

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Bezpečná péče o pacienty podstupující elektivní koronarografii na stacionáři

Dagmar Zachariášová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dagmar Zachariášová**
Osobní číslo: **Z14247**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Bezpečná péče o pacienty podstupující elektivní
koronarografii na stacionáři**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

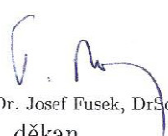
Seznam odborné literatury:

1. ASCHERMANN, Michael. Perkutánní transluminální koronární angioplastika. Cor et vasa. Brno: Česká kardiologická společnost. 2007, roč. 49, č. 7-8 s. 241-242. ISSN: 0010-8650.
2. ASCHERMANN, Michael. Kardiologie. Praha: Galén, 2004, 1540 s. ISBN 80-726-2290-0.
3. LUKL, Jan. Srdeční arytmie v kazuistikách. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 116 s. ISBN 80-247-1544-9.
4. KÓLBEL, F. et al. Trendy soudobé kardiologie. 1. vyd. Praha: Galén. 1995. 351 s. ISBN 80-85824-14-0.
5. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. Kardiologie pro obor ošetrovatelství 2. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014, 256 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
6. ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. Jak dobře žít s nemocným srdcem. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Iveta Černožorská
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

I.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2017

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 9. 5. 2017

Dagmar Zachariášová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala všem, kteří mi byli nápomocni při zpracování této bakalářské práce. Ráda bych poděkovala Mgr. Ivetě Černohorské za cenné rady, její čas a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

ANOTACE

Tato bakalářské práce pojednává o bezpečné péči o pacienty podstupující elektivní koronarografii na denním stacionáři. Koronarografie je mimo jiné využívána jako moderní metoda léčby u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Hlavním cílem práce bylo zmapovat problematiku s ohledem na možná rizika ohrožující bezpečnou ošetrovatelskou péči. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou uvedeny základní poznatky týkající se dané problematiky. Výzkumná část byla zpracována metodou pozorování a rozhovoru s personálem. Respondentky jsou všeobecné sestry vybraných katetrizačních center. Získané výsledky ukazují problematické oblasti bezpečné péče na stacionáři.

KLÍČOVÁ SLOVA

bezpečná péče, denní stacionář, koronarografie, ošetrovatelská péče

TITLE

Secure care for patients undergoing elective coronarography on stationary

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with the safe care of patients undergoing elective coronarography at day care centers. Coronarography is also used as a modern method of treatment in patients with ICHS. The main aim of the work was to map out the issues with regard to possible risks threatening safe nursing care. The thesis is divided into the theoretical and research part. In the theoretical part are presented basic knowledge about the given issue. The research part was elaborated by the method of interview with the staff. Respondents are general nurses of selected catheterization centers. The results obtained show the problematic areas of safe care for the station.

KEYWORDS

Safe care, day care center, coronarography, nursing care

OBSAH

ÚVOD	10
1 CÍLE PRÁCE.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE.....	13
2.1 Srdeční dutiny a chlopně	13
2.2 Koronární řečiště	14
3 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ.....	16
3.1 Etiologie a patogeneze.....	16
3.2 Rizikové faktory	16
3.3 Klinický obraz ICHS	17
4 BEZPEČNÁ PÉČE.....	19
4.1 Definice bezpečné péče	19
4.2 Zákon o bezpečné péči	20
5 KORONAROGRAFIE	22
5.1 Indikace koronarografie.....	22
5.2 Kontraindikace koronarografie.....	23
5.3 Komplikace koronarografie	24
5.4 Denní stacionář.....	24
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY PODSTUPUJÍCÍ ELEKTIVNÍ KORONAROGRAFII	26
6.1 Příprava před výkonem.....	26
6.2 Průběh vyšetření	27
6.3 Péče po vyšetření	28
6.4 Edukace při dimisi	28
II VÝZKUMNÁ ČÁST	30
7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
8 METODIKA VÝZKUMU.....	32
8.1 Typ výzkumu.....	32
8.2 Vzorek respondentů.....	33
8.3 Technika sběru dat.....	33
9 PREZENTACE VÝZKUMU	34
10 DISKUZE	46
11 ZÁVĚR	50
12 SEZNAM LITERATURY	52
13 SEZNAM PŘÍLOH.....	55

14	PŘÍLOHY	56
----	---------------	----

SEZNAM ZKRATEK

AIM Akutní infarkt myokardu

CMP Cevní mozková příhoda

EKG Elektrokardiogram

FF Fyziologické funkce

GCS Glasgow coma scale

HK Horní končetina

ICHS Ischemická choroba srdeční

IM Infarkt myokardu

KG Koronarografie

PCI Perkutánní koronární angioplastika

R (1-5) Respondentka

RBC Resortní bezpečnostní cíle

TK Krevní tlak

TO Tazatelská otázka

P Pulz

ÚZIS Ústav zdravotnické informatiky a statistiky

ÚVOD

Kardiovaskulární onemocnění v České republice je již několik let prvořadým zdravotním problémem. Důsledky pro naše zdraví jsou příliš vážné a výskyt v našem okolí tak častý, než aby bylo možné je jen tak přehlížet. Mezi onemocnění kardiovaskulárního aparátu patří především ischemická choroba srdeční (dále pouze ICHS) a její hlavní rizikové faktory – arteriální hypertenze, hyperlipidémie, diabetes mellitus, obezita. Jak uvádí Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR tak v roce 2010 bylo hospitalizováno pro jednu z forem ICHS celkem 75 199 pacientů. Podíl zemřelých na kardiovaskulární onemocnění byl v roce 2010 (ÚZIS) 45,1 % mužů a 50,7 % žen. Ischemická choroba srdeční postihuje na celém světě miliony lidí. Ještě před třiceti lety bylo možné toto onemocnění léčit pouze pravidelným užíváním léků nebo chirurgickou operací – přemostěním věnčitých tepen, tzv. našitím bypassu. Od roku 1977 však lékaři používají novou alternativní metodu, tzv. perkutánní transluminální angioplastiku (zkratkou PCI), která umožňuje léčit ICHS bez kardiochirurgického zákroku.

S ohledem na stálou progresi ve zdravotnických technologiích, ale i díky novým invazivním postupům, jsme již ale dnes schopni v souladu se současným trendem pacienty s onemocněním ICHS vyšetřit formou jednodenní – krátkodobé, nebo několikahodinové hospitalizace formou stacionáře. Jedná se o moderní medicínský přístup, který umožňuje našim pacientům trávit rekonvalescenci v domácím prostředí, minimalizovat stres z hospitalizace. Přínosem je i úspora času.

Záměrem této práce je zhodnocení vybraných ošetrovatelských postupů a práce sester na jednotlivých vybraných katetrizačních sálech u pacientů podstupující elektivní koronarografii s pobytem na stacionáři. Zda jsou dodržovány jednotlivé úkony, směřující k zajištění bezpečné a kvalitní péče. Proto jsem zvolila 8 zásadních otázek, které nás dovedou k tomu, aby bylo naplněno téma zadání mé bakalářské práce. Otázky byly položeny pěti všeobecným sestrám, které pracují na katetrizačních sálech a zároveň mají svoji pracovní náplň na stacionáři, kde se střídají. Forma zredukovaného rozhovoru a jeho přepis je záměrný, přináší pohled neotřelý a zajímavý ve smyslu laskavosti, vstřícnosti a velké zodpovědnosti, i když ne vždy podmínky jsou ideální.

