepených nejčastěji 5 svodů, monitorace je 24 hod./denně. Sestra kontroluje, zda svody drží na svém místě a v případě potřeby svody vyměňuje. Sestra také sleduje křivku a při změně upozorní lékaře nebo zjistí mechanickou příčinu změny (SOVOVÁ, 2004).

Rentgen srdce (RTG) - je neinvazivní metoda, pomocí které získáme RTG snímek srdce a plic. Před vyšetřením by pacient neměl mít žádné šperky v oblasti hrudníku. Po vyšetření není nutná žádná péče o pacienta (SOVOVÁ, 2004).

Scintigrafie srdce – je invazivní metoda, užívána k diagnostice ischemie, při které se sleduje akumulace radiofarmaka ve tkáni srdce. Čím vyšší je akumulace, tím lépe je oblast prokrvená. Příprava pacienta před výkonem spočívá v lačnění od půlnoci, vysazení některých medikamentů dle ordinace lékaře a v zavedení periferního žilního katétru (PŽK). Sestra se pacienta zeptá, zda nemá alergii na podaný radionuklid. Pacientovi se intravenózně aplikuje radiofarmakum, které se vchytlá ve zdravé části myokardu a pomocí scintilační kamery je pak viditelná ischemie. Po vyšetření sestra pacienta poučí, že musí dostatečně pít, aby se radionuklid z těla vyplavil močí (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Echokardiografie (ECHO) – je ultrazvukové vyšetření srdce, které využívá ultrazvukového vlnění. Pomocí echokardiografie se zobrazuje celé srdce, velké cévy směr proudění krve, množství krve v dutinách srdce, srdeční chlopně a stěny srdce.

- **ECHO** – Elektrokardiografická sonda se přikládá na hrudník. Sonda vysílá ultrazvukové vlnění a zobrazuje srdce, cévy a proudění krve srdcem na monitor. Příprava pacienta před vyšetřením je pouze psychická – vysvětlení výkonu. Po výkonu sestra zajistí odstranění gelu z hrudníku pomocí ubrousků.
- **zátěžové ECHO** – stejné jako zátěžové EKG.
- **jícnové ECHO (transezofagiální ECHO)** – je ultrazvukové vyšetření srdce, kdy se pacientovi zavádí sonda do jícnu, toto ECHO se využívá kvůli kvalitnějšímu obrazu. Sestra edukuje pacienta, že před výkonem nesmí 4 hodiny jíst, pít a kouřit. V případě, když má pacient zubní protézu, tak si ji vyndá. Sestra pacientovi místně znecitliví sliznici dutiny ústní, nebo lékař podá celkovou anestezii. Sestra zjistí, zda je pacient alergický. Zajímá ji alergie na léky či látky související s podanými léčivými látkami hlavně na látky v místním anestetiku. Po vyšetření pacient 2 hodin nepije a nejí a sestra pacienta v pravidelných intervalech sleduje. Je nutné sledovat popřípadě známky alergické reakce a fyziologické funkce (SOVOVÁ, 2004).

Koronarografie – je invazivní vyšetřovací metoda, při které se přes arterii femoralis či arterii radialis zavádí katétr do věnčitých tepen. Sestra se opět informuje, zda pacient není alergický na kontrastní látku, která mu bude podána. Poté se do tepny aplikuje kontrastní látka, viditelná pod RTG zářením a lékař diagnostikuje onemocnění koronárních tepen. Před vyšetřením sestra pacientovi oholí místo vpichu, nejčastěji je pro vstup užívána a. femoralis. Pacient od půlnoci nic nejí, nepije a nekouří. Všeobecná sestra pacientovi zavede periferní žilní katétr. Před výkonem si pacient vyndá zubní protézu a je mu lékařem do PŽK podáno anestetikum. Po výkonu leží pacient 24 hodin v klidu na zádech a na místě vpichu má sáček s pískem na 8 -10 hodin kvůli kompresi. Sestra pravidelně kontroluje místo vpichu a fyziologické funkce (SOVOVÁ, 2004).

1.6 LÉČBA ICHS

V léčbě ICHS je nejdůležitější co nejrychlejší obnova průtoku krve myokardem. A to znamená co nejrychlejší transport do specializačního zařízení, kde bude co nejdříve zahájena léčba. Během transportu rychlou záchrannou službou je tlumena bolest, monitoruje se EKG a podávají se léky, jako jsou antiagregancia, nitráty, opiáty, antihistaminika a atropin. Právě v prvních dvou hodinách nejčastěji dochází u ICHS k úmrtí. Léčbu ICHS můžeme rozdělit na farmakologickou, intervenční a operační. Tyto možnosti se mohou vzájemně propojovat (SOVOVÁ, 2004).

Některé formy ICHS se léčí farmakologicky. Léky se užívají jako prevence, nebo při obtížích. Do farmakologické léčby patří tyto lékové skupiny:

- **Nitráty** – způsobí dilataci tepny, a tím se zlepší prokrvení myokardu
- **Betablokatory** – snižují tepovou frekvenci myokardu, čímž se sníží krevní tlak a zlepší se prokrvení myokardu
- **Blokátory kalciových kanálků (kalciový antagonist)** – zlepšuje průtok krve myokardem, vyvolávají vazodilataci a snižují arteriální TK
- **Antikoagulantia** – snižují srážlivost krve v cévách
- **Vazodilatancia** – rozšiřují cévy
- **Antiagregancia** – snižují shlukování červených krvinek což je prevence vzniku krevní sraženiny

(RICHARDS, 2004), (MEDICINAL TRIBUNE, 2007)

Do intervenční léčby patří **PTCA (perkutánní transluminární koronární angioplastika)**. Je to výkon, který nám umožní zobrazit koronární tepny a provést terapeutický zákrok. Do tepny v třísele (a. inguinalis) nebo na zápěstí (a. radialis) je zaveden jehlou pružný kovový zavaděč, který slouží k zavedení katétru, přes který se aplikuje kontrastní látka. Lékař přes katétr naplní cévu kontrastní látkou, která je vidět pod rentgenovým zářením a zobrazí se zúžení tepny. Poté se zavaděč vytáhne a zavede se balónkový katétr.

„ Pod rentgenovou kontrolou se zavede katétr s balonkem do místa zúžené, nebo uzavřené cévy a pod vysokým tlakem se balónek nafoukne. Tak dojde

ke zprůchodnění cévy. Do tohoto místa můžeme dále zavést stent, který brání vzniku opakované stenózy“(SOVOVÁ, 2004, str. 57).

Při výkonu a i po výkonu je nutná heparinizace, aby nedošlo ke vzniku trombu v místě poranění endotelu, ke kterému dochází při PTCA. Později se přechází k perorálním antikoagulanciím. (ŠAFRÁNKOVÁ, 2004).

Pokud je zúžení rozsáhlé, nebo zavedený stent nepomohl, je pacient indikován k operačnímu řešení. Pacient před PTCA od půlnoci nejí, nepije a nekouří. Všeobecná sestra pacientovi vyholí třísla, na té straně, kde se bude výkon provádět. Po PTCA pacient musí být 6 - 8 hodin v klidu na lůžku. Končetinu, na které byl výkon prováděn, nesmí pokrčit v koleni. V třísle na místě vpichu má kompresi cca 3 hodiny. Všeobecná sestra musí kontrolovat sterilní krytí, zda místo vpichu nekrvácí. Sestra také monitoruje celkový stav pacienta a jeho fyziologické funkce. Po zbytek dne se může pacient volně pohybovat za doprovodu sestry a většinou jde druhý den po výkonu domů (ASCHERMAN, 2004).

Do chirurgické léčby ICHS patří **aortokoronární bypass**. Bypass lze definovat jako přemostění, což znamená, že neprůchodný úsek cévy lze obejít cévní náhradou (cévním štěpem), která se našije centrálně i periferně od místa, kde došlo k neprůchodnosti a tím se obnoví průtok krve v ischemické oblasti (KRAJÍČEK a kol., 2007).

„ Základní chirurgická léčba ischemické choroby srdeční spočívá v přemostění postižené koronární tepny cévním štěpem, který zajistí perfúzi myokardu distálně od místa zúžení, nebo uzávěru věnčité tepny. Přestože se ve většině případů jedná o vytvoření spojky mezi ascendentní aortou a příslušnou tepnou koronárního řečiště, mluvíme o tzv. aortokoronárním bypassu“(GWOZDZIEWICZ, 2007, str. 20).

K aortokoronárnímu bypassu se používají žilní, tepenné štěpy umělé cévní protézy. Mezi používané žilní štěpy patří vena saphena magna, vena saphena prava nebo vena antbrachií. Jako tepenné štěpy se využívají arteria mammaria dextra a sinistra, arteria throacica interna, arteria radialis nedominantní končetiny a arteria epigastrica inferior. Výhodou tepenných štěpů je větší průsvit cévy a její odolnost. Cévní protézy se nyní používají minimálně, kvůli možným komplikacím. Většinou

se používají cévní protézy, pokud nemá pacient vlastní štěpy z důvodu vícečetných operací (NĚMEC a kol., 2006).

Bypass je stavěn tak, že na jeho konci je napojena jedna anastomóza, což je jednoduchý bypass. Lze však jedním cévním štěpem obejít více zúžených tepen, kde jsou na štep našity dvě anastomózy tzn. napojené stranou ke straně (side-to-side) a koncem ke straně (end-to-side). Tento bypass se nazývá sekvenční bypass. Dále je také tzv. skákavý bypass, který má dvě nebo více anastomóz, ale tyto anastomózy jsou napojeny na stejnou koronární tepnu s více stenózami (NĚMEC a kol., 2006) a (Harrer, 2007).

Způsob vedení bypassu je buď anatomický, což je podél zúžené cévy, nebo extraanatomický mimo průběh cévy. Štěp se nejprve našije jedním koncem na koronární tepnu před postižené místo a poté druhým koncem na aortu. Arteria mammaria se pouze přišívá před postižené místo. Po našití bypassu se spojí hrudní kost drátěnými stehy a uzavírá se podkoží a kůže (NĚMEC a kol., 2006) a (Harrer, 2007).

Aortokoronární bypass, který zajistí revaskularizaci myokardu lze vykonat dvojitým způsobem a to je s použitím mimotělního oběhu (MTO) nebo bez použití mimotělního oběhu (off pump coronary artery bypass – OPCAP). Metoda OPCAP se od metody MTO liší pouze tím, že při OPCAP se operace provádí na bijícím srdci za použití stabilizátorů a intrakoronárního shuntu (NĚMEC a kol., 2006).

Mezi možné komplikace aortokoronárního bypassu patří nejčastěji krvácivé komplikace a infekční komplikace. Do krvácivých komplikací řadíme, když je technicky špatně provedena anastomóza, která je zdrojem krvácení a dále ke krvácivým komplikacím drobná krvácení při odběru arterie mammaria. Infekční komplikace jsou nezávažnější a mohou pacienta zařadit do trvalého invalidního důchodu. Komplikace infekčního původu se mohou objevit ve sternotomické ráně a na dolní končetině po odběru štěpu vena saphena magna. Infekce v ráně v místě sternu může postupovat od povrchu až do hloubky a může být spojena se zánětem mezihrudí nebo osteomyelitidou sternu. Častější jsou komplikace po odběru štěpu z dolní končetiny. Řadíme sem dehiscence rány na podkladě infekce, premaleolární otoky nebo neurologické poruchy v důsledku poruchy nervu saphenus. Do ostatních komplikací patří obecné chirurgické pooperační komplikace (KALA a kol., 2012).

Pro pacienta operace neznamena úplné vyléčení, o svůj bypass se bude muset starat po zbytek života. Bude muset zdravě jíst, mít dostatek pohybu a užívat předepsané léky. Jinak může časem dojít k zužování nebo až k uzavírání bypassu aterosklerózou stejně, jako předtím jeho vlastních cév. Tato léčba se provádí v celkové anestézii a je nutné provést kompletní předoperační vyšetření pacienta

1.7 PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED OPERACÍ

Před operací je nutné celkové předoperační vyšetření pacienta. Toto vyšetření se skládá z fyzikálního vyšetření, vyšetření fyziologických funkcí (krevní tlak, puls, dech a tělesná teplota), vyšetření krve (sedimentace, krevní obraz, glykemie, astrup, jaterní enzymy, iontogram, hemokoagulace, renální testy a kardiospecifické enzymy) a moče (moč chemicky + sediment, kultivace, citlivost), RTG srdce a plic, EKG, ECHO. Pacient také absolvuje sonografii karotid pro zjištění průchodnosti krčních tepen, které zásobují mozek, aby nedošlo následně k ischemii mozku při operaci, nebo po operaci. Dále pacient podstupuje spirometrii, což je funkční vyšetření plic, které pomůže zjistit, jak pacient zvládne anestezii a pooperační stav. Tyto vyšetření nesmí být starší než 14 dnů. Pacient by také měl deset dní před operací vysadit antikoagulantia a antiagregantia. V nemocnici je převeden na nízkomolekulární heparin.

Pacient do nemocnice nastupuje den před operací. V rámci psychické předoperační přípravy za pacientem dochází operátor a vysvětlí mu průběh operace. Za pacientem také dochází anesteziolog, který si s pacientem promluví o možnostech anestezie. Sestra v rámci psychické předoperační přípravy pacientovy vysvětlí předoperační přípravu a dále ho informuje o tom, že po operaci bude 2 až 3 dny na jednotce intenzivní péče.