Důvěra, odpovědnost, týmová práce, efektivita a kvalita. To vše je zapotřebí, aby byl splněn záměr. Spokojený pacient je tou naší největší odměnou.

1 CÍLE PRÁCE

Teoretická část

- Shrnout základní teoretické poznatky vztahující se k problematice ošetrovatelské péče u elektivní koronarografie na denním stacionáři s ohledem na význam problematiky bezpečné péče.

Výzkumná část

- Zjistit informovanost pacientů, kteří přicházejí k výkonu elektivní koronarografii
- Zjistit nejčastější ošetrovatelské postupy a specifika, které všeobecné sestry vykonávají, aby byla dodržena bezpečná péče o pacienty na denním stacionáři.
- Zjistit komplikace, které se mohou po výkonu vyskytnout.
- Zjistit zajištění pacienta při dimisi.

I TEORETICKÁ ČÁST

2 Anatomie a fyziologie srdce

Tato práce je sice zaměřena na bezpečnou péči o pacienta podstupující elektivní koronarografii na stacionáři, ale vzhledem ke zvolené problematice jsou anatomické znalosti důležité, a proto je třeba charakterizovat rámcově anatomii a fyziologii kardiovaskulárního systému.

Srdce je dutý fibromuskulární orgán konického tvaru uložený v hrudníku ve středním mediastinu. Je uloženo v hrudníku ve středním mediastinu, vpředu ohraničeno hrudní kostí a zezadu páteří. Srdeční stěna je složena ze tří vrstev; vnitřní vazivové blány - endokardu, svalové vrstvy - myokardu a epikardu. Epikard je současně vnitřním listem osrdečníku (perikardu) a společně s jeho vnějším listem kryjí povrch srdce. Oba listy na sebe úzce naléhají a přechází jeden v druhý v místě, kde do srdce vstupují žíly a vystupují velké cévy. Vnitřní endotelovou vrstvu cév tvoří tenká tunica intima. Na ní naléhají buňky hladké svaloviny a elastická vlákna – tunica media. Vnější vrstva cévy je tvořena vlákny kolagenu – tunica adventitia (Ascherman, 2004).

Srdce je hnací jednotkou oběhové soustavy. Umožňuje zásobovat tkáň kyslíkem a živinami a pomáhá odstraňovat zplodiny látkové přeměny, které přenáší krev. Charakteristická je pro něj rozsáhlá možnost přizpůsobit se nejrůznějším požadavkům organismu. Zdrojem energie pro srdeční činnost je glukóza, mastné kyseliny, laktát a v menší míře také aminokyseliny. K hlavním činnostem srdce patří automacie, vodivost, dráždivost a stažlivost (Kolář, 2009).

2.1 Srdeční dutiny a chlopně

Srdeční dutiny a chlopně jsou tvořeny pravou a levou srdeční síní (atrium dextrum et sinistrum) a pravou a levou srdeční komorou (ventriculus dexter et sinister) (Čihák, 2004).

Pravá síň je nejrozsáhlejší dutinou v srdci, její objem tvoří asi 80 ml, povrch je hladký a tvar nepravidelný. Do pravé síně přivádí odkysličenou krev horní a dolní dutá žíla, dále pokračuje do pravé komory před trojcípou (trikuspidální) chlopní. Vprávé síni nacházíme také mezisíňovou přepážku, která rozděluje pravou a levou síň. Tím tvoří zadní stěnu pravé síně. V dolní části přepážky je zeslabená oválná prohlubeň, která umožňuje průtok krve během nitroděložního života. Smrštěním pravé síně je krev vypuzena pravé komory (Kolář, 2009; Merkurová, Orel, 2008).

Pravá komora má trojúhelníkovitý tvar a její obsah je okolo 70 ml. Tvořena je svalovými trámci, které jsou členité zejména na spodní části. Jeden ze svalových trámců přechází

z přepážky na přední stěnu pravé komory a ta obsahuje část pravého Tawarova raménka. Pravá komora je tvořena částí vtokovou a výtokovou. Správný tok krve určuje trojcípá (trikuspidální) chlopeň. Smrštěním pravé komory je krev vypuzena do plicního kmene a poté do plic. Na začátku plicního kmene je poloměsíčitá chlopeň, která brání zpětnému toku krve do pravé komory. Význam pravé komory spočívá v okysličení krve a eliminaci oxidu uhličitého v plicích (Kolář, 2009).

Levá síň menší objem než pravá síň a křehlovitě zaoblený tvar s objemem okolo 60 ml. Velká část levé síně je jednostěnná a krev sem vtéká ze čtyř plicních žil, které přivádějí okysličenou krev. Dále pokračuje přes dvojcípou (mitrální) chlopeň do levé komory (Klener, 2011).

Levá komora je zploštělá a v průřezu téměř kruhovitá. Má třikrát silnější svalovou stěnu než pravá komora a její objem je okolo 40 ml. Aortální chlopeň je uložena u na konci výtokového traktu levé komory a je tvořena funkčním komplexem tří poloměsíčitých cípů. Z levé komory pomocí aortální chlopně je okysličená krev vypuzena aortou, která rozvádění krev do celého těla. I na začátku aorty se nachází poloměsíčitá chlopeň, která má obdobnou funkci jako v pravé komoře (Aschermann, 2004).

2.2 Koronární řečiště

Srdce je pružná svalová pumpa, jejíž čerpací činnost je založena na pravidelném střídání kontrakce (systoly) a relaxace srdce (diastoly). Systola vede k vypuzení krve ze síní nebo komor, diastola umožňuje přítok krve do srdečních dutin. Celá srdeční revoluce trvá při průměrné srdeční frekvenci 72 tepů za minutu celkem 0,83s. Vzruchovou aktivitu si vytváří srdce samo v tzv. převodním systému srdečním, na základě této aktivity dochází k pravidelnému střídání systoly a diastoly. Jedná se o specializovanou svalovou tkáň schopnou tvořit a vést vzruchy. Patří k ní sinoatriální a 13 atrioventrikulární uzel, Hissův svazek, Tawarova raménka a Purkyňova vlákna (Klener, 2011).

Stěnu srdce vyživují arteria coronaria dextra a arteria coronaria sinistra, které jsou muskulárního typu. Stěna tepny se skládá ze tří vrstev – intima (vnitřní vrstva), media (střední vrstva) a adventitia (zevní vrstva). Nejčastěji postiženou částí ve stěnách tepny je intima, kde vzniká ateroskleróza složená z endoteliálních buněk. Koronární tepny probíhají po myokardu lehce vlnovitě a přizpůsobují se tak změně tvaru v systole a diastole (Kolář, 2009).

Arteria coronaria dextra odstupuje ze sinus aorta dexter a zásobuje pravou síň a část levé síně, stěnu pravé komory, spodní stěnu levé komory a v 90 % AV uzel (Dylevský, 2009).