Den před operací pacientovy sestra vyholí operační pole. To znamená hrudník, popřípadě dolní končetinu bude-li se odebírat žilní nebo tepenný štěp. Muži by měli mít oholené dlouhé vousy. Večer před operací sestra podá pacientovi premedikaci pro zklidnění dle ordinace anesteziologa. Ráno v den operace pacient provede ranní toaletu a vyndá si snímatelnou zubní protézu, pokud ji má. Sestra změřící pacientovi fyziologické funkce a zapíše je do dokumentace. Těsně před operací sestra aplikuje pacientovi premedikaci dle ordinace lékaře a poučuje pacienta, aby již po aplikaci

premedikace nevstával z lůžka z důvodu rizika pádu. Dolní končetiny se nebandážují z důvodu možného odebrání dalších štěpů.

Pacient by měl být seznámen, že mu na operačním sále bude zaveden periferní žilní katétr, centrální žilní katétr, endotracheální kanyla a zaveden epidurální katétr pro aplikaci analgetik v pooperačním období (LINDNER, 2012) a (VANĚK a kol., 2002), (BRÁT, 2008) a (MAREK, 2004).

2 SPECIFIKA PÉČE U PACIENTA PO AORTOKORONÁRNÍ BYPASSU

Cílem specifík péče u pacienta po aortokoronárním bypassu je zabránit vzniku pooperačním komplikacím, časná mobilizace a snížení, nebo potlačení bolesti. Také je důležité pacienta dostatečně informovat, což pomůže pacientovi lépe zvládat pooperační stav.

Monitorace

Na jednotce intenzivní péče je pacient napojen na monitor, který snímá srdeční frekvenci, krevní tlak, teplotu, dýchání, saturaci a stav vědomí. Také se sleduje sterilní krytí na operačních ranách a charakter a množství tekutiny, kterou odvádějí drény. Monitoruje se bolest pacienta. Pomocí numerické škály, nebo škály VAS se zaznamenává intenzita bolesti a podávají se analgetika dle ordinace lékaře. Při prvním převazu operačních ran se hodnotí okolí rány, velikost rány, tvar rány, možné známky infekce a sekrece z rány. Po přeložení pacienta na standardní oddělení se sledují fyziologické funkce dle ordinace lékaře, odchod plynů, zda byl pacient na stoličce a váha pacienta. Dále se provádí vyšetření, jako je echokardiografie, elektrokardiografie a odběry krve.

Prevence tromboembolické nemoci

Pro zabránění vzniku tromboembolické nemoci jsou důležité bandáže dolních končetin, které zlepšují průtok krve žilami dolních končetin. Pacient musí být dostatečně hydratován a časně mobilizován. Jako prevence tromboembolické nemoci lékař také indikuje podávání nízkomolekulárních heparinů. Mobilizace pacienta záleží na zdravotním stavu pacienta. Nejlépe je mobilizovat po 24 hodinách po operaci. Pacienta mobilizuje všeobecná sestra, nebo fyzioterapeut.

Tlumení bolesti

Pacientovi je před operací zaveden epidurální katétr, který po operaci kontinuálně aplikuje analgetika. Poté mohou být léky proti bolesti aplikovány intravenózně, nebo intramuskulárně. Později je pacient schopen užívat

analgetika perorálně. Všeobecná sestra musí o bolesti s pacientem komunikovat a zaznamenávat sílu bolesti na numerické škále bolesti. Pacientovi podává analgetika dle ordinace lékaře.

Péče o dýchací cesty

Pacient po operaci, přichází na jednotku intenzivní péče, se zavedou endotracheální kanylou. Je nutné odsávat sekret s dýchacích cest dle potřeby. K odstranění endotracheální kanyly dochází po probouzení pacienta po operaci a při stabilizovaném zdravotním stavu. Důležitá je toaleta dutiny ústní. Po odstranění endotracheální kanyly je důležité sledovat SPO₂ (saturaci kyslíkem) a pacientovy aplikovat oxygenoterapii. Pacientovy se podávají mukolytika pro lepší odkašlávání a s fyzioterapeutem jsou prováděna dechová cvičení.

Péče o drenáž

Pacientům jsou většinou zavedeny dva hadicové drény. Jeden je zaveden retrokardiálně a druhý retrosternálně. Drény jsou zavedeny 2 až 3 dny. Všeobecná sestra musí sledovat množství a charakter tekutiny, který odvádí drén. Délka zavedení drénu je individuální a odstranění drénů indikuje lékař.

Péče o operační ránu

Operační rána na hrudi (sternotomie) a operační rána na dolní končetině je sterilně krytá po dobu 24 hodin. První převaz se uskutečňuje za přítomnosti lékaře. Operační rány se desinfikuje desinfekčním roztokem a sterilně kryjí. Dobu krytí určuje lékař a záleží na zhojení ran. Když lékař určí, že rány již nemusí být kryty, pacient si rány může sprchovat vlažnou vodou a lehce osušit ručníkem. Stehy se odstraňují desátý až čtrnáctý den po operaci.

Péče o vyprazdňování močového měchýře

Pacientovi je na operačním sále zaveden permanentní močový katétr. Moč tedy odchází permanentně. Katétr se nechává zaveden 2 až 3 dny dle potřeby a stavu pacienta. Sestra musí sledovat příjem, výdej tekutin a charakter moče. Po odstranění permanentního močového katétru se pacient musí vymočit do šesti hodin. Pokud se pacient nevyprázdní do šesti hodin musí

se přistoupit k jednorázovému zacévkování, změřit množství rezidua a informovat lékaře.

Péče o vyprazdňování tlustého střeva

Jako prevence gastrointestinálních komplikací po operaci je časná mobilizace pacienta, časný perorální příjem a dostatečný příjem tekutin. Pacient by se měl vyprázdnit do 72 hodin po operaci. Pokud se pacient nevyprázdní je nutné informovat lékaře, který naordinuje podání laxativ nebo klyzmatu. Pacient při vyprazdňování nesmí tlačit neboli zapojovat příliš břišní svaly, což může mít nepříjemný vliv na operační ránu na hrudi.

Péče o stravování

Příjem potravy po aortokoronárním bypassu je stejně pozvolný jako po jakémkoliv jiném operačním zákroku. Pacient postupně přechází na nízkocholesterolovou dietu a dietu s omezením soli. Pokud je pacient diabetik navrácí se k diabetické dietě. Také je nutné pacienta informovat, jak by se měl zdravě stravovat po zbytek svého života, aby nedošlo k recidivě. Strava je také důležitá pro dobré hojení operačních ran. V případě komplikovaného pooperačního průběhu se přechází k parenterální výživě.

Rehabilitace

Rehabilitace začala již před operací. Pacient si mohl nacvičit vstávání z postele po operaci, odkašlávání pomocí polonafouklého míčku a dechová cvičení. S rehabilitačním cvičením se začíná hned první den po operaci a postupně se pacient mobilizuje. Fyzioterapeut dochází za pacientem a provádí dechová cvičení, která pomáhají pacientovi odkašlávat. Pacient by měl při každém odkašlávání použít polonafouklý míč, který si přiloží na laparotomickou ránu na hrudi a odkašle si. Míč zabrání poškození rány a tlumí bolest v ráně při odkašlávání.

Péče o psychiku

Pacientovi by měl mít co nejdříve možnost kontaktu s blízkou osobou. Také by měl být dostatečně informován o svém zdravotním stavu a budoucích vyšetřeních. Pokud je pacient věřící měl by mít možnost kontaktu s knězem

nebo pokud jeho stav po psychické stránce není dobrý, mělo by být ordinováno konzilium s psychiatrem.

Potřeba informací

Pacientovi jsou podány informace o jeho zdravotním stavu a dalším průběhu jeho léčby. Měl by vědět, že bude přeložen na lůžkové oddělení, kde dále bude rehabilitovat. Také by měl být informován o plánovaných vyšetřeních. Na lůžkové oddělení by měl znát pacient režim oddělení. Dále by měl vědět, že každý den jsou převazovány operační rány, monitorují se fyziologické funkce dle ordinace lékaře, sleduje se odchod plynů a váha pacienta. Pacient je každý den kontrolován lékařem a dle jeho ordinace mu jsou podávány léky. Dělají se vyšetření, zda operace proběhla v pořádku, jako je echokardiografie, elektrokardiografie a odběry krve. Asi měsíc od propuštění přijde pacient na kontrolu do nemocnice, kde byl operován. Lékař dle jeho stavu doporučí péči praktického lékaře a kardiologa, nebo zda přijde pacient znovu na kontrolu do nemocnice. Pacientovi by mělo být ponecháno dostatek času na položení otázek.

(LINDNER, 2012), (VANĚK a kol., 2002), (BRÁT, 2008), (KOLÁŘ, 2009), (MIKŠOVÁ a kol., 2006) a (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010)

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO AORTOKORONÁRNÍM BYPASSU

„Ošetrovatelský proces lze souhrnně definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetrovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro neustálé přehodnocování péče na základě aktuálního stavu. Cílem ošetrovatelského procesu je poskytování ošetrovatelských intervencí zaměřených na uspokojování potřeb jedince, rodiny, komunity, na podporu, obnovení zdraví a pohody, na dosažení co nejvyšší možné úrovně kvality života, na zabezpečení klidného umírání a smrti.“ (PLEVOVÁ, 2011, str. 108).

Pro vypracování praktické části bakalářské práce jsem absolvovala praxi na kardiochirurgickém oddělení druhé chirurgické kliniky ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kam byl přijat již konkrétní pacient k plánovanému výkonu aortokoronárním bypassu dne 18. 11. 2013. Pacientovi byla po prodělaném infarktu myokardu, selektivní koronarografii a úplné zástavě srdečního rytmu s úspěšnou resuscitací doporučena operační léčba aortokoronárním bypassem. Údaje o pacientovi jsem získala ze zdravotnické dokumentace, od zdravotnického personálu a přímo od pacienta. Pro odebrání ošetrovatelské anamnézy jsem zvolila model Marjory Gordonové 2 dle NANDA I Taxonomie II a na základě zjištěných údajů stanovila ošetrovatelské diagnózy, které jsem seřadila dle priorit pacienta. Sestavila jsem plán ošetrovatelské práce, který jsem zrealizovala a vyhodnotila. Ošetrovatelskou péči jsem pacientovi poskytovala od 18. 11. 2013 do 25. 11. 2013.

3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI (tabulka 1)

Tabulka 1 – Identifikační údaje pacienta

| | |
|--|--|
| Jméno a příjmení: XX | Pohlaví: muž |
| Datum narození: 22. 3. 1964 | Věk: 49 let |
| Adresa bydliště a telefon: Kolín | |
| Adresa příbuzných: XX | |
| RČ: XX | Číslo pojišťovny: XX |
| Vzdělání: Střední odborné učiliště - automechanik | Zaměstnání: nezaměstnaný, dříve řidič kamionu |
| Stav: rozvedený | Státní příslušnost: ČR |
| Datum přijetí: 18. 11. 2013 | Typ přijetí: plánované |
| Oddělení: II. Chirurgická klinika - kardiochirurgie | Ošetřující lékař: XX |

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Operace srdce“

Medicínská diagnóza hlavní:

Chronické srdeční selhání ischemické etiologie = ICHS

Medicínské diagnózy vedlejší:

Stp. SKG 15. 10. 2013 – rekanalizace uzávěru ve stenotu na RIA

Stp. SKG urgentní pro srdeční zástavu s úspěšnou resuscitací

Stp. reSKG pro recidivu IM přední stěny 22. 8. 2013 řešené PCI in stent u uzávěru RIA II s implantací dvou kovových stentů

Stp. Akutním QIM přední stěny 13. 8. 2013

Stp. reSKG 11/2009

Stp. QIM přední stěny léčený trombolýzou

Těžká systolická dysfunkce, Diabetes melitus 2. typu od 8/2013 na PAD, těžká arteriální hypertenze, obezita, hypercholesterolemie, nikotismus

Hodnoty zjišťované při příjmu (tabulka 2)

Tabulka 2 – Hodnoty zjišťované při příjmu

| | |
|---|------------------------------------|
| TK: 120/ 80 torr | Výška: 172 cm |
| P: 90´ | Hmotnost: 104 kg |
| D: 17/ minutu | BMI: 35 |
| TT: 36,4 °C | Pohyblivost: plně pohyblivý |
| Stav vědomí: při vědomí, orientovaný | Krevní skupina: A Rh + |

Nynější onemocnění:

Polymorbidní pacient s DM 2. typu. Opakovaně po intervencích na věnčitých tepnách pro recidivu IM se srdeční zástavou s úspěšnou resuscitací. Nyní indikována plánovaná operace – aortokoronární bypass.

Informační zdroje:

Pacient, dokumentace a zdravotnický personál

3.2 LÉKASKÁ ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela (73 let), onemocnění pacient neví

Otec: 76 let, aktivní, pracuje, pacient nezná onemocnění, snad onemocnění žaludku

Sourozenci: dvě mladší sestry, zdraví

Děti: dvě dcery, zdraví

Osobní anamnéza:

Překonaná a chronická onemocnění: ICHS

Hospitalizace a operace: „Žádné operace, hospitalizace na kardiologii asi tři krát“

Úrazy: /

Transfúze: /

Očkování: běžná očkování

Léková anamnéza: (tabulka 3)

Tabulka 3 – Léková anamnéza

| Název léku | Forma | Síla | Dávkování | Skupina |
|-------------|-------|--------|----------------------------|-------------------------|
| Anopyrin | Tbl. | 100 mg | 1-0-0 - 15. 11. 2013 ex | Antiagregancia |
| Trombex | Tbl. | 75 mg | 1-0-0 - 15. 11. 2013 ex | Antiagregancia |
| Pantoprazol | Tbl. | 20 mg | 0-0-1 | Antacida |
| Furon | Tbl. | 40 mg | 1-0-1 | Diuretika |
| Verospiron | Tbl. | 25 mg | 0-1-0 | Diuretika |
| Cancor | Tbl. | 2,5 mg | ½- 0-0 | Antihypertenziva |
| Sortis | Tbl. | 40 mg | 0-0-1 | Antihyperlipidemika |
| Siofor | Tbl. | 800 mg | 1-0-1 | Perorální antidiabetika |
| Tritace | Tbl. | 2,5 mg | ½- 0-0 | Antihypertenziva |

(MEDICINAL TRIBUNE, 2007)

Alergologická anamnéza:

Léky: /

Potraviny: /

Chemické látky: /

Abúzy:

Alkohol: pivo 5- 6 piv při jedné návštěvě hospody, dříve i tvrdý alkohol dnes už ne

Kouření: dříve 60 cigaret/ 24 hodin, nyní 20 cigaret/ 24 hodin

Káva: občas

Léky a návykové látky: /

Urologická anamnéza u mužů:

Překonaná urologická onemocnění: /

Samovyšetřování varlat: neprovádí

Poslední návštěva u urologa: /

Pacient nedochází k na preventivní kontroly k urologovi

Sociální anamnéza:

Stav: svobodný – má přítelkyni

Bytové podmínky: bydlí sám v bytě

Vztahy, role a interakce: dříve problematické, dnes dobré

Záliby: rád pije pivo, sleduje televizi, poslouchá hudbu

Volnočasové aktivity: hudba, posezení s přáteli

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: střetí odborné učiliště – obor automechanik

Pracovní zařazení: nezaměstnaný, dříve řidič kamiónu

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: jako řidič kamiónu pracoval 12 let

Vztahy na pracovišti: byly bez problémů

Ekonomické podmínky: nezaměstnaný, na podpoře

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: nemá, pacient není věřící

Pacient nemá zájem o spirituální podporu

3.3 POSOZENÍ STAVU PACIENTA PŘI PŘÍJMU

Hlava a krk – Objektivně: Hlava normocefalická, bez deformit a pokleповě nebolestivá. Bulvy ve stěnění postavení, volně pohyblivé, exoftalmus, zornice reagují, spojivky růžové, jazyk plazí středem, vlhky bez povlaku, lymfatické uzliny a štítná žláza nehmatná, náplň jugulárních žil v normě. **Subjektivně:** „Hlava mě nebolí, krk mám také v pořádku.“

Hrudník – Objektivně: Souměrný, bez změn tvaru a postavení, prsy symetrické, dýchání čisté sklípkové bez vedlejších fenoménů, dušnost není, srdeční krajina bez vyklenutí. **Subjektivně:** „Dýchá se mi dobře. Nic mě nebolí.“

Srdce - Objektivně: Akce srdeční pravidelná, šelest 0. **Subjektivně:** „Teď bez problémů.“

Břicho – Objektivně: Břicho nad niveou, špatně vyšetřitelné, nebolestivé, kůže hladká bez změn, ascites nepřítomný, bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika přítomna, játra nepřesahují pravý oblouk žeberní, slezina nenaráží. **Subjektivně:** „Břicho mě nebolí, vyprazdňuji se pravidelně a zatím jsem problémy s břichem neměl.“

Končetiny a kůže - Objektivně: Bez otoků, prsty symetrické a růžové, kůže na končetinách teplá a šupinatá, periferní pulzace hmatná, žíly dolních končetin bez varixů, Homansovo znamení 0, klouby volně pohyblivé, svaly nebolestivé, páteř fyziologické postavení, lymfatické uzliny nehmatné. Kožní turgor v normě, kůže teplá, suchá a prokrvená. **Subjektivně:** „Končetinami a s kůží nemám problémy, akorát mám suchou kůži na končetinách.“

Reflexy a čítí – Objektivně: Vybavené. Pacient nemá problémy se zrakem a slyší dobře. **Subjektivně:** „Dnes je pondělí 18. 11. 2014. Jsem ve VFN na kardiologii. Zrak a sluch mám dobrý.“

3.4 OŠTŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA MARJORY GORDOVNOVÉ 2 DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Anamnéza byla odebrána od pacienta v den přijetí k hospitalizaci a po návratu na standardní oddělení z jednotky intenzivní péče.

1. Podpora zdraví

Subjektivně - „Doma jsem omezil počet cigaret ze 40 na 20. Také se snažím omezit pivo a nepiji tvrdý alkohol. Tady v nemocnici se nedá kouřit, ale byl jsem už na dvou cigaretách a dal jsem si kávu. Samozřejmě si uvědomuji, že mi kouření neprospívá, ale jsem na tom závislý. Byl jsem několikrát seznámený se správnou životosprávnou, ale není lehké jen tak začít. A na cvičení jsem moc líný. Rád si dojdu na kus řeči s kamarády, nebo na pivo, kouknu na televizi, nebo si poslechnu muziku.“

Objektivně – Pacient se před operací snažil omezit kouření. Po operaci se snažil dodržovat léčebný režim, ale byl dvakrát na cigaretě. Uvědomuje si dopad jeho životosprávy na jeho zdraví, ale není schopen s tím něco dělat. Pacient nemá dostatek fyzické aktivity. Na preventivní prohlídky nedochází a nikdy nenavštívil urologa. Je si vědom svých onemocnění.

Ošetrovatelský problém: neefektivní udržování zdraví

Priorita: střední

2. Výživa

Subjektivně - „Doma jím tak tři nebo čtyři jídla za den. Ke snídani chleba s máslem, k obědu obvykle česká jídla a k večeři někdy chleba se salámem nebo sekanou. Jídlo upravuji na slunečnicovém oleji. Víc tedy jím smažená jídla. Občas si dám nějakou tu zeleninu. Za den vypiji tak 1 – 1,5 litru většinou vody, a když jdu do hospody tak vypiji 5 – 6 piv. Tvrdý alkohol už odmítám. Myslím si, že problémy s trávením asi nemám, ale mohl bych zhubnout. V nemocnici většinou sním, co mi tady dají. Také

beru před jídlem prášky na cukrovku. Hladinu cukru v krvi si nehlídám, ale tady mi ji sledují. “

Objektivně - Pacient doma jí nepravidelně. Energetická hodnota jídla je větší, než výdej energie. BMI je 35. Jeho strava není plnohodnotná. Obsahuje málo vlákniny a převažují smažená a tučná jídla. Doma vypije tak 1,5 litru vody. Pacient má diabetes melitus 2. typu řešený perorálními antidiabetiky. V nemocnici pacient problémy se stravou nemá. Má chuť k jídlu. Po operaci byly pacientovy aktivně nabízeny tekutiny a pacient bez problému pil. Za 24 hodin pacient vypil obvykle až dva litry čaje. Byl dostatečně hydratován.

Ošetrovatelský problém: nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu, riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi

Priorita: střední

3. Vylučování a výměna

Subjektivně - „Močím bez problémů. Doma nemám problémy s močením. Nemám žádné bolesti ani pálení. Po vyndání cévky jsem cítil pálení, ale pak to přešlo. Na stolici chodím pravidelně ráno a rád si u toho dám cigaretu. Změny prostředí mi nedělají problémy. Na zácpy netrpím. Moc se nepotím a ani se to za poslední dobu nezměnilo. Občas se zadýchám, ale to třeba když něco dělám. V nemocnici problémy s vyprazdňováním nemám.“

Objektivně - Pacient nemá problémy s vyprazdňováním stolice a moči doma ani v nemocnici. V moči a ve stolici nebyli žádné příměsi ani jiné změny. Je plně kontinentní. Pacient se vyprázdnil tlusté střevo do dvou dnů po operaci. Po operaci na jednotce intenzivní péče měl zpočátku zaveden PMK, ale později byl na JIP katétr odstraněn. Pacient zpočátku cítil řezání a pálení při močení, ale později močil bez obtíží. Diuréza moči při zavedeném PMK se pohybovala od 650 ml do 800 ml za 24 hodin. Třetí den po operaci byl PMK odstraněn a pacient se spontánně vymočil do 8 hodin. Výdej tekutin byl 1600 ml. Poté chodil pacient močit na WC a výdej nebyl zaznamenán. Při hospitalizaci byl občas dušný, ale SPO₂ byla v normě. Po operaci měl pacient zaveden retrokardiální drén a retrosternální drén. Retrokardiální drén

odváděl 15 ml krvavého sekretu, druhý pooperační den 10 ml krvavého sekretu a třetí den před odstranění drénu byl obsah krvavého sekretu 5ml. Retrosternální drén první pooperační den odváděl 10 ml krvavého sekretu a druhý pooperační den 5 ml krvavého sekretu a byl odstraněn. Kůži má suchou. Na jednotce intenzivní péče měl zaveden CŽK, který byl před překladem na standardní oddělení odstaněn. Při překladu na standardní oddělení měl pacient zaveden permanentní žilní katétr od 21. 11., který byl bez známek infekce.

Ošetrovatelský problém: infekce riziko

Priorita: nízká

4. Aktivita – odpočinek

Subjektivně - „Spím dobře doma i v nemocnici. Prášky na spaní neberu. Občas nechťic usnu u televize. Spím tak 6 hodin denně. Rád odpočívám poslechem hudby, koukám na televizi, nebo si také zajdu do hospody. Moc pohybu nemám. Jednou za čas jdu na procházku s přítelkyní. Teď jak sem nezaměstnaný, tak se snažím dělat domácí práce. Cítím se dobře a nejsem unavený. Dýchá se mi taky dobře. Po operaci problémy se spaním nemám. Bolí mě operační rána na pravé noze a tím se mi hůř chodí.“

Objektivně - Před operací pacient odpočíval na lůžku. Pacient udává, že nemá problémy se spánkem. Hypnotika neužívá. Není unavený. Odpočinek je spíše pasivní formou než cvičením. Pacient není dušný, při fyzikálním vyšetření měl hodnoty fyziologických funkcí v normě. Je plně mobilní, soběstačný, spolupracuje a komunikuje. Pacient byl po operaci dva pooperační dny na jednotce intenzivní péče, kde byl za pomoci rehabilitační sestry mobilizován, a byla zahájena rehabilitace. Třetí den po operaci byl pacient přeložen na standardní oddělení. Po překladu na standardní oddělení pacienta bolela operační rána na levé dolní končetině. Jeho chůze byla pomalá a šouravá. Již čtvrtý pooperační den byl pacient schopen sám vstát z postele bez pomoci druhé osoby a chodit sám za dohledu zdravotnického personálu nebo rehabilitační sestry.

Měřicí technika: Barthelův test všech všedních činností po překladu z jednotky intenzivní péče = 100 nezávislý

Ošetrovatelský problém: zhoršená tělesná pohyblivost

Priorita: střední

5. Vnímání – pozorování

Subjektivně - „Vím kdo jsem, kde jsem a vím, že je dnes pondělí 9: 30. Sluch mám v pořádku, čich a cit také, akorát nosím brýle na čtení. Jiné problémy nemám. Problémy s pamětí nemám. Jsem spíše flegmatik.“

Objektivně - Pacient je orientovaný časem, místem, vlastní osobou při příjmu i po překladu z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení. Pacient trpí dalekozrakostí a nosí brýle. Komunikuje bez problémů, řeč je plynulá a bez vady řeči. Pacient komunikuje gesty a úsměvem. Na otázky reaguje rychle.

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: 0

6. Vnímání sama sebe

Subjektivně - „Jsem momentálně nezaměstnaný asi půl roku. Jsem rozvedený a mám dvě dcery, s kterými se pravidelně stýkám. Rodinné problémy už nemám. Mám přítelkyni, s kterou zatím nebydlím. Mou slabou stránkou je moje vůle. Nedokážu přestat kouřit a nedonutím se k nějakému cvičení. Chci najít nějakou práci. Ale zatím se pro mne žádná nenašla. Po operaci jsem rád, že je mi lépe a nejsem odkázán na druhé.“

Objektivně - Pacient je nezaměstnaný. Rodinné vztahy jsou v pořádku. Necítí se sám. Má přítelkyni. Chtěl by rád přestat kouřit a věnovat se cvičení, ale jeho vůle je slabá. Nemůže si najít zaměstnání. Po operaci se cítí lépe. Ulevilo se mu. Je rád, že již není odkázán na druhou osobu.

Ošetrovatelský problém: Narušená osobní identita

Priorita: nízká

7. Vztahy

Subjektivně - „ Jsem otcem dvou dcer. Dcery jsou dospělé. S dcerami jsem stále v kontaktu. Jsem rozvedený. S bývalou manželkou se nestýkám. Mám přítelkyni ve stejném věku, jako jsem já. Také mám hodně kamarádů. Dokonce se stýkám s lidmi z bývalé práce. V nemocnici jsem stále v kontaktu s rodinou a přáteli. “

Objektivně - Pacient zastává roli syna, otce a přítele. Má dvě dcery, které jsou již plně soběstačné a nejsou na pacientovi závislé. Navštěvuje svého otce, který je plně soběstačný. Problémy v rodině neudává. Po ztrátě zaměstnání má stále kontakt s kolegy s práce.

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: 0

8. Sexualita

Subjektivně - „ Problémy se sexuálním životem nemám. Mám přítelkyni a vše je v pořádku “

Objektivně - Pacient je orientovaný na ženské pohlaví. Problémy v sexuální funkci neudává. Je se svým sexuálním zřejmě spokojený.