Arteria coronaria sinistra odstupuje ze sinus aorta dexter v úrovni okraje chlopně. Kmen tepny se po krátkém průběhu dělí na hlavní větve ramus interventricularis anterior (RIA) a ramus circumflexus (RC). Ramus interventricularis anterior zásobuje přední stěnu levé komory a větší část septa. Dále zásobuje pravé Tawarovo raménko a přední svazek levého raménka. Ramus circumflexus zásobuje laterální a zadní stěnu srdce a v 10% AV uzel (Panovská et.al., 2009). RC je méně vydatná tepna a dominantní je ramus marginalessinistri (RMS), která zásobuje v různém množství boční stěnu levé komory (Aschermann, 2004).

Činnost srdce je charakterizována pravidelnými, rytmickými stahy systola-diaštola. Tuto činnost zabezpečují dva druhy buněk speciálně upravené srdeční svaloviny. Jsou to: a) buňky převodního systému srdečního (excitomotorického aparátu), které vytváří a vedou vzruchy ze síní na komory b) svalové buňky, které na tyto podněty odpovídají smrštěním – kontrakcí (Dylevský, 2009).

3 Ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční je nejčastější indikací ke koronarografickému vyšetření, které se vztahuje k tématu mé práce.

Ischemická choroba srdeční (ICHS) lze definovat jako onemocnění, jehož podkladem je akutní nebo chronické omezení až zastavení přítoku krve v důsledku změn věnčitých tepen do ohraničené oblasti myokardu, kde vzniká ischemie až nekróza. Ischemické nemoci srdce jsou nejčastější příčinou hospitalizace v ČR a zároveň nejčastější příčinou úmrtí. V roce 2000 zde byla kardiovaskulární úmrtnost u mužů 576,8 : 100 tis./obyvatel, z toho úmrtnost na ICHS dosáhla hodnoty 256 : 100 tis., a u žen 378,9 : 100 tis osob (Panovský et al., 2007). V roce 1990 podle Světové zdravotnické organizace (dále jen SZO) zemřelo na ICHS 6,36 milionů osob na celém světě (Lukl, 2009).

3.1 Etiologie a patogeneze

Nedostatečné prokrvení orgánů se nazývá ischemie. Hlavním příčinou poruchy perfúze může mít za následek podklad organický v excentrické nebo koncentrické podobě (aterosklerotický plát, trombus, embolie, koronární píštěl a disekce), funkční (koronární spasmus) nebo dojde ke kritickému zkrácení diastoly při tachykardii. Nejčastěji se jedná o kombinaci různých patogenetických mechanismů a ve výsledném klinickém obrazu je aterosklerotický plát, trombus a spasmus (Klener, 2011).

Aterosklerotický plát bývá lokalizován excentricky. Zbytek cévy má zachovanou muskulární schopnost kontrakce a relaxace. Změny tonu kolísají během dne (vyšší ráno) a reagují na výše popsané vasospastické podněty. Tonus cév se zvyšuje i při zátěži. Další komplikací poruchy perfúze je trombóza. Trombus nasedá na tepnu s poškozeným endotelem nebo fisurou a vzniká tak nestabilní plát (Špínar, 2003).

3.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory, které mohou přispívat ke vzniku ischemické choroby srdeční, podporují usazování lipidů v cévní stěně, potencují vznik trombózy a urychlují manifestaci cévní nestability a insuficience.

Neovlivnitelné faktory ICHS: věk ($55 \geq$ u žen a tato hranice se snižuje), pohlaví (ženy mají vyšší riziko až po menopauze bez substituční léčby), faktory genetické (významná anamnéza je výskyt IM nebo náhlé smrti).

Ovlivnitelné faktory ICHS: hyperlipoproteinémie, kouření cigaret, arteriální hypertenze (140/90mmHg), obezita (spojená s inzulinovou rezistencí, nižšími hladinami ochranného HDL cholesterolu a vyšší hladinou glyceridů, DM (Klener, 2011).

3.3 Klinický obraz ICHS

Zásadní prognostický a terapeutický význam má rozdělení podle klinického obrazu na formu chronickou a akutní. Mezi chronické formy patří angina pectoris (dříve námahová), němá ischemie myokardu, variantní angina pectoris, koronární syndrom X. Mezi akutní formy patří nestabilní angina pectoris a infarkt myokardu bez elevace úseku ST, akutní infarkt myokardu, náhlá srdeční smrt (Klener 2011).

Základní typy ICHS jsou:

➤ akutní formy ICHS – nestabilní:

- náhlá smrt - jednou z nejčastějších příčin náhlých úmrtí jsou kardiovaskulární důvody, které jsou důsledkem AIM, nebo ještě častěji vzniklé v rámci aterosklerózy věnčitých tepen v rámci chronické ICHS.

- akutní infarkt myokardu - akutní ložiskovou ischemickou nekrózu srdečního svalu jakékoli velikosti, která vzniká na podkladě náhlého uzávěru nebo progresivního extrémního zúžení věnčité tepny

- nestabilní angina pectoris- definována jako akutní ischemie myokardu nezpůsobující nekrózu, ani za 12 hodin od vzniku potíží nejsou v krvi přítomny biochemické ukazatele nekrózy

- minimální mikrokardiální léze – jedná se o tzv. Mikroinfarkt, kde je AKS s nespecifickým nálezem na EKG a pozitivitou srdečních troponinů (Ascherman, 2004).

➤ chronické formy ICHS – stabilní

- stabilní angina pectoris (námahová) – je charakterizována angiozními bolestmi ischemického původu, které jsou způsobeny nedostatečným poměrem mezi potřebou a přísunem kyslíku do myokardu (Dylevský, 2009).

- němá ischemie myokardu - relativně častá u pacientů bez subjektivních klinických příznaků nebo naopak u pacientů s diagnostikovanou AP nebo po IM, kdy je část záchvatů němých, je zjištělná náhodně EKG nebo zátěžovými testy

- variantní (tzv. Prinzmetalova) angina pectoris- je vyvolána spasmy aterosklerotických změn v tepnách, příčinou je edotelová dysfunkce

- mikrovaskulární forma anginy pectoris – jedná se o typickou AP bez prokazatelného objektivního nálezu, na koronarografickém nálezu na věnčitých tepnách a bez prokazatelných spazmů velkých věnčitých tepen (Kolář, 2009).

Kardiologických onemocnění je celá řada a téměř všechny jsou v současnosti diagnostikovány pomocí srdeční katetrizace. Ovšem ne všechny jsou možné řešit invazivní cestou a být zcela vyléčeny (Čihák, 2004).