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: 0

9. Zvládání/tolerance zátěže

Subjektivně - „Zatím nejsem nervózní, ale asi zítra před operací budu. Stres zvládám celkem dobře. Trochu mi pomáhá i moje flegmatická povaha. Ve zvládání stresu mi pomáhá přítelkyně, a když si dojdou s kamarády do restaurace, nebo poslechn hudby.

Po posledním infarktu jsem docela dostal strach, a proto doufám, že mi operace pomůže. Po operaci se cítím dobře.“

Objektivně - Pacient je klidný. Udává flegmatickou povahu, která mu napomáhá zvládat stres v klidu. Doufá v zlepšení zdravotního stavu po operaci. Po konzultaci s anesteziologem měl pacient dostatek informací a zdál se klidný. Pacientovi byla vysvětlena předoperační a pooperační péče aby věděl, co ho čeká a byl klidnější.

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: 0

10. Životní principy

Subjektivně - „, Pro mě jsou důležité mé dvě dcery, otec a přítelkyně. V nich mám jistotu a oporu. Také je pro mě důležitá práce, kterou jsem ztratil a snažím se najít. Dále je pro mě důležité moje zdraví a zdraví mé rodiny. Doufám, že se můj zdravotní stav po operacilepší a najdu si práci. Také mám rád posezení u piva s kamarády a k tomu si dát cigaretu. V nemocnici je to s kouřením těžký. Už jsem tady byl kouřit. Nejsem věřící. Nepotřebuji spirituální návštěvy.“

Objektivně - Pacient věří v jeho rodinu a přítelkyni. Další důležitou hodnotou je práce, kterou momentálně nemá. Důležitost klade na zdraví rodiny i své zdraví. Věřící ve zlepšení zdravotního stavu a v to, že najde dobrou práci. Pacient vyjadřuje větší náklonnost k alkoholu a cigaretám, což neprospívá jeho zdravotnímu stavu. Pacient by se chtěl soustředit na zdraví, ale nejde mu dodržovat pravidla související s udržováním zdraví. Pacient při hospitalizaci opouští oddělení a kouří. Nevyžaduje spirituální návštěvy.

Ošetrovatelský problém: noncompliance

Priorita: střední

11. Bezpečnost – ochrana

Subjektivně - „ Většinou se nějakou virózou nebo chřipkou vyrovnávám tak týden. Nikdy jsem neužíval přemíru antibiotik. Dřív jsem nějak vážně nestonal. Žádné úrazy jsem neměl. Objevili mi cukrovku, ale beru na to prášky. Po operaci jsem se zpočátku cítil zmatený. Cítil jsem bolest na hrudi a dolní končetině. Bolest zhoršoval kašel. “

Objektivně - Pacient při příjmu k hospitalizaci nebyl ohrožen infekcí, neměl žádný úraz, ani defekt a infekci dýchacích cest. S infekcemi neměl problém a dlouhodobě neužíval antibiotika. Nežije v rizikovém prostředí. Po operaci byl pacient dva pooperační dny na jednotce intenzivní péče. Při převazu operačních ran byly rány suché a bez známek infekce. Operační rána na hrudi byla dlouhá 20 cm a na dolní končetině měl dvě operační rány dlouhé 10 a 15 cm. Operační rány byly klidné, bez sekrece a známek infekce. Tělesná teplota byla v normě.

Měřicí technika: Stupnice dle Nortonové – 31 bod = není riziko dekubitů

Ošetrovatelský problém: narušená tkáňová integrita

Priorita: střední

12. Komfort

Subjektivně - „Tělesné problémy nemám. S rodinou a přáteli jsem v kontaktu. Vím, že po operaci mě nebude bavit dlouho ležet. Po operaci cítím bolest v operační ráně na hrudi a na pravé dolní končetině. Bolest je střední na číslo 6.“

Objektivně - Pohybové a tělesné problémy nemá. Není sociálně izolovaný. Je si vědom, že po operaci nebude hned mobilní. Po překladu na oddělení pacient udával bolest dle numerické šály číslo 6 tedy střední. Bolest pociťoval v operační ráně na hrudi a na pravé dolní končetině. Jeho bolest v operační ráně na hrudi se zhoršovala při kašli. Třetí pooperační den byl přeložen na standardní oddělení, kde se bolest zmírňovala. Bolest byla zaznamenávána dle numerické šály od 0 do 10.

Ošetrovatelský problém: bolest akutní

Priorita: střední

13. Růst a vývoj

Subjektivně - „Tělesný vývoj v mládí byl v normě. V nemocnici ani doma nemám žádné vývojové a tělesné vady.“

Objektivně - Pacient nemá viditelné vývojové a tělesné vady. Neudává poruchy vývoje v mládí.

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: 0

(VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s., 2014)

3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Krevní tlak a puls \bar{a} 4 x denně, tělesná teplota 2krát/24 hodin

Astrup

Glykemie 1krát/24 hodin

KO, urea, kreatinin,

Výsledky:

Glykemie 1krát/24 hodin (Tabulka 4)

Krevní tlak, puls a tělesná teplota \bar{a} 6 hodin (Tabulka 5)

Astrup 25. 11. (Tabulka 6)

KO, urea, kreat (Tabulka 7)

Tabulka 4 – Hodnoty glykemie

| Datum | Glykémie | Glykémie – fyziologické hodnoty |
|--------------|-----------------|--|
| 18.11. | 6,3 mmol/l | 4,2 – 6,2 mmol/l |
| 22.11. | 6,8 mmol/l | 4,2 – 6,2 mmol/l |
| 23.11. | 6,4 mmol/l | 4,2 – 6,2 mmol/l |
| 24.11. | 6,7 mmol/l | 4,2 – 6,2 mmol/l |
| 25.11. | 6,1 mmol/l | 4,2 – 6,2 mmol/l |

Tabulka 5 – Hodnoty krevního tlaku, tepu a tělesné teploty

| | Krevní tlak | | | Puls | | | Tělesná teplota | |
|---------|--------------------|----------------|--------------|-------------|----------------|--------------|------------------------|--------------|
| | Ráno | Poledne | Večer | Ráno | Poledne | Večer | Ráno | Večer |
| 18. 11. | 120/80 | 130/80 | 125/70 | 90´ | 88´ | 89´ | 36,6 | 36,5 |
| 22. 11. | - | 135/90 | 130/70 | - | 85´ | 83´ | 36,8 | 36,7 |
| 23. 11. | 120/90 | 125/70 | 120/80 | 80´ | 79´ | 81´ | 36,4 | 36,6 |
| 24. 11. | 130/70 | 130/80 | 125/80 | 79´ | 78´ | 80´ | 36,5, | 36,6 |
| 25. 11. | 135/70 | 120/70 | - | 76´ | 81´ | - | 36,6 | - |

Fyziologické hodnoty krevního tlaku: 90/60 – 140/90 mmHg (Torr)

Fyziologické hodnoty pulsu: 60´ - 80´/ minuta

Fyziologické hodnoty tělesné teploty: 36,5 – 36,9 °C

Tabulka 6 – Hodnoty vyšetření Astrup

| Acido - bazický status | | Fyziolog. hodnoty | Hodnoty elektrolytů | | Fyziolog. hodnoty | Hodnoty metabolitů | | Fyziolog. hodnoty |
|------------------------|-----------------|------------------------|---------------------|----------------|---------------------|--------------------|---------------|----------------------|
| pO ₂ | 12,2 kPa | 9,9 – 14,4 kPa | K | 4,6 mmol/l | 3,5 – 5,5 mmol/l | Lac | 1,1 mmol/l | 0,5 – 2,22 mmol/l |
| pH | 7,383 mmol/l | 7,35 – 7,45 mmol/l | Ca | 1,00 mmol/l | 1,1 – 1,3 mmol/l | Glu | 6,1 mmol/l | 4,2 – 6,2 mmol/l |
| BE | 1,8 mmol/l | +2,1 – - 2,5 mmol/l | Cl | 98 mmol/l | 95 – 110 mmol/l | | | |
| pCO ₂ | 5,1 kPa | 4,8 – 5,9 kPa | Na | 135 mmol/l | 135 – 145 mmol/l | | | |
| HCO ₃ | 25,0 mmol/l | 22-26 mmol/l | | | | | | |

Tabulka 7 – Krevní vyšetření

| Datum | Krevní vyš. | Parametry KO | Naměřené hodnoty | Fyziologické hodnoty |
|--------|-------------|--------------|----------------------------|---------------------------------|
| 24.11. | KO | Sedimentace | 10/20 | 10/30 |
| | | Erytrocyty | 4,32 x 10 ¹² /l | 4,19–5,75 x 10 ¹² /l |
| | | Leukocyty | 6,12 x 10 ⁹ /l | 4,10–10,20 x 10 ⁹ /l |
| | | Trombocyty | 205 x 10 ⁹ /l | 142–327 x 10 ⁹ /l |
| | | Hemoglobin | 154 g/l | 135–174 g/l |
| | | Hematokrit | 0,44 | 0,39–0,51 |
| | Urea v krvi | | 3,5 mmol/l | 2,8–8,0 mmol/l |
| | Kreatinin | | 73,00 μmol/l | 44,0–110,0 μmol/l |

Konzervativní léčba:**Dieta:** 9 - diabetická **Pohybový režim:** křeslo, chůze,**RHB:** fyzioterapie hrudník, dechové cvičení, pohybová rehabilitace**Medikamentózní léčba:**

- **Per os:** (tabulka 8)

Tabulka 8 – Medikamentózní léčba – per os

| Název léku | Forma | Síla | Dávkování | Skupina |
|------------|-------|----------|----------------|-------------------------|
| Anopyrin | Tbl. | 100 mg | 0-0-1 | Antiagregancia |
| Novalgin | Tbl. | | 1-1-1 ā 8 hod. | Analgetika |
| Helicid | Tbl. | 20 mg | 0-1-0 | Antacida |
| KCl | Tbl. | 500 mg | 2-2-2 | Dodání draslíku |
| Vasocardin | Tbl. | 25 mg | 0-1/2-1/2 | Antihyperteziva |
| Siofor | Tbl. | 500 mg | 0-1-1 | Perorální antidiabetika |
| Ambrobene | sirup | 15mg/5ml | 10 ml | Mukolytikum |

- **Intravenózní:** /
Ringerův roztok 1000 ml i. v. – elektrolytový roztok
- **Subcutální podání:**
Fraxiparine 0,6 ā 12 hodin – Nízkomolekulární heparin - antikolagulacia
- **Per rectum:**
Suppositoria glycerini supp. – pedoperační příprava - Laxancia
- **Jiná:**
Oxygenoterapie 4l/min

Chirurgická léčba (výkon, kdy):

Aortokoronární bypass – 19. 11. 2013

3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA

Na kardiologické oddělení VFN byl přijat čtyřicetiletý muž k plánovanému operačnímu výkonu - aortokoronárním bypass. Pacientovi s ICHS opakovaně po intervencích na věnčitých tepnách a recidivě infarktu myokardu, srdeční zástavě s úspěšnou resuscitací, bylo doporučeno operativní řešení. Pacient je polymorbidní s diabetem mellitem 2. typu řešený perorálními antidiabetiky a kuřák. Po operaci byl převezen na jednotku intenzivní péče, na které strávil tři dny. S jednotky intenzivní péče byl druhý pooperační den převezen na standardní oddělení, kdy už byl pacient soběstačný, mobilní, bez dušnosti a udával střední bolest dle numerické škály 0 a 10 číslo 6 v oblasti operačních ran na hrudi a pravé dolní končetině. Bolest v oblasti hrudníku zhoršoval kašel a bolest na pravé dolní končetině zhoršovala chůze. Bolest ovlivňovala chůzi pacienta, která byla pomalá a šouravá. Operační rána na hrudi byla o velikosti 20 cm a na pravé dolní končetině byly rány o velikostech 10 a 15 cm. Problémy s vyprazdňováním močového měchýře a tlustého střeva neudával. Vymočil se do 8 hodin po odstranění PMK a stolice byla dva dny po operaci. Pacient byl ohrožen rizikem infekce z důvodu operačních ran a zavedenou PŽK. Pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nežije zdravým životním stylem, je obézní a užívá alkohol. Po operaci se cítil lépe, ale svou závislost na cigaretách neudržel a po překladi na standardní oddělení i přes zákaz zdravotnického personálu, chodil pacient kouřit. Pacient žije sám, je rozvedený, má dvě dospělé dcery, přítelkyni a je nezaměstnaný.

3.7 SESTAVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH SEŘAZENÍ DLE PRIORIT PACIENTA

U pacienta bylo stanoveno šest aktuálních ošetřovatelských diagnóz a tři potenciální ošetřovatelské diagnózy. Ošetřovatelské diagnózy jsou seřazeny dle priorit pacienta. Zpracovávám první tři aktuální diagnózy, které jsou nejdůležitější dle pacienta a zbylé tři aktuální ošetřovatelské diagnózy jsou zařazeny v příloze A, B, C. Dále jsou zpracovány potenciální diagnózy. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II *Ošetřovatelské diagnózy: definice*.

3.7.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Akutní bolest (00132)

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Neefektivní udržování zdraví (00099)

Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu (00001) viz příloha A

Noncompliance (00079) viz příloha B

Narušená osobní identita (00121) viz příloha C

(NANDA INTERNATIONAL, 2013)

3.7.2 POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Riziko infekce (00004)

Riziko infekce (00004)

Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179)

(NANDA INTERNATIONAL, 2013)

3.8 REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIÁGNÓZ

Aktuální ošetřovatelská diagnóza číslo 1:

Doména 12: komfort

Třída 1: tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

00132 Akutní bolest

Určující znaky: stupnice VAS (numerická škála bolesti), verbální sdělení, výraz v obličeji,

Související faktory: operační rány

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacienta dojde k minimalizaci bolesti do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: U pacienta ke zmírnění bolesti o tři stupně.

Interval hodnocení: 3x denně

Výsledná kritéria:

Pacient chápe důvod měření bolesti ihned.

Pacient je seznámen s hodnotící numerickou škálou bolesti do 30 minut.

Pacient je seznámen s úlevovými polohami a umí je využívat do 1 hodiny.

Pacient chápe jak používat polonafouklý míč při kašli ke zmírnění bolesti do 2 hodin.

Intervence:

- Posuzuj bolest včetně, lokalizace, charakteru a zhoršujících faktorů 3x denně – všeobecná sestra
- Posud' možné patologické příčiny (operace) ihned – všeobecná sestra
- Ber na vědomí lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest ihned – všeobecná sestra
- Akceptuje pacientovo líčení bolesti při každém měření bolesti – všeobecná sestra
- Komunikuj s pacientem o bolesti při každém měření bolesti – všeobecná sestra
- Hodnot' intenzitu bolesti dle numerické škály bolesti 0 – 10 3x denně – všeobecná sestra
- Posuzuj neverbální projevy pacientovi bolesti při ošetřování pacienta – všeobecná sestra
- Zajisti pacientovi klidné prostředí a uklidňující zaměstnání
- Seznam pacient s úlevovými polohami ihned – všeobecná sestra
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- Sleduj účinky analgetika 15 až 30 minut po podání – všeobecná sestra
- Sleduj fyziologické funkce pacienta (TK, P, D, TT) dle ordinace lékaře - všeobecná sestra
- Zajisti konzultaci s fyzioterapeutem o možnostech pohybu do dvou hodin po podání analgetik – všeobecná sestra
- Informuj lékaře o změně intenzity bolesti pacienta a splň jeho ordinace ihned – všeobecná sestra
- Vše zaznamenej do dokumentace ihned – všeobecná sestra

Realizace 2. pooperační den – 6. pooperační den

Pacient byl přeložen 2. pooperační (4. den hospitalizace) den z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení. Hned po přijetí pacienta jsem pomocí numerické škály bolesti zhodnotila pacientovu bolest včetně lokalizace, charakteru a zhoršujících faktorů. Pacient udával na numerické škále bolesti od 0 do 10, kdy deset je nesnesitelná bolest, číslo 6 střední bolest. Bolest udával v oblasti hrudní kosti v místě operační rány a na pravé dolní končetině v místě operační rány. Bolest v oblasti hrudní kosti zhoršoval

kašel a bolest na pravé dolní končetině se zhoršovala při chůzi. Neverbální projevy bolesti byly u pacienta vyjadřovány mimikou a obtížnou chůzí.

Pacientovi jsem doporučila úlevovou polohu na pravou dolní končetinu ve zvýšené poloze s podloženou polštářem, podala jsem analgetika dle ordinace lékaře a sledovala jejich účinky.

Po podání analgetik s využitím úlevové polohy se pacientova bolest snížila na numerické škále na číslo 4 a takto přetrvávala i večer. Za pacientem docházel fyzioterapeut, který pacienta stále mobilizoval, chodil s ním a prováděl dechová cvičení. 3. pooperační den ráno pacient pociťoval bolest dle numerické škály číslem 5, ale po aplikaci analgetika s úlevovou polohou byla jeho intenzita bolesti na čísle 3, kdy se pacientovi tato intenzita bolesti nezměnila do večera a přetrvávala i přes noc. Třetí den po operaci pacient již neměl bolesti a obtíže při chůzi. 4. Pooperační den pacient užil analgetika jen ráno a udával bolest na numerické škále bolesti číslem 3 po celý den. Pátý den po operaci pacient nevyžadoval analgetika a jeho bolest se ve večerních hodinách snížila dle numerické škály na číslo 1. Šestý pooperační den pacient již nepotřeboval analgetika. Bolest téměř vymizela a pacient byl propuštěn.

O změnách intenzity bolesti jsem stále informovala lékaře a plnila jeho ordinace. Bolest pacientovi nijak neovlivňovala spánek. Pacient spal dobře a ráno se vždy cítil odpočínutý. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení 2. pooperační den – 6. pooperační den:

Cíle byly splněny. Podařilo se zmírnit pacientovu bolest, byl sdílný ohledně jeho bolesti a zapojoval se do léčby bolesti a využíval úlevových poloh. Z nemocnice byl propuštěn téměř bez bolesti.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza číslo 2:

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/Cvičení

Definice: Omezení nezávislého na cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost

Určující znaky: změny chůze (zpomalené tempo chůze, šouravá chůze)

Související faktory: Bolest (v operační ráně)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude schopen samostatného pohybu do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: U pacienta nedojde k pádu.

Výsledná kritéria:

Pacient ví jak předcházet pádu. – ihned

Pacient zná důvod dohledu zdravotnického personálu. – ihned

Pacient spolupracuje s fyzioterapeuty. – 48 hodin

Intervence:

- Zhodnot' pohyblivost pacienta ihned – všeobecná sestra
- Nauč pacienta vhodný pohyb v rámci lůžka a při vstávání do půl hodiny – všeobecná sestra, fyzioterapeut
- Informuje lékaře o bolesti pacienta ihned – všeobecná sestra
- Splň ordinace lékaře ihned – všeobecná sestra
- Informuj pacienta o nutnosti dostatečného a přiměřeného pohybu do hodiny – všeobecná sestra
- Informuj pacienta jak předcházet pádu do hodiny – všeobecná sestra
- Seznam pacienta s důvodem dohledu zdravotnického personálu do hodiny – všeobecná sestra
- Informuj pacienta rehabilitaci s fyzioterapeutem do dvou hodin – všeobecná sestra
- Proveď záznam do dokumentace ihned- všeobecná sestra

Realizace 2. pooperační den – 6. pooperační den:

Po přijetí pacienta z jednotky intenzivní péče pacient chodil pomalu a šouravou chůzí. Pacientovi jsem doporučila vstávání z lůžka přes bok, které již dobře ovládal.

Také jsem mu doporučila, aby vstával s pauzami, jako prevence točení hlavy a následného pádu. Také by se měl držet lůžka při chůzi kolem něj.

Pacientova zhoršená pohyblivost byla zapříčiněná bolestí operačních ran, proto jsem informovala lékaře o pacientově bolesti a dle jeho ordinace podala analgetika a sledovala jejich účinek.

Pacientovi jsem také vysvětlila, proč je pro něj důležitý pohyb, který je jako prevence tromboembolické nemoci a pro obnovení fyziologického vyprazdňování. Dále jsem mu objasnila nutnost dohledu zdravotnického personálu při pohybu. Ukázala jsem, kde je signalizační zařízení u lůžka, na toaletě a na chodbě pro případ pádu. Informovala jsem pacienta o spolupráci s fyzioterapeuty, kteří ho budou mobilizovat, provádět dechová cvičení, nacvičovat chůzi po rovině a po schodech.

Pacienta jsem také upozornila, ať raději nevychází nikam při úklidu, když je mokrá podlaha a vyčká, až úklid skončí a podlaha bude suchá. Vše jsem ihned zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení 2. pooperační den – 6. pooperační den:

Cíle byly splněny. Nedošlo k pádu pacienta a pacient, po pozvolném ustupování bolesti, byl plně pohyblivý.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza číslo 3:

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Neschopnost identifikovat, zvládat anebo vyhledat pomoc k udržení zdraví.

00099 Neefektivní udržování zdraví

Určující znaky: nedostatek adaptivního chování na okolní změny, nedostatečný zájem o zlepšení chování podporující zdraví, nedostatečné zaměření k úsilí o zdraví v anamnéze

Související znaky: neefektivní zvládnání zátěže jedincem

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient a rodina si osvojí, jak efektivně udržovat zdraví.

Cíl krátkodobý: Pacient si uvědomuje co je potřebné pro zachování zdraví.

Výsledná kritéria:

Pacient zná rizika kouření a alkoholu. – 24 hodin

Pacient zná rizikové faktory, které ovlivňují zdraví. – 24 hodin

Pacient zná zásady zdravé výživy. – 48 hodin

Pacient je seznámen s pohybovou aktivitou – do 48 hodin

Intervence:

- Zhodnot' abúzus kouření, alkoholu a jiných látek ihned – všeobecná sestra
- Zaznamenej, zda má pacient snahu pečovat o svoje zdraví a zastat každodenní denní aktivity do hodiny – všeobecná sestra
- Pouč pacienta o rizikových faktorech, které mohou ovlivňovat jeho zdraví do 24 hodin – všeobecná sestra
- Pouč pacienta o rizicích kouření a alkoholu a jaký vliv to má na jeho zdraví do 24 hodin – všeobecná sestra
- Podej pacientovi informace o správném stavování, který by měl dodržovat pro udržení zdraví do dvou dnů – všeobecná sestra
- Seznamte pacienta s pohybové aktivity pro udržení fyzické aktivity do dvou dnů – všeobecná sestra
- Zapoj do edukace rodinu do dvou dnů – všeobecná sestra
- Dej pacientovi prostor pro otázky do 24 hodin – všeobecná sestra
- Podpoř pacienta a rodinu k udržování zdravotního stylu života po celou dobu hospitalizace – všeobecná sestra
- Vše zaznamenej do dokumentace ihned – všeobecná sestra

Realizace 1. a 2. den hospitalizace, 2. pooperační den až 6. pooperační den:

Pacient je kuřák. Kouří 20 cigaret denně. Dříve kouřil kolem 40 cigaret denně. Rád pije pivo a občas pije tvrdý alkohol. Dnes již pije jen pivo, cca 5 – 6 piv při návštěvě restaurace, jednou za dva dny.

Pacient má snahu pečovat o své zdraví, ale dle jeho názoru není jeho vůle dostatečně silná, aby změnil svůj styl života, který mu vyhovuje. Pacienta jsem seznámila s riziky, které ovlivňují jeho zdraví, jako je například kouření, alkohol, nedostatek pohybu a nezdravá strava. Pacienta jsem také informovala o stravování, které by mělo být vyvážené a mělo by obsahovat hodně zeleniny, ovoce a vlákniny. Důraz jsem kladla na to, aby se pacient vyvaroval tučným, smaženým a jídlům z rychlého občerstvení. Také jsem pacienta seznámila s důležitostí dodržování pitného režimu, a aby dával přednost neperlivým a neochuceným vodám. Pacienta jsem seznámila s pohybovým režimem, který zahrnuje například procházky nebo projížďku na kole.

Dále jsem zapojila do edukace pacientovu rodinu, které jsem také podala veškeré informace o stravování, rizikových faktorech a pohybové aktivitě. Konkrétně jsem zapojila dceru a přítelkyni pacienta. Obě se aktivně zapojily a měly zájem, jak zlepšit životní styl svého blízkého a sbíraly informace o zdravém životním stylu.

Poté jsem dala prostor pacientovi a jeho rodině na otázky a případně jsem otázky zodpověděla. Rodinu a pacienta jsem stále podporovala a dala k dispozici i edukační letáčky oddělení. Vše jsem ihned zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení 1. a 2. den hospitalizace, 2. pooperační den až 6. pooperační den:

Pacient s rodinou byli dostatečně edukováni o dodržování zdravého životního stylu. Cíle byly splněny a rodina s pacientem si osvojili efektivní udržování zdraví. Pacient si uvědomuje co je potřebné pro zachování zdraví.

Potenciální ošetřovatelská diagnóza číslo 1:

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

00004 Riziko infekce

Rizikové faktory: operační rány

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde ke vzniku infekce.

Cíl krátkodobý: U pacienta jsou zavedeny preventivní opatření.

Výsledná kritéria:

Pacient při prosáknutí obvazu na ráně informuje zdravotnický personál. - ihned

Pacient je informován o péči o ránu zdravotnickým personálem. – 24 hodin

Převaz je vždy za aseptických podmínek.

Intervence:

- Zajisti sterilní převaz a dezinfekci ran 1x denně nebo dle potřeby například při prosáknutí obvazu – všeobecná sestra
- Postupuj asepticky při převazu – všeobecná sestra
- Sleduj vzhled, případnou sekreci a způsob hojení rány
- Sleduj místní a celkové známky infekce – 2x denně měř tělesnou teplotu
- V případě přítomnosti známek infekce informujete lékaře ihned – všeobecná sestra
- Vše zaznamenej do dokumentace ihned – všeobecná sestra

Realizace 2. pooperační den až 6. pooperační den:

Převaz operačních ran jsem prováděla každý den ráno po ranní hygieně pacienta, nebo dle potřeby. Pacient měl operační ránu na hrudníku a na lýtku pravé dolní končetiny. Rány jsem dezinfikovala dle ordinace lékaře roztokem Betadine a sterilně

kryla. Operační rány na hrudníku a na pravé dolní končetině se 5. pooperační den již nekryly, ale pouze 1x denně dezinfikovaly a nechaly se bez krytí. Obě operační rány se hojily per primam. Tělesná teplota byla v normě.

Hodnocení 2. pooperační den až 6. pooperační den:

Cíle byly splněny. Rána se hojila per primam a neobjevily se známky infekce. Personálem zavedl preventivní opatření.

Potenciální ošetrovatelská diagnóza číslo 2:

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

00004 Riziko infekce

Rizikové faktory: permanentní žilní katétr

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde k infekci po dobu zavedení katétru.