4 Bezpečná péče

Problematika bezpečné péče je v posledních letech diskutované téma. Nedílnou součástí každodenní práce jednotlivých zdravotnických pracovníků a ostatního personálu je kvalita a bezpečí. Tito pracovníci vyhodnocují pacientovy potřeby a poskytují mu péči. Kvalita péče a bezpečné péče je úzce propojené téma, které spolu vzájemně kooperuje. Bezpečnou péčí se rozumí jakákoliv činnost, která je rozvíjena jednotlivcem nebo organizací za účelem ochrany pacienta před újmou na zdraví následkem lékařské či ošetrovatelské péče poskytnuté multidisciplinárním týmem. Lze konstatovat, že kvalitní péče s sebou přináší prevenci pochybení v oblasti poskytované péče. Proces zajišťování bezpečné péče o pacienty je stejně důležitý jako ekonomika či kvalita zdravotnického zařízení (Škrlovi, 2003).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR) na svém informačním portálu uvádí oblasti zvyšování kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotnických služeb. Informační portál nabízí tzv. „Knihu bezpečí“, určenou pro pacienty ale i pro odborníky nebo knihu „Rádce pro pacienta“ Tato kniha má podkapitolu „Bezpečí pacientů v ambulantních zdravotnických zařízeních“, kde je uváděno, co je při kontaktu se zdravotnickým zařízením základním předpokladem pro zajištění bezpečné péče. Jsou to: koncepce ošetrovatelství, péče poskytovaná prostřednictvím ošetrovatelského procesu, péče zaměřená na potřeby pacienta, dodržování terapeutických a ošetrovatelských standardů, dodržování hygienicko-epidemiologických zásad, týmová spolupráce, odborná připravenost, dobrá motivace ošetrovatelského personálu, stanovení si reálných cílů, dodržování etického kodexu, vědecky podložená praxe, aktivní zapojení pacienta do procesu ošetrovatelské péče, účinná mezioborová spolupráce, předcházení nežádoucím událostem a pochybením (MZČR, 2013).

Neoddělitelnou součástí systému řízení bezpečné péče jsou standardy ošetrovatelské péče. Standardy nám slouží ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče, s kterou úzce souvisí bezpečná péče. Existují standardy zaměřené na strukturu, proces a výsledek.

4.1 Definice bezpečné péče

Spojení bezpečná péče v sobě skrývá mnoho variant, že jediná definici nikdy nebude obsahovat přesné znění. Například Ministerstvo vnitra České republiky vysvětluje, že se jedná o stav, kdy je systém schopen odolávat známým a předvídatelným hrozbám, které mohou negativně působit proti prvkům tak, aby byla zachována struktura systému, stabilita, spolehlivost a chování v souladu s cílovostí (MVČR, 2010).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky definuje pojem bezpečnost, kdy zajištění kvality ošetrovatelské péče je proces, ve kterém musí být vytvořený určitý systém, jehož cílem je neustálé zlepšování poskytované péče. Obsahuje fáze, kdy se stanoví jasné cíle a profesionální hodnoty. Definuje se požadovaná kvalita péče. Vypracují se ošetrovatelské standardy, které slouží k definování bezpečné péče (MZČR, 2012).

4.2 Zákon o bezpečné péči

MZČR zavádí systémová opatření, která zajišťují vyšší bezpečnost pacientů i kvalitu poskytované péče. Poskytovatel zdravotní péče je ve smyslu ustanovení 47 odst. 3 písm. (b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Pro zavedení tohoto systému vypracovalo MZČR „Minimální požadavky“, které jsou uveřejněny ve Věstníku MZ č. 5/2012. Jedním z těchto požadavků je i zavedení Resortních bezpečnostních cílů (dále jen RBC), které vyhlásilo MZČR v rámci „Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče.“ RBC vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a jednotlivých doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů (MZČR, 2012).

„Oblasti RBC jsou následující:

RBC 1 - Bezpečná identifikace pacientů

RBC 2 - Bezpečnost při používání rizikových léčiv

RBC 3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

RBC 4 - Prevence pádů pacientů

RBC 5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011- duben 2012 rozšířeny o nové dva cíle: RBC 6 - Bezpečná komunikace

RBC 7 - Bezpečné předávání pacientů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012)“

Ministerstvo zdravotnictví ČR, ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), uveřejňuje minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb v jednodenní hospitalizaci.

Tento zákon obsahuje již zmíněné bezpečnostní cíle: bezpečná identifikace pacientů, bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti, prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech, prevence pádů, zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, bezpečná komunikace, bezpečné předávání pacientů, prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů, dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých, sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí, sledování spokojenosti pacientů, dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče, dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony (MZČR, 2013).

5 Koronarografie

Jde o výkon invazivní, který je prováděn pod rentgenových záření s nástřikem kontrastní látky do lumen koronárních tepen, které zásobují srdeční sval a provádí se modifikovanou punkční technikou dle Seldingera (Ascherman,2004). Koronarografie je rutinní vyšetření s minimem komplikací. Srdeční katetrizaci dělíme na pravostrannou a levostrannou. Pravostranná katetrizace je provedena zavedením katétru přes vena subclavia, vena jugularis nebo vena femoralis. Vyšetřovány jsou pravé srdeční dutiny a plicní tepny. Při levostranné katetrizaci je katétr zaveden přes arteria femoralis nebo arteria radialis až k ústí koronárních tepen a do levé srdeční komory. U levostranné katetrizace lze nejpřesněji rozeznat, o jakou ischemickou chorobu srdeční se jedná. Cílem koronarografie je přesná diagnostika patologického zúžení věnčitých tepen – stenóz. Při vyšetření se hodnotí stupeň zúžení lumina uzávěry tepen, zda je přítomen kolaterální oběh a jeho retrográdní plnění. Stupeň zúžení koronární tepny se vyjadřuje v procentech. Procenta vyjadřují poměr průsvitu tepny v zúženém úseku a v nejbližším nezúženém místě. Katetrizační technikou je možné provádět na koronárních tepnách i na srdci samotném různé terapeutické zásahy (Dylevský, 2009).

Koronarografie je prováděna pouze v lokální anestezii. Nemocní mají během výkonu monitorované vitální funkce. Katétr je zaváděn přes a.radialis nebo a. femoralis. V současné době je více preferovaná katetrizace přes levou, nebo pravou a. radialis. Do radiální či femorální tepny je zavedena krátká hadička (sheath), který slouží je zpětnému krvácení a současně umožňuje výměnu katétrů, které slouží k sondáži levé a pravé věnčité tepny. Pomocí injekční stříkačky je aplikována kontrastní látka do věnčitých tepen a záření z rentgenového přístroje se zobrazuje koronární řečiště. Množství kontrastní látky je závislé na velikosti řečiště. Katetrizační technikou je možné provádět na koronárních tepnách i na srdci samotném různé terapeutické zásahy (Vítovec et.al., 2007).

Podle údajů Národního registru kardiologických intervencí bylo u nás v roce 2012 provedeno zhruba 58 000 výkonů (ÚZIS, 2011).

5.1 Indikace koronarografie

Česká kardiologická společnost určila doporučené postupy a indikce invazivního vyšetření tepen. Indikací ke koronarografii je ICHS, chlopenní vady, srdeční selhání a arytmie neznámé etiologie (Ascherman, 2004).

Dle doporučení České kardiologické společnosti jsou indikace následující:

pokud se jedná o prokázanou ischemii myokardu

- pokud dle anamnestických údajů nebo dalších vyšetření je podezření na postižení koronárních tepen
- u nemocných s nestabilní anginou pectoris
- u nemocných s variantní anginou pectoris
- nemocní s chlopenní vadou nebo vrozenými srdečními vadami
- u nemocných s anginou pectoris III.-IV třídy CCS při nedostatečné odpovědi na standardní medikamentózní léčbu
- u nemocných s proběhlým IM, kteří nebyli v akutní fázi léčení revaskulizační technikou
- u nemocných po úspěšné KPR bez jasné kardiální příčiny
- u nemocných s namáhavým povoláním při podezření na porušení koronárních tepen
pacienti indikovaní k transplantaci srdce (Ascherman, 2004).

5.2 Kontraindikace koronarografie

Absolutní kontraindikace jsou indikovány pouze ojedinele. A to v takovém případě, že pacient vyjádří nesouhlas s vyšetřením, případná jeho nespolupráce - avšak toto rozhodnutí lze změnit správnou edukací. Všechny níže zmíněné kontraindikace jsou opakovaně zvažovány kvůli přínosu ke kvalitě pacientova života.

Dle doporučení České kardiologické společnosti jsou kontraindikace následující:

- akutní mozková cévní příhoda
- těžké selhání ledvin a aktivní krvácení ze zažívacího traktu
- aktivní infekce
- těžká anémie
- nekontrolovatelná hypertenze
- těžká minerální dysbalance (Ascherman, 2004).

5.3 Komplikace koronarografie

Součástí srdeční katetrizace a perkutánní koronární intervence je riziko vzniku periprocedurálních komplikací. Jedná se o široké spektrum komplikací od drobného podkožního hematomu až po život ohrožující mechanické komplikace. Na vzniku komplikací se podílí i lidský faktor, který je ovlivněn zručností invazivního kardiologa, jenž má za sebou mnoho výkonů a komplikací. Nedílnou součástí celého výkonu je i všeobecná sestra, která pečuje o lidský profil pacienta (Kolář, 2009).

Komplikace koronarografie můžeme rozdělit do tří základních skupin:

- a) lokální – patří sem krvácení do podkoží, vznik hematomu, vznik pseudoaneuryzmatu, vznik arteriovenózní píštěle v místě vpich
- b) kardiální – vznikají při koronarografii vzácně, jedná se o iatrogenní uzávěr věnčité tepny s rozvojem akutního infarktu myokardu, srdeční selhání či vzduchová embolie
- c) systémové – jedná se o tromboembolické příhody, které vznikají odloupenutým aterosklerotickým plátem, dále náhlá srdeční smrt nebo arytmie či tamponáda

„Rizika komplikace jsou velmi nízká, ale míra rizika by neměla převážit přínos výsledků vyšetření. Komplikacemi při koronarografii jsou nejvíce ohroženi pacienti vysokého věku se závažným srdečním onemocněním. Ve výjimečných případech se můžeme u nemocného setkat s psychosomatickou reakcí“ (Vítovec et.al., 2007, str. 56).

5.4 Denní stacionář

Oddělení jednodenní chirurgie by mělo mít vhodné umístění v klidném prostředí, ale s dobrou dopravní dostupností. Ideální pracoviště jednodenní chirurgie je samostatné zařízení s vlastním příjmem, lůžkovou částí, operačním traktem, pooperačním pokojem, ambulancí a administrativní částí (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Díky rozvoji katetrizačních technik a to především využití radiálního cévního přístupu a zmenšení instrumentária je možné provádět katetrizaci formou denního stacionáře. Každá invazivní metoda si s sebou přináší určitá rizika komplikací. Vzhledem k minimálnímu riziku vzniku komplikací v průběhu 6-24 hodin po výkonu se stále častěji přistupuje k jednodenní hospitalizaci na denním stacionáři (Czudek a kol., 2009).

Hlavním cílem je zvýšit komfort a bezpečnost pacientů po invazivním vyšetření, kdy pacient není upoután na lůžku a je mu umožněna soběstačnost. Dalším cílem denních kardiologických stacionářů je úspora nemocničních lůžkových kapacit v závislosti na tom, poskytnout

nemocniční lůžkovou péči pacientům, kteří ji potřebují. Péče o pacienty, kteří jsou katetrizováni radiálním přístupem není tak náročná jako při femorálním přístupu. „Z čeho vyplývá, že pacientům, kterým je proveden radiální přístup a aplikuje se správně provedená péče dle standardizovaného postupu, tak se snižuje riziko komplikací, především krvácivých projevů v místě vpichu na minimum.“ (Horák, Bernát, 2011, str. 100).

V současné době neexistují statistické data o jednodenních katetrizacích v České republice. Průkopníkem v jednodenní katetrizaci je nemocnice v Liberci, která svůj provoz spustila v roce 2009 a jejich inspirací byla nemocnice v Amsterdamu. Existují přesná pravidla, podle kterých může být pacient propuštěn v den zákroku. Pacienti musí být intervenován radiálním přístupem za použití instrumentária velikosti katétru F6, trvalé bydliště je dostupné do 60. min od kardiocentra a je nutná přítomnost dohlížející osoby v domácnosti. Další podmínkou jsou dobré fyziologické funkce při výkonu, po výkonu a při propuštění. Další podmínkou je, že hemostáza se upraví do normálních hodnot před propuštěním a před zákrokem nesmí být podávána trvalá antikoagulační léčba. Kontraindikací k propuštění jsou přetrvávající bolesti na hrudi, komplikovaný výkon a zvýšená hemostáza (Horák, Bernát, 2011).

Dostupné a publikované informace ve směru ošetrovatelských postupů práce sester na stacionáři nejsou k dispozici. V této části bych zmínila článek Jednodenní katetrizace v České republice a odstavec Bezpečnost katetrizací prováděných v režimu jednodenní katetrizace, kdy se autoři zaměřují na prvotní otázku při provádění PCI v ambulantním režimu, kterou je určitě bezpečnost (Horák, Bernát, 2011).

6 Ošetrovatelská péče o pacienty podstupující elektivní koronarografii

Koronarografie je diagnostická metoda, která spočívá v nástřiku tepen kontrastní látkou pod rentgenovým zářením. Provádí ji intervenční kardiolog v invazivních kardiologických centrech po celé České republice. Denní stacionář pro invazivní kardiologii byl vyvinut pro pohodlí pacienta bez nutnosti strávit noc na nemocničním lůžku. Kritéria pro výkon provedený na denním stacionáři se liší a to kvůli bezpečné péči o pacienta po výkonu (Sovová, Sedlářová, 2014).

Podmínky pro přijetí na stacionář jsou následující:

- klient je indikován z ambulance (není možné zde umístit pacienta, který je přeložen ze spádové nemocnice)
- při elektivní koronarografii se předpokládá diagnostická metoda či nekomplikovaná PCI
- klient, který přichází, musí mít od indikujícího lékaře podrobně zpracovanou anamnézu, doporučení a výsledky dosavadních vyšetření (RTG S+P, UZ srdce, laboratorní vyšetření-urea, kreatinin, minerály-Na, K, Cl, KO, INR, APTT)
- je nutná pulzace na a.radialis (pokud klient nemá hmatnou a.radialis, je nutná hospitalizace a výkon provést cestou a. femoralis)
- pokud klient užívá chronickou antikoagulační léčbu je nutné ji indikujícím lékařem vystřídat za nízkomolekulární antikoagulační léčbu

Tyto indikace jsou důležité pro bezproblémový výkon a následné propuštění do domácí péče (Kapounová, 2007).