Cíl krátkodobý: U pacienta jsou zavedeny preventivní opatření.

Intervence:

- Zajisti sterilní převaz 1x/24 hodin dle standardů oddělení – všeobecná sestra
- Pracuj vždy asepticky – všeobecná sestra
- Sleduj místní a celkové známky infekce při manipulaci s PŽK – všeobecná sestra
- Sleduj projevy infekce při každém kontaktu s pacientem – všeobecná sestra
- Pravidelně měř tělesnou teplotu 2x denně – všeobecná sestra
- Při změně ihned informuj lékaře – všeobecná sestra
- Vše ihned zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra

Realizace od 21. 11. do 25. 11.:

Každých 24 hodin jsem dle standardů oddělení sterilně převázala PŽK za aseptického postupu. Při každé manipulaci s PŽK jsem sledovala místní a celkové známky infekce a ptala jsem se pacienta, zda pociťuje nějaké obtíže s PŽK. Pacient neměl obtíže s PŽK a neobjevovali se u něj místní a celkové známky infekce. Každý den jsem pravidelně ráno a večer měřila tělesnou teplotu, která byla u pacienta ve fyziologické normě. Vše jsem ihned zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení od 21. 11. do 25. 11.:

Cíle byly splněny. U pacienta se neobjevili známky infekce.

Potenciální ošetrovatelská diagnóza číslo 3:

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolismus

Definice: Riziko změn hladiny glukózy/cukru v krvi oproti normálnímu rozsahu, které mohou oslabit zdraví.

00179 Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi

Rizikové faktory: nedostatečné přijetí diagnózy, medikamentózní léčba, somatický stav, stres

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Nedojde k nestabilní hladině glukózy v krvi do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient bude dodržovat dietní režim a užívat PAD.

Intervence:

- Zajisti, aby dodržoval pacient dietu číslo 9 každý den – všeobecná sestra
- Podávej pacientovi PAD dle ordinace lékaře půl hodiny před jídlem – všeobecná sestra

- Ověř pacientovi poznatky o dodržování stravy a případně jej edukuj do 24 hodin – všeobecná sestra
- Kontroluj pravidelně glykémii dle ordinace lékaře - všeobecná sestra
- O změnách glykémie informuj lékaře a splň jeho ordinace ihned – všeobecná sestra
- Vše ihned zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra

Realizace 1. den hospitalizace až do konce hospitalizace:

Pacientovi jsem objednala dietu číslo 9 tedy diabetickou a tím tedy zajistila, aby dostával adekvátní stravu vzhledem k jeho diagnóze. Pacientovi jsem vždy půl hodiny před jídlem podala perorální antidiabetika dle ordinace lékaře. Pravidelně dle ordinace lékaře, nejčastěji ráno a večer, jsem kontrolovala glykémii a vždy provedla záznam do dokumentace. Pacienta jsem edukovala v oblasti dietního režimu, aby mohl správně dodržovat dietní režim i v domácím prostředí. Základem je jíst tmavé pečivo, ovoce, které obsahuje málo cukru, zeleninu, nejíst smažená jídla, jíst drůbež a ryby. Hlavě jsem pacientovi vysvětlila, že je důležité jíst pravidelně, docházet na pravidelné prohlídky na diabetologii a nepít alkohol a kouřit. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení 1. den hospitalizace až do konce hospitalizace:

Cíle byly splněny. Pacient měl po dobu hospitalizace glykémii v mezích fyziologický hodnot, dodržoval dietní režim a užíval PAD.

(NANDA INTERNATIONAL, 2013)

4. ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se stav pacienta zlepšil. Hospitalizaci pacient snášel dobře, neodmítal edukaci, spolupracoval na vybraných intervencích aktivně prováděné personálem, ale vlastní intervence zanedbával a nedodržoval. Pacient během hospitalizace nedodržoval léčebný režim a řád oddělení. Po operaci po překladu na standardní oddělení i přes zákaz zdravotnického personálu opouštěl oddělení a chodil kouřit. Po několika napomenutí pacient přestal chodit kouřit a respektoval léčebný režim a řád oddělení.

Pacient je seznámen se svým onemocněním, zná jak dodržovat farmakologickou léčbu, fyzioterapeutickou léčbu, pohybový režim a správnou životosprávu. Do edukace jsem zapojila pacientovu rodinu konkrétně jeho přítelkyni a dceru. Rodina se aktivně zapojila a je také dostatečně informována o onemocnění, o dodržování správné životosprávy a pohybovém režimu pacienta.

Pacient se při příjmu zmínil, že je nezaměstnaný a že by chtěl přestat kouřit, ale jeho vůle je slabá. Tuto otázku jsem tedy řešila s pacientem, ale i s rodinou, kde jsem apelovala na podporu pacienta k udržení jeho vůle přestat kouřit, nalézt cestu s možnostmi jak přestat kouřit a najít prameny kde si hledat zaměstnání.

Vzhledem k jeho diagnóze se některé problémy nedají odstranit, proto musí ošetrovatelské zásahy i nadále pokračovat. Pacient potřebuje pevné zázemí, pocit jistoty a porozumění rodiny. Pacient je stále ohrožen různými komplikacemi, a proto je důležitá stálá edukace, podpora nejen ze strany zdravotníků, ale i rodiny a přátel.

4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V doporučení pro praxi vycházím z odborné praxe na kardiochirurgickém oddělení Všeobecné fakultní nemocnice, z odborných knih související s tímto tématem a edukačního materiálu kardiochirurgického oddělení Všeobecné fakultní nemocnice.

Edukace pacienta a rodiny po aortokoronárním bypassu:

Po návratu domů

- Odpočívat – nadšení z propuštění z nemocnice může vést k větší únavě
- Nedávat nohu přes nohu – vyšší tlak v podkolenní oblasti a zhorší se krevní oběh
- Vyhybat se dlouhému stání při otoku na noze v důsledku operační rány
- Při změně prostředí (zima – teplo) se vždy pozvolna zvykat na změnu prostředí – chvíli se aklimatizovat v předsíni
- Při relaxaci mít dolní končetiny ve zvýšené poloze
- Rekonvalescence je individuální
- Zátěž při nějaké činnosti pomalu a postupně zvyšujte – srdce se musí po operaci zvyknout na běžnou zátěž
- Omezit návštěvy na jednu až dvě návštěvy za den a pozor na období zvýšeného výskytu viróz – oslabení organismu
- Nárok na 4týdenní lázeňský pobyt hrazený pojišťovnou – zlepšení pohyblivosti hrudníku, rehabilitace a odbourání stresu
- Posazování přes bok dle instruktáže v nemocnici
- Nenosit těžké břemena (nákupní tašky,...)
- Maximální zátěž 2,5 kg do každé ruky
- Neležet v poloze na břiše
- Zátěž vždy oboustranná (netlačit jednou rukou)
- Co nejkratší dobu pracovat s rukama nad hlavou
- Neřídít automobil po 4 týdny po operaci – z důvodu pomalé reakce po operaci, riziko vzniku nárazu při zabrání autonehody, tlak bezpečnostního pásu při prudkém zabrzdění automobilu
- Pod bezpečností pás vložit polštářek
- Neřídít motocykl po dobu hojení hrudní kosti

Rehabilitační instruktáž

- Jízda na rotopedu bez zátěže cca 15 minut
- Procházky – zvyšují kondici
- Sport: **vhodné** – chůze, plavání (po zhojení jizvy)

nevhodné - posilování, doskoky, jízda na kole

Předcházení infekce

- Nezdržovat se v uzavřených veřejných prostorech jako je čekárna, kino nebo kavárna
- Nebýt v kontaktu s domácími zvířaty

Stravování

- Dodržovat zdravou životosprávu
- Velký příjem zeleniny a ovoce, celozrnného, černého pečiva a cereálií – zdroj vlákniny
- Omezit bílé pečivo, sušenky
- Převaha rostlinných tuků nad živočišnými
- Libové a bílé maso
- Nejíst smažená jídla spíše dušená
- Dostatek mléčných výrobků- jogurty, sýry a mléko

Zpět do zaměstnání

Návrat do zaměstnání se předpokládá po 2 - 3 měsících. Návrat záleží na posouzení stavu pacienta jeho lékařem, průběhu rekonvalescence a druhu povolání pacienta.

Péče o jizvu

- Nestrhávat stroupky v okolí jizvy na hrudi
- Sprchovat jizvu vlažnou vodou, proud vody nesmí být silný a nepromáčet rány
- Lehce mydlit neparfemovaným mýdlem ne sprchovým gelem
- Lehce osušit po koupeli a nosit vzdušné, volné oblečení
- Neopalovat jizvu- pigmentuje
- používejte tlakové masáže na jizvu
- Ženy s větším poprsím musí nosit dobře padlou podprsenku jako prevence komplikací při hojení
- Po sedmi dnech by měla být rána suchá, pokud se rána zvětšuje a přetrvává sekrece, pacient musí ihned navštívit lékaře

Pohlavní život

- Návrat do sexuálního života pozvolný
- V době, kdy se cítíte odpočínutý
- 2 – 3 hodiny po jídle – krev se přesouvá do trávicího traktu a srdce je pod větší zátěží
- Některé léky zhoršují sexuální funkce, proto je důležité se poradit s lékařem
- Je důležité nepřetěžovat zpočátku ránu na hrudi – důležité přizpůsobit styk
- Při bolestech na hrudi, dušnosti, bušení srdce při pohlavním styku vyhledejte lékaře
- Při užívání nitrátů (Iso – mack, Nitromack) se nesmí užívat léky pro povzbuzení sexuální vitality (například Viagra)

Tlaková masáž

Tlaková masáž se aplikuje před úplným zhojením jizvy podél jizvy a po zhojení se aplikuje po celé délce jizvy.

Postup: Palec na spodní okraj jizvy a lehce přitlačit snesitelnou intenzitou bolesti palcem k jizvě, po pár vteřinách palec uvolnit – tato technika zvýší prokrvení jizvy v místě, kde bylo stlačení palcem. Dále se pokračuje po celé délce jizvy.

Dlouhodobá režimová opatření

Pokud pacient nedodrží dlouhodobá režimová opatření a nepřizpůsobí svůj životní styl, může onemocnění přetrvávat i po operaci a dojít ke zhoršení choroby. Cílem režimových opatření je, aby příznivý stav pacienta po operaci setrval. Je důležité dodržovat tyto zásady:

- Nekouřit a netrávit čas v zakouřeném prostředí – kouření má negativní vliv na kardiovaskulární systém a tím zvyšuje nároky na srdeční svalovinu, také se podílí na vzniku cukrovky
- Pravidelná pohybová aktivita – procházky, jízda na rotopedu (později i kole) nebo plavání 3x za týden po dobu 30 až 60 minut
- Kontrola krevního tlaku – pokud nejsou hodnoty v normě, je třeba upravit léčbu
- Udržovat optimální hmotnost – nadváha zvyšuje krevní tlak, zvyšuje riziko cukrovky a zhoršuje dýchání

- Dodržovat zásady zdravé výživy – nízký obsah tuku a dostatek vlákniny
- Duševní hygiena – vyvarování se stresu nebo vyhledat odborníka, který pomůže pacientovi zvládat stres

Doporučení pro praxi pro všeobecné sestry:

- Všechny informace důrazně a důkladně pacientovi vysvětlit
- Správně pacientovi vysvětlit důvod dodržování správné životosprávy a objasnit důsledky nedodržování zdravé životosprávy
- Navést pacienta na správnou cestu jak přestat kouřit, informovat ho o možnostech, které pomáhají k odvyknutí kouření
- Objasnit důležitost preventivních prohlídek u lékaře
- Zodpovědět správně otázky
- Přistupovat ke každému pacientovi individuálně
- Při edukaci a podávání informací pacientovi dát čas na rozmyšlenou, použít edukační materiály a použít názornou ukázkou například při vysvětlování masáže jizvy
- Řádně vysvětlit, jak používat na půl nafouklý míč při kašli pro zmírnění bolesti v operační ráně na hrudi
- Objasnit důležitost odkašlávání a užívání mukolytik
- Správná péče o operační ránu a správná edukace pacienta jak pečovat o ránu doma
- Informovat pacienta o možnosti lázeňské léčby
- Udělat si čas na pacienta a jeho rodinu
- Stále se vzdělávat a zdokonalovat v kardiochirurgickém oboru
- Klást důraz na rehabilitaci
- Vzdělanost v oblasti rehabilitace v oblasti kardiochirurgického oboru
- Do edukace zařadit rodinné příslušníky, důrazně vysvětlit důvody změny životosprávy

ZÁVĚR

Ischemická choroba srdeční je jedním z nečastějších kardiovaskulárních onemocnění. Přispívají k tomu rizikové faktory, které mají vliv na zdraví srdce. ICHS vzniká na podkladě částečné či úplné ischemie srdečního svalu. Častou metodou léčby ICHS je chirurgická léčba, kdy je snaha o chirurgickou revaskularizaci srdečního svalu pomocí aortokoronárního bypassu, což je přemostění ischemické části žilním štěpem odebraným z dolní končetiny a vytvoření anastomózy mezi koronární tepnou a aortou.

Cílem bakalářské práce bylo sestavit ošetrovatelský proces u pacienta po aortokoronárním bypassu, navrhnout a realizovat ošetrovatelský plán u konkrétního pacienta a získat nové dovednosti a zkušenosti na kardiochirurgickém oddělení. Cíle byly splněny, byl sestaven ošetrovatelský proces, byl navržen a realizován ošetrovatelský plán u konkrétního pacienta po aortokoronárním bypassu. Došlo k získání nových zkušeností, dovedností a prohloubení vědomostí.