6.1 Příprava před výkonem

Pacienti, kteří podstupující elektivní koronarografii se zpravidla dostaví na příslušné invazivní pracoviště a to v čase okolo 7 hodiny ranní, kdy užijí své ranní léky, mají dostatečný přísun tekutin a jsou lační. Při přijetí klienta do zařízení jednodenní chirurgie je úkolem sestry ověřit jeho připravenost v tělesné a medikamentózní oblasti (podle specifík daného pracoviště a ve vztahu k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta). Příprava nemocných k vyšetření zahrnuje fyzickou i psychickou stránku. V oblasti psychické přípravy je důležité posoudit psychosociální stav klienta, přítomnost psychických problémů se zaměřením na prožívání strachu, obav a nejistot. Lékař a ošetrující personál pacientovi vysvětlí podstatu výkonu, jeho

cíle, rizika a tím eliminuje strach či obavy z výkonu. Všeobecná sestra opakovaně provede edukaci pacienta v tom, co vše ho čeká na sálku a že její přítomnost bude po celou dobu výkonu. Dále je nutné pacienta informovat, že výkon probíhá pouze v lokálním znecitlivění místa a po celou dobu výkonu s ním bude možná komunikace. Následně je pacient přijat z lékařského a poté ze sesterského hlediska (Sovová, Sedlářová, 2014).

Všeobecná sestra provede před výkonem sepsání informovaného souhlasu, oholí místo vpichu (okolí a. radialis), zavede periferní žilní katétr a podá pacientovi profylaxi dle lékaře v podobě 2 tablet Dithiadenu. V období před výkonem je důležitá komunikace, která zajišťuje pohodlí a psychický klid klienta. Dobře informovaný pacient pocítuje jen minimální obavy, není potřebné jej zklidnit pomocí léčiv. Všeobecná sestra se poté pacienta zeptá na nejasnosti či případné dotazy, které může pacient mít. Vhodné je, aby se pacient před výkonem vymočil. Po této přípravě nastává přesun na katetrizační sál (Šafránková, Nejedlá, 2006).

6.2 Průběh vyšetření

Koronarografie se vykonává invazivním katetrizačním pracovišti, které je k tomu vybaveno. Nedílnou součástí je katetrizační lůžko a angiografickým RTG přístrojem. Pacient, který podstupuje toto invazivní vyšetření je uložen na již zmíněné katetrizační lůžko a je napojen na monitor srdeční akce, nasazena tlaková manžeta a oxymetr. V případě vzniku komplikací je nedílnou součástí resuscitační vozík s defibrilátorem, laryngoskopem a dalšími pomůckami. Součástí katetrizačního vyšetření je ovladovna, kde další všeobecná sestra kontroluje monitor a komunikuje s lékařem (Branny, 2008).

Všeobecná sestra na sále musí mít připravený sterilní stůl, který obsahuje: injekční stříkačky, jehly, skalpel, nádobky na fyziologický roztok, nádobky na kontrastní látku, punkční jehlu a speciální katétr. Pacient je přikryt sterilní rouškou s otvorem na radiální tepnu (Sovová, Sedlářová, 2014).

Lékař nejprve provede dezinfekci místa vpichu a následně provede lokální anestezii, nejčastěji 1% Mesocainem. Dále lékař zavede dlouhou silnou jehlu, přes kterou zavede krátkou speciální cévku (sheath), která má chlopeč zabraňuje zpětnému krvácení, současně však umožňuje zavádění katétrů a jejich výměnu bez krevních ztrát. Katétr je proti krevnímu proudu posunut až k odstupu věnčitých tepen z aorty, kde se aplikuje kontrastní látka. Vlastní koronarografické vyšetření trvá přibližně patnáct až třicet minut, je to však individuální. Všeobecná sestra zajišťuje nejen asistenci lékaři, ale sleduje vědomí pacienta, bolest za hrudní kostí, dýchání, palpitace či alergické projevy na kontrastní látku (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Při vyšetření lékař může zjistit významné zúžení koronárních tepen a přímo při výkonu s pacientem konzultuje postup a informuje ho o možných postupech. Může být indikovaná perkutánní koronární intervence, doporučení k aortokoronárnímu bypassu nebo je zvolen konzervativní postup (Merkurová, Orel, 2008).

Po ukončení vyšetření lékař vytáhne katétr z tepny a následuje úloha sestry, která spočívá v kompresi místa vpichu po dobu 10-15 minut a poté naloží speciální tlakovou bandáž zvanou RADSTAT, TR-Band či One-seal (viz příloha B, C, D). Pacient je převezen zpět na denní stacionář a předán ošetřující sestře na stacionáři s informacemi, které obsahují průběh výkonu na sále a dokumentaci (Sovová, Sedlářová, 2014).

6.3 Péče po vyšetření

Po příjezdu pacienta na stacionář je provedeno natočení 12-ti svodového EKG, jeho popis a měření fyziologických funkcí jako je TK, P a SpO₂. Důležitou součástí je kontrola místa vpichu. V dalších hodinách je prováděna monitoraci fyziologických funkcí, která je v prvních dvou hodinách po 30 minutách a v dalších 3 hodinách po jedné hodině. Zároveň sestra sleduje stav vědomí a možnou bolestivost končetiny, která může nastat. Dále kontroluje naložení tlakové bandáže a prokrvení končetiny. Sestra informuje pacienta o dodržování klidového režimu a zdůrazní mu důležitost neohýbání končetiny v zápěstí, nebrání žádných předmětů do vyšetřované ruky z důvodu možného krvácení. Pacientovi doporučíme zvýšený přísun tekutin z důvodu podání kontrastní látky a za hodinu po výkonu se pacient smí najíst. Tlaková bandáž se v pravidelných časech povoluje, aby byl zaručen průtok krve radiální tepnou. Zhruba po 5-ti hodinách je tlaková bandáž z končetiny sejmuta a je sterilně převázána. Pacient setrvá ještě na stacionáři minimálně jednu hodinu. Po kontrole místa vpichu lékařem a celkovém stavu je pacient propuštěn do domácí péče (Šafránková, Nejedlá, 2006).

6.4 Edukace při dimisi

Důležité je informovat klienta a jeho příbuzné o dalších postupech léčby a kontrolách v příslušném zařízení jednodenního stacionáře a později u svého obvodního lékaře, jako o možnosti telefonického kontaktu při výskytu problémů. Na základě ošetřovatelské zprávy primární zdravotní péče pozná sestra sociální situaci klienta a při jeho propuštění poskytuje informace i rodinným příslušníkům. Při dimisi pacient obdrží propouštěcí zprávu pro doporučujícího lékaře a také doporučení pro jeho samotného (Kolář, 2009).

Doporučení pro pacienty jsou:

- noc po propuštění by pacient neměl být sám domu z důvodu možných komplikací
- šetřit pravou horní končetinu po dobu 10-14 dnů od výkonu (nezvedat těžká břemena, neštípat dříví a podobně)
- krytí místa vpichu alespoň 3 dny po výkonu
- při výskytu hematomu v místě vpichu okamžitě navštívit lékaře
- ráno pro propuštění Vám budeme volat, zda je vše v pořádku
- dodržování nově nastavené medikace
- před propuštěním je nutné ověřit znalost klienta o dodržování opatření pooperačního léčebného režimu, které jsou vhodné doložit i písemně (Czudek a kol., 2009).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Výzkumné otázky

- Jaká je informovanost pacientů před výkonem elektivní koronarografie na stacionáři z pohledu ošetřujícího personálu?
- Jak je zajištěn bezpečný průběh pobytu pacienta na stacionáři s ohledem na nejčastěji realizované ošetřovatelské postupy?
- Jaké komplikace se po elektivní koronarografii na stacionáři vyskytují?
- Jaké informace jsou podávány klientům při dimisi ze stacionáře?

8 Metodika výzkumu

8.1 Typ výzkumu

Byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat. K vytvoření praktické části této bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum především proto, že cílem je zjistit subjektivní názor všeobecných sester, na základě pokládání otevřených otázek. Cílem výzkumného šetření je pomocí polo-strukturovaných rozhovorů získat informace o bezpečné ošetrovatelské péči při pobytu na jednodenním stacionáři. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního, nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“.* (Hendl, 2008, s. 172)

Kvalitativní výzkum má za cíl získat důležité a potřebné informace od vzorku, který oslovujeme. Výzkumný vzorek se zkoumá v přirozeném prostředí a jeho plán je flexibilní, může se od základu měnit, přizpůsobovat, či rozvíjet dle situace a získaných informací (Hendl, 2008). Kvalitativní výzkum je výzkumem, který nezískává výsledky ze statistických postupů a metod. Výzkum se může týkat osob, jejich života, příběhů, vztahů nebo chování.

Základem výzkumu je výběr základních otázek, na nichž je celý výzkum postaven. Otázky mohou být v průběhu výzkumu modifikovány, nebo doplňovány. Z tohoto důvodu se kvalitativnímu výzkumu říká také pružný, emergentní. Dochází ke sběru veškerých informací, které by mohly mít vliv na výsledek výzkumu.

Chtěla jsem získat hlubší a kvalitnější informace od respondentů. Kvalitativní metoda sběru informací se nevztahuje na obecnou populaci a je dobře použitelná u specifického typu respondentů.

Rozhovor jako výzkumná metoda se od běžného rozhovoru liší tím, že ho uskutečňujeme za účelem zjistit odborné informace. Cílem polostrukturovaného rozhovoru, který využívám já, je získání komplexních informací o zkoumané situaci, či zkoumaném jevu. Při rozhovoru je důležité soustředit na verbální i neverbální stránku projevu (Švec a kol., 2009).

Okruhy otázek se týkaly pohledu všeobecných sester na bezpečnou péči před výkonem, během výkonu a po výkonu. Rozhovor obsahoval celkem 8 otázek. Otázky k rozhovoru byly tvořeny autorkou bakalářské práce.

8.2 Vzorek respondentů

Výzkumný soubor byl tvořen pěti všeobecnými sestrami, které pracují na oddělení jednodenního invazivního kardiologického stacionáře. Tyto všeobecné sestry provádějí ošetrovatelskou péči o pacienty, kteří podstupují elektivní koronarografii, v délce minimálně jeden rok. Všeobecné sestry byly ze 3 krajů České republiky. Dvě z pěti všeobecných sester byly na pozici vedoucích katetrizačních laboratoří.

8.3 Technika sběru dat

Rozhovory probíhaly v období listopad 2016 – leden 2017 a to za souhlasu vedení nemocnic a souhlasu respondentek slovního i písemného.

Jako pomůcku jsem použila diktafon a následný doslovný přepis rozhovorů. Diktafon mi umožnil sledovat přirozené prostředí sester a provést rozhovor za běžného denního režimu bez jakéhokoliv nátlaku. Další výhodou audiozáznamu vidím v tom, že jsem si opakovaně mohla přehrát rozhovory a utřídit si myšlenky a popřípadě zjistit chyby.

Idiografický přístup je typický pro kvalitativní výzkum. Jedná se o tom, že pozorovatel sleduje zvláštní a jedinečné situace. Tento výzkum má velkou validitu.

Rozhovory na jednotlivém pracovišti trvaly jeden celý pracovní den a to za účelem, aby bylo sestrám ponecháno přirozené prostředí pro práci a pro mě možnost sledovat jejich ošetrovatelské postupy a dodržení bezpečné péče (Švec a kol., 2009). Důležité je při zahájení rozhovoru být taktní a získat si důvěru respondenta. V samotném rozhovoru je nezbytná podpora a zájem výzkumníka, zkrátka být dobrým posluchačem. V závěru rozhovoru je vhodné poděkovat za rozhovor a ujistit respondenta, že získaná data mají velkou prioritu (Reichel, 2009).

Při použití metody pozorování zúčastněného je pozorovatel s pozorovanými osobami ve společném kontaktu. Pozorovatel obvykle přejímá roli člena skupiny. Cílem této metody je obstarat pomocí bezprostředního styku takové informace o chování, které by jiným způsobem bylo obtížné získat (Hendl, 2008).

Přepis dat získaných rozhovorem pomocí polostrukturovaných otázek je převod verbální komunikace na psaný text. Je to náročný proces, kdy doslovný přepis umožňuje analýzu kvalitní analýzu získaných dat (Hendl, 2008).

9 Prezentace výzkumu

Tato část sdělení vychází z mých vlastních zkušeností a pozorování, protože jsem byla u spuštění a zrodu stacionáře jednodenní katetrizace v jednom z katetrizačních center. Vím s jakou řadou problémů a starostí jsme se potýkali. Ale také jsme si byli vědomi, že je na prvním místě pacient, který potřebuje naši pomoc a péči. A aby vše probíhalo v pořádku, musí být vše nastaveno na péči, která bude pro pacienta bezpečná. Počínaje správně nastavenými indikacemi pro stacionář, informovaností odesílajících lékařů i pacientů samotných, edukací o výkonu, sledováním pacienta po výkonu a správnou edukací pacienta při dimisi.

Pro získání odpovědí na výzkumné otázky jsem použila tazatelské otázky (TO), které jsem označila Otázka č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8.

Odpovědi respondentů jsou interpretovány a doplněny přesnými citacemi. Citace jsou opatřeny čísly, která jsem respondentům přidělila R1, R2, R3, R4, R5. Všichni respondenti byli ženy, proto když uvádím odpovědi respondentů, vyjadřuji se o nich jako o respondentkách. Doslovný přepis byl zvolen pro zajímavost získaných údajů. Shrnutí rozhovorů proběhne v diskuzi.

Otázka č. 1: Jaké jsou informace vašich pacientů o výkonu elektivní koronarografie, jsou dostatečné? Jakými slovy pacient sám formuluje?