V bakalářské práci jsou vytyčeny specifika péče u pacienta po aortokoronárním bypassu a je určena studentům, všeobecným sestřám i pacientům po této operaci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

1. ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 753 s.: ISBN 80-726-2290-0
2. BRÁT, Radim a Jan TÁBORSKÝ. *Kardiochirurgie pro bakalářské studium*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008, 56 s. Učební texty (Univerzita Karlova). ISBN 978-80-7368-601-7.
3. ČOUPKOVÁ, Hana a Jan HUGO. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292.
4. GWOZDZIEWICZ, Marek. *Arteriální revaskularizace myokardu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 122 s. ISBN 978-802-4717-722.
5. KRAJÍČEK Milan, PEREGRIN Jan H., ROČEK Miloslav a kol. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 436 s. ISBN 978-80-247-0607-8.
6. LINDER Jaroslav, ROHN Vilém, ČERMÁK Tomáš, CHMAITILLOVÁ Alena, BĚHAVKOVÁ Jitka a kolektiv fyzioterapeutů. *Před operací*. Příručka pro pacienty II. Chirurgické kliniky Kardiovaskulární chirurgie VFN. Praha, 2012, 24s.
7. MAREK, Dan a Jan TÁBORSKÝ. *Předoperační příprava pacientů s kardiovaskulárními chorobami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 39 s. Učební texty (Univerzita Karlova). ISBN 80-244-0908-9.
8. MEDICINAL TRIBUNE – INPHARMEX s.r.o., *Medicinal tribune cz pharmindex brevír 2007*, 16. vydání, Český Těšín: Těšínská tiskárna a.s., 2007. ISBN 978-80-903708-7-6
9. NANDA I taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
10. NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům, Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Text pro posluchače zdravotnických oborů. Editor PhDr. Dušan Sysel, PhD., Mgr. Jaroslava Pekaná, Plzeň: Maurea, 2013, 106 s. ISBN 978-80-902876-9-3

11. PLEVOVÁ, Ilona a BUŽGOVÁ, Radka. *Ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3557-3
12. RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry.* Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
13. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 153 s. ISBN 80-247-1009-9.
14. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.
15. ŠPINAR, Jindřich. *Ischemická choroba srdeční.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 361 s. ISBN 80-247-0500-1.
16. VANĚK, Ivan a Jan TÁBORSKÝ. *Kardiovaskulární chirurgie.* Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2002, 234 s. Učební texty (Univerzita Karlova). ISBN 80-246-0523-6.
17. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny.* 7., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2004, 490 s. ISBN 80-734-5009-7.

Periodika:

18. KALA Petr et al., *Revaskularizace myokardu, perkutánní koronární intervence a aortokoronárním bypass, Vnitřní lékařství* 2012, roč. 58, ISSN: 0042-773X
19. HARRER Jan, *Možnosti chirurgie v léčbě ischemické choroby srdeční, Lékařské zprávy Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.* 2007, roč. 52, č. 4, 227-232 s. ISSN: 0457-4206.

Internetové zdroje:

20. *Ateroskleróza* [online] Ordinance.cz [28. 2. 2014] Dostupné z:
<http://www.ordinace.cz/clanek/ateroskleroz/>
21. DOBIÁŠ M., KOTULÁK T., LIPŠ M., MATIAS M., RUBEŠ D., BLÁHA J. 2013. *Specifika péče o kardiochirurgické pacienty u pohledu kardioanesteziologa/intenzivisty* [online]. Praha: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2013 [29. 11. 2013]. Dostupné z:
http://www.kardioanestezie.cz/kardioanestezie_VFN.pdf
22. *Elektrokardiografie* [online] WikiSkripta [28. 2. 2014] Dostupné z:
<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Elektrokardiografie>

23. HRADEC J., BÝMA S. 2009. *Doporučený diagnostická a léčebný postu pro všeobecné praktické lékaře ischemická chroma srdeční* [online]. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství 2009 [19. 11. 2013].
Dostupné z: http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/ICHS-2009.pdf
24. KARDIOLOGICKÉ ODDLENÍ FN PLZEŇ. 2013. *Zátěžové EKG vyšetření* [online]. Plzeň: Komplexní kardiovaskulární centrum Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova v Praze, 2013 [4. 3. 2014].
Dostupné z: <http://kard.fnplzen.cz/cs/node/109>
25. *Princip aortokoronárního bypassu* [online] Praha: Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK. 2011 [25. 2. 2014] Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=aortokoronarni-bypass>
26. *PTCA stent NIH* [online] Wikimedia commomons [28. 2. 2014] Dostupné z:
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:PTCA_stent_NIH.gif
27. Stabilizovaná část bijícího srdce – bypass bez mimotělního oběhu. In: *OnaDnes* [online] i Dnes.cz, 2009, Dostupné z:
http://ona.idnes.cz/foto.aspx?c=A090611_163535_zdravi_ves&strana=1&foto1=DRP2bb683_ZG0H7602rez.jpg&inframe=1
28. ŠETINA M., PIRK J., HOLUB J., FIALKA R. 2010. *Přehled kardiologických operací v České republice* [online] Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve spolupráci s Národním kardiologickým registrem, 2010 [19. 11. 2013] Dostupné z: <http://www.kardiologie.cz/dokumenty/KCHregistr2010.pdf>
29. *Marjory Gordon 2* [online]. Vysoká škola zdravotnická o.p.s., 2014. [18. 11. 2014].
Dostupné z: <https://vszdrav.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|---|------|
| Příloha A – Aktuální ošetrovatelská diagnóza číslo 4..... | I |
| Příloha B – Aktuální ošetrovatelská diagnóza číslo 5..... | III |
| Příloha C – Aktuální ošetrovatelská diagnóza číslo 6..... | VI |
| Příloha D – Princip aortokoronárního bypassu | IX |
| Příloha E – Ateroskleróza | X |
| Příloha F – Aortokoronární bypass bez použití mimotělního oběhu za pomoci octopusu pro stabilizaci bijícího srdce..... | XI |
| Příloha G – PTCA | XII |
| Příloha H - EKG svody na končetinách a hrudníku..... | XIII |
| Příloha CH – Čestné prohlášení..... | XIV |

Příloha A

Aktuální ošetřovatelská diagnóza číslo 4:

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin, který přesahuje potřeby metabolismu.

00001 Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu

Určující znaky: dysfunkční vzorec příjmu potravy, sedavý způsob života, BMI 35

Související faktory: nadměrný příjem živin vzhledem k fyzické aktivitě

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient si osvojí změnu životního stylu, chování a programu cvičení.

Cíl krátkodobý: Pacient zná zásady redukční diety.

Výsledná kritéria:

Pacient je seznámen s redukční dietou. – do 24 hodin

Pacient dodržuje pitný režim. – do 48 hodin

Pacient je seznámen s pohybovou aktivitou. – do 48 hodin

Intervence:

- Zjistí jaký přístup má pacient k jídlu a požívání jídla do 24 hodin – všeobecná sestra
- Zjistí, jaký byl pacientův běžný jídelníček do 24 hodin – všeobecná sestra
- Zjistí, jaký je pacientův pohybový režim do 24 hodin – všeobecná sestra
- Určí BMI pacienta do 24 hodin – všeobecná sestra
- Pouč pacienta o redukční dietě do 24 hodin – všeobecná sestra, nutriční terapeutka
- Pouč pacienta o důležitosti dodržování pitného režimu do 24 hodin – všeobecná sestra
- Seznam pacienta s pohybovou aktivitou do 24 hodin – všeobecná sestra

- Zapoj do edukace rodinu do 48 hodin – všeobecná sestra
- Zajisti kontakt pacient s nutriční terapeutkou do dvou dnů – všeobecná sestra, lékař
- Vše zaznamenej do dokumentace ihned – všeobecná sestra

Realizace 1. a 2. den hospitalizace, 2. pooperační den až 6. pooperační den:

Pacientovo BMI je 35, což značí obezitu. Pacienta jsem seznámila se zásadami redukční diety, do které patří omezení tuků a sacharidů, jíst více potravin s vysokým obsahem vlákniny jako je ovoce, zelenina a luštěniny. Pravidelně jíst menší porce a častěji. Jíst pouze libové maso (drůbeží, králičí maso), dušenou šunku a ryby. Vyhýbat se mléčným výrobkům s vysokým obsahem tuku. Jíst tmavé pečivo, používat rostlinné oleje, spíše dusit a né smažit, nejíst sladká jídla a dodržovat pohybovou aktivitu. Je také důležité stále pít čistou neperlivou vodu. Pohybem se myslí procházky, plavání a jízda na kole.

O tělesné hmotnosti a BMI jsem informovala lékaře, zajistil kontakt nutriční terapeutky s pacientem. Do edukace o redukční dietě jsem zapojila rodinu, zejména přítelkyni pacienta, která mu občas vaří. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení 1. a 2. den hospitalizace, 2. pooperační den až 6. pooperační den:

Cíle byly splněny. Pacient zná zásady redukční diety a snažil se osvojit změnu životního stylu, chování a programu cvičení.

Příloha B

Aktuální ošetřovatelská diagnóza číslo 5:

Doména 10: životní principy

Třída 3: soulad hodnot/přesvědčení/jednání

Definice: Chování osoby anebo pečovatele, které neodpovídá plánu podporujícímu zdraví nebo léčebnému plánu odsouhlasenou danou osobou (rodinou anebo komunitou) a zdravotnickým pracovníkem. V případě existence odsouhlaseného plánu podporujícího zdraví nebo léčebného plánu je chování osoby nebo pečovatele plně nebo částečně v nesouladu a může vést ke klinicky neefektivním nebo částečně neefektivním výsledkům.

00079 Noncompliance

Určující znaky: chování svědčí o nedodržování léčebného režimu

Související faktory: individuální - přesvědčení ohledně zdraví, hodnotový systém jedince motivační síly (kouření, nedodržování řádu oddělení)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se bude podílet na léčebném režimu a řádu oddělení dokonce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient bude podrobně seznámen s léčebným režimem a řádem oddělení do 24 hodin.

Výsledná kritéria:

Pacient respektuje léčebný režim do 24 hodin.

Pacient projevuje znalost zdravotního stavu a pochopení léčebného režimu do 24 hodin.

Pacient respektuje řád oddělení do 24 hodin.

Intervence:

- Komunikuj s pacientem o léčebném režimu a důvodu, který ho vede k porušení léčebného režimu ihned – všeobecná sestra

- Zapoj pacienta do léčebného režimu a najdi kompromis do hodiny – všeobecná sestra
- Opět informuj pacienta o rizicích kouření do hodiny - všeobecná sestra
- Zajisti, aby byl pacient informován o svém zdravotním stavu do dvou hodin- všeobecná sestra, lékař
- Podrobně opět seznam pacienta s léčebným režimem do hodiny – všeobecná sestra, lékař
- Seznam pacienta s řádem oddělení do hodiny – všeobecná sestra
- Dej pacientovi prostor k vyjádření a k otázkám do 24 hodin – všeobecná sestra
- Poskytni pacientovi odborný edukační materiál oddělení do 24 hodin – všeobecná sestra
- Vše ihned důkladně zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra

Realizace 4. pooperační den – 6. pooperační den:

Pacient již 4. pooperační den nedodržel řád oddělení a opouštěl oddělení bez dohledu a svolení zdravotnického personálu. Pacient si chodil pro kávu a kouřil. S pacientem jsem hovořila o léčebném režimu a o následku kouření na jeho momentální zdravotní stav. Pacient odpovídal, že se cítí dobře a měl chuť na cigaretu. Pacient se k hovoru stavil negativně.

Pacienta jsem tedy opět edukovala o léčebném režimu a rizicích kouření. S tímto problémem jsem se svěřila lékaři, který pacienta seznámil s jeho aktuálním zdravotním stavem a opět kladl důraz na edukaci ohledně léčebného režimu. Pacientovi jsem poskytla v písemné formě řád oddělení, léčebný režim a edukační materiály oddělení. Stále jsem se snažila najít kompromis a sestavit cíle léčebného režimu spolu s pacientem, když jsme o problému stále komunikovali.

Pacientovi jsem dala prostor na nastudování edukačních materiálů a na otázky, které jsem dle mých kompetencí zodpověděla. Při plnění léčebného režimu jsem zapojila také pacienta a vždy jsem ho plně informovala o péči, kterou mu poskytuji. Vše jsem ihned zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení 4. pooperační den – 6. pooperační den:

Cíle byly částečně splněny. Pacient pochopil léčebný režim a řádu oddělení, snažil se respektovat řád oddělení a částečně se podílel se na léčebném režimu až do konce hospitalizace, ale i přesto kouřil.

Příloha C

Aktuální ošetřovatelská diagnóza číslo 6:

Doména 6: Sebepercepce

Třída 1: Sebepojetí

Definice: Neschopnost udržet si integrované a plné vnímání sama sebe.

00121 Narušená osobní identita

Určující znaky: nejistota v cílech, neefektivní vykonávání rolí,

Související znaky: změna společenské role, neefektivní práce na své vůli

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude dostatečně motivován k abstinenci kouření a hledání zaměstnání do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientova rodina bude zapojena k dostatečné motivaci pacienta k abstinenci kouření a hledání práce do 5 dnů hospitalizace.

Výsledná kritéria:

Pacient má pocit podpory v rodině. – 24 hodin

Pacient zná rizika kouření. – 24 hodin

Pacient zná způsoby jak přestat kouřit – 48 hodin

Pacient si je vědom cesty k naleznutí zaměstnání. – 48 hodin

Pacient bude umět adekvátně reagovat na stresové situace spojené s nezaměstnaností a osobními problémy. – 48 hodin

Intervence:

- Vyslechni pacienta a pobídni ho k vyjádření pocitů ihned – všeobecná sestra
- Postarej se o klidné prostředí ihned – všeobecná sestra
- Vysvětli pacientovi a rodině vliv kouření na jeho organismus do 48 hodin – všeobecná sestra

- Seznam pacienta a rodinu se způsoby jak přestat kouřit do 3 dnů – všeobecná sestra
- Informuj pacienta a rodinu o cestách jak si hledat práci do 3 dnů – všeobecná sestra
- Neustále podporuj pacienta a rodinu – všeobecná sestra
- Poskytni informační zdroje, kde se získá více informací o kouření či hledání zaměstnání do 5 dnů – všeobecná sestra
- Dej prostor pro konverzaci na téma kouření a nezaměstnanost, případně dej prostor pro zodpovězení otázek do 5 dnů – všeobecná sestra
- Informuj lékaře o této problematice do dvou dnů – všeobecná sestra
- Vše hned zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra

Realizace od přijetí do konce hospitalizace:

Při sběru informací do ošetřovatelské anamnézy se pacient zmínil o své slabé vůli přestat kouřit a o své nezaměstnanosti. Pacienta to až tak tolik netrápilo, ale chtěla jsem ho podpořit. Proto jsem mu dala prostor pro vyjádření v klidu jeho pokoje. Nabídla jsem pacientovi, že ho v řešení jeho problémů zkusím motivovat a zapojit rodinu, aby se mu tyto problémy řešily snáz. Pacientovi a jeho rodině jsem podrobně vysvětlila, jak má kouření negativní vliv na jeho cévy, srdce a psychiku. Jak spolu s obezitou zvyšuje tlak, vytváří aterosklerózu a následně vzniká například infarkt. Poskytla jsem pacientovi a rodině edukační materiál, který se týká odvykání kouření a dala kontakt na odborníka. Pacienta jsem informovala o pozitivěch nekouření například, že se nebude zadýchávat při zátěži, nebude tolik unavený, jeho fyzická zdatnost selepší a celkově se bude cítit lépe.

Také jsem je seznámila s cestami, jak hledat zaměstnání například: internet, noviny, úřad práce, kamarádi, ale také že sami budou chodit a ptát se v různých firmách. Doporučila jsem také konkrétní internetové stránky.

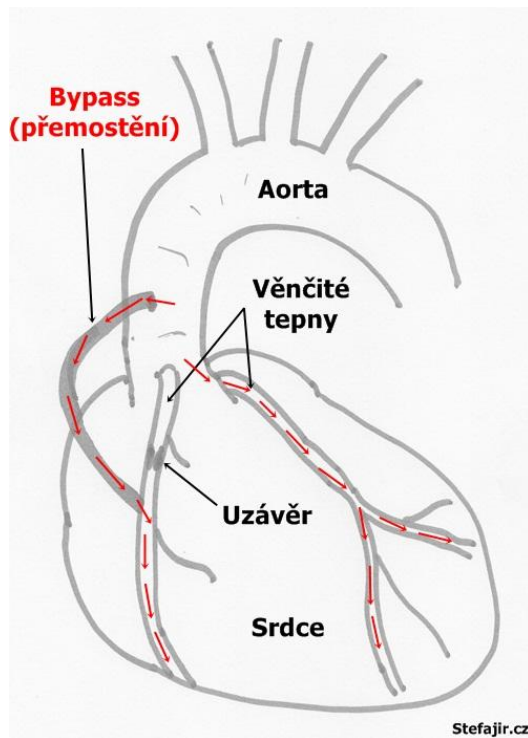
Rodina se skvěle zapojila a sama chodila s nápady na nabídku práce a pacienta podporovala k startu k odvykání kouření. O této problematice jsem informovala lékaře, který také s pacientem a jeho rodinou hovořil na téma odvykání kouření a nezaměstnanosti. Pacientovi jsem také doporučila při hledání zaměstnání, aby si nehledal zaměstnání s příliš velkou fyzickou a psychickou námahou. Vše jsem důkladně zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení od přijetí do konce hospitalizace:

Pacientovu rodinu se podařilo zapojit do procesu motivace pacienta. Pacient byl dostatečně motivován v otázce odvykání kouření, chápal všechna rizika kouření a dopad kouření na jeho zdravotní stav, ale přesto porušil léčebný režim a kouřil dále. Na druhou stranu byl dostatečně motivován k hledání zaměstnání. Znal zdroje, kde hledat zaměstnání. Těšil se, až se jeho zdravotní stav zlepší a najde si práci.

Příloha D

Princip aortokoronárního bypass



(MEDICINA, NEMOCI, STUDIUM 1. LF UK., 2011)

Příloha E

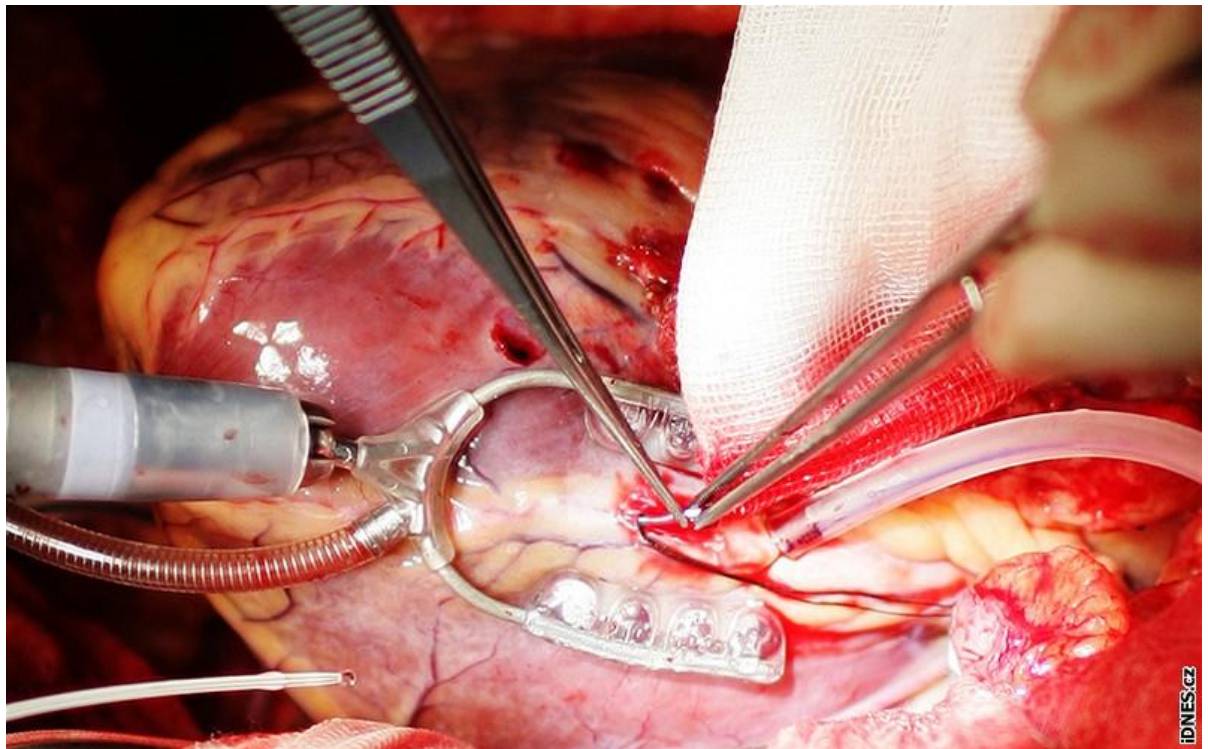
Ateroskleróza



(Ordinace.cz, 2014)

Příloha F

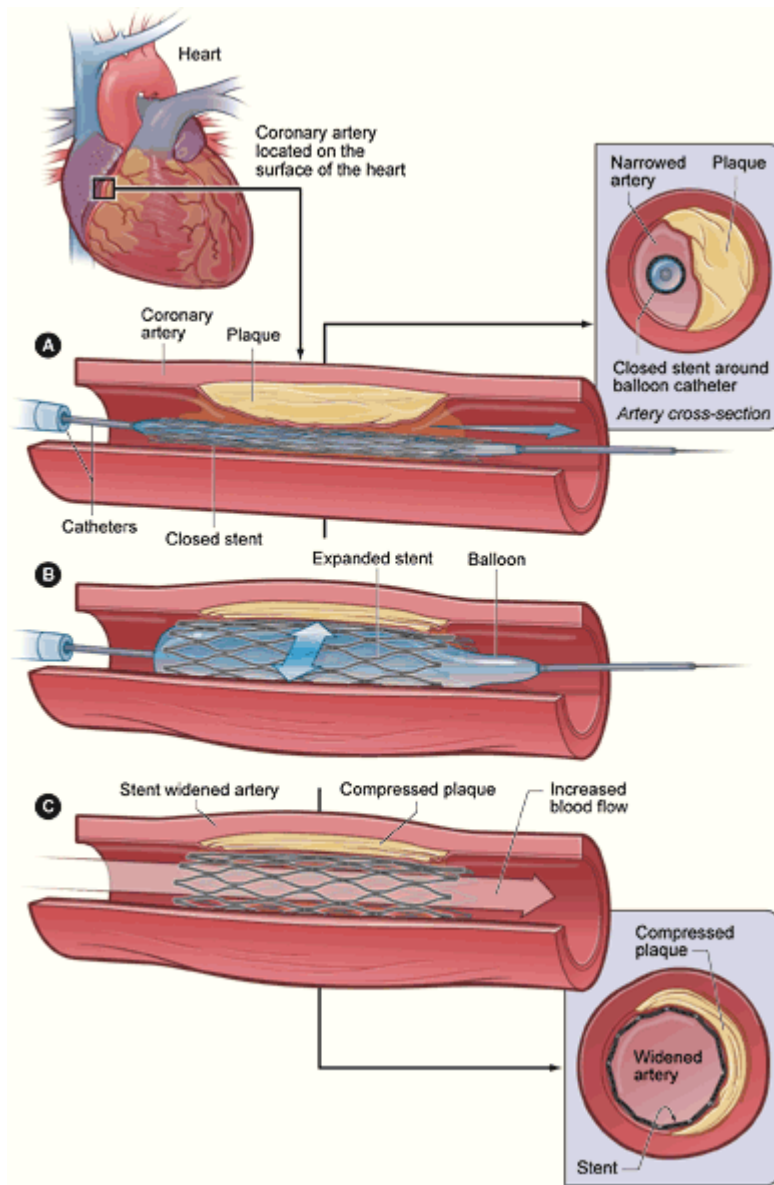
Aortokoronární bypass bez použití mimotělního oběhu za pomoci octopusu pro stabilizaci bijícího srdce



(iDnes.cz, 2009)

Příloha G

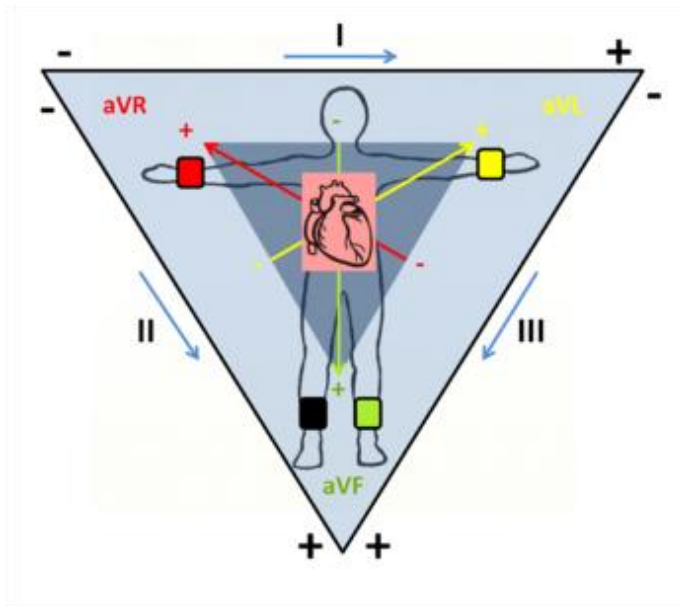
PTCA



(WIKIMEDIA COMMOMONS, 2014)

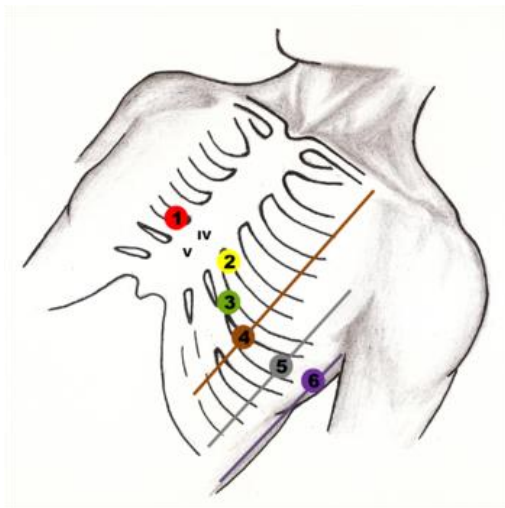
Příloha H

EKG svody na dolní končetině



(WIKISKRIPTA, 2014)

EKG svody na hrudníku



(WIKISKRIPTA, 2014)

Příloha CH

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem ošetrovatelský proces u pacienta po aortokoronárním bypassu v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