(R1) „Pacienti přicházející na stacionář vědí, že výkon se provádí přes „ruku“ a né „třísko“. Někteří se seznamují s provedením výkonu na internetu nebo jsou poučeni od zdravotnického personálu, lékaře z terénu a ti, co jdou na výkon podruhé, již vědí, jak to bude probíhat od minule. Většina z nich shodně odpovídá, že jdou na vyšetření pomocí nějaké látky a rentgenu do cév na srdci.“

(R2) „Já to vidím asi takhle...informace pacientů jsou závislé na věku pacienta, jeho osobnosti, zkrátka jak je inteligentní, jak dobře ho informuje indikující lékař a zda mají možnost si informace sehnat na internetu. Je to spíše mladší a střední generace. Ale byl tam i pán asi 80 let, který by možná ledas kterou sestru strčil do kapsy. Často říkají, něco na srdci mi budete dělat. Nevím, doktor mě sem posílá. Pročistí mi tady cévy, prošťouchnou a bude dobře. Ale neví, o jaké cévy se jedná...to je vám pak legrace...A někdo ví velmi dobře, informace má, protože se o to zajímal. Když se zeptáte odkud, tak často jmenují lékaře a ukazují vám materiály ke koronarografii.“

(R3) „Pacienti jsou seznámeni tak padesát na padesát. Určitě to záleží na odesílajícím lékaři, jak člověka poučí a jak mu ty info sdělí. Taky to je na každém jedinci, jak to všechno pochopí. **A když to nepochopí, oni se už pak doktora neptají a pak to taky tak vypadá. Že jsou v uvozovkách zmatený jak lesní včely a tady se to pak vysvětluje dokola. Hodně pacientů čerpá z internetu.**“

(R4) „Informovanost pacientů není moc dobrá, furt to musíme opakovat dokola. Lékaři je sice poučí, ale špatně. Mnohdy jsou zabalení jako na celý týden, protože ji lékař povídal, že si je tam necháme dlouho. Nebo zase nemají s sebou nic. Protože jim řekli, že jim stačí karta pojištěnce.“

(R5) „Myslím, že pacient, který k nám přichází je poučen celkem dobře. Spíše je potřeba některé věci dovysvětlit. **Důležitým činitelem je odesílající lékař, jak pacienta s výkonem seznámí a taky mu hlavně řekne důvod, proč ho na takové vyšetření posílá. A druhou věcí je schopnost pacienta toto pochopit.** Někteří to komentují...jdu k vám na výměnu cévy. Nebo je to prý brnkačka. Já se snažím vysvětlit, že i tento zákrok má svá rizika a že zapotřebí dodržovat některá režimová opatření po výkonu. Případně, že kdyby bylo zapotřebí, je nutno pohlídat srdce do druhého dne na lůžkách. Internet a webové stránky jsou důležité. Tam se taky lidi dost dívají.“

Shrnutí otázky č. 1 : Moje šetření v tomto směru ukázalo na velmi dobrou informovanost pacientů o vlastním výkonu elektivní koronarografie, kteří přicházejí na stacionář. Ošetřující personál pouze v ojedinělých případech musel vysvětlit některé informace. Byly to informace, které se nejčastěji týkaly užití lokálního anestetika, jaká bude délka výkonu nebo kdy půjdou na řadu. Respondentky vždy každý problém objasnily. Je důležité se zmínit o tom, že pacient dostal opakovaně informace nejen o výkonu KG, ale byl seznámen i s průběhem pobytu na stacionáři.

Otázka č. 2: Jak je pacient připraven a vybaven na pobyt na stacionáři ze strany léků, svačiny, pití, doprovodu?

(R1) „Pacienti mají možnost se o přípravě dočíst na internetu nebo z brožurek pro stacionář. **Pacienti si s sebou nosí rozpis léků, ale kolikrát si ranní léky nevezmou a to i diabetici, tady je pak problém. Sháníme na oddělení. Svačinu a pití si přináší málo kdo. Oděv na převlečení taky. Tato situace je vyřešena tím, že sestry nabízí jídlo z donášky z města, k dispozici jsou i sušenky a ovoce. Pití je zajištěno z kontejneru na pitnou vodu. Jednorázové oděvy i obuv je také poskytnuta. Odvoz mají většinou zařízen. Nebo řešíme sanitou.**“

(R2) „*Příprava není dostatečná. Jako kdyby jel na výlet a nechal si svačinu, pití, boty ani věci na převlečení. Takže to tady suplujeme. Neužijí ranní medikaci, jsou nalačno, včetně diabetiků. Problémem je, že neví, jak budou na stacionáři dlouho, neví, jak bude výkon probíhat. No vidíte...a jsme znova u prvotních informací i výkonu. Lékař buď nemá, nebo nepředal edukační materiál. A ne každý má možnost počítače. Dost často neví, že nemohou odejít bez doprovodu, sami řídit auto, zatěžovat končetinu po několik následujících dní. Pak se diví, že by si měli vzít pracovní neschopnost!!“*

(R3) „*No, je to někdy hrůza...chodí bez pyžama, přezůvek, svačiny a pití, léků. Samozřejmě že ne všichni...ale někdy se vám sejde taková sestava. Pak taky často řešíte špatné odběry nebo nejsou dostačující. Ale i tohle umíme zařídit. A tohle je věc lékaře, který odesílá...a zase jsme u toho. Odvozy vždy taky nějak vyřešíme, ale sami domu nejdu.“*

(R4) „*Pacienti jsou připraveni tak na 50 procent. Většinou nemají kompletní odběry, léky doma na stolku a je jim řečeno, že mohou sami domů po propuštění. Diabetici vůbec neví, zda užít léky. Svačinu ani pití neřeší. Ale těch druhých 50% je připraveno špičkově. Vše se pak řeší operativně. Je to pro nás na stacionáři práce navíc.“*

(R5) „*U nás pobyt na stacionáři nevyžaduje převlečení, pacienti zůstávají ve svém domácím oblečení. Chceme volnější oděvy, aby byl lepší přístup k zajištění intravenózního vstupu. Svačinu většinou nemají, pití si zase většinou donesou. Ale to jsme schopni zajistit. Pokud je zapotřebí, opravdu využíváme vlastních zdrojů, protože jsme v blízkém kontaktu na podlaží d oddělení koronární jednotky a nemusíme odbíhat daleko. Tyto informace kromě jiných nám ale předává ambulantní sestra, které pacienta přijímá až ve 3 patře a k nám ho pak přivádí na přízemí do traktu sálu. Je spíše starostí ne dobré stavební uspořádání, cesta je zdoluhavá. I informace o lécích a jak to vypadá, dostáváme od ambulantní sestry. Doprovod nebývá problémem.“*

Shrnutí otázky č. 2 : Zjistila jsem, že v této části připravenosti pacienta bývá často problém. Týká se hlavně užití ranní dávky léků. Pokud má pacient svoje léky s sebou je situace vyřešena. Pokud ne, je situace řešena na návaznost lůžkového oddělení. Pozorovala jsem dobrou komunikaci sester stacionáře a lůžkového traktu tento nedostatek vyřešit. Každý stacionář je vybaven pitnými kontejnery, odpadá tedy starost se sháněním pití. Pokud si pacient nedonese svačinu, sestra využije zásobu sušenek nebo ovoce. Doprovod měla zajištěna polovina sledovaného vzorku pacientů a sestry na stacionáři na toto nedorozumění reagovaly objednááním sanity nebo kontaktováním rodiny.

Otázka č 3. : Jaké jsou vaše zkušenosti ze strany odesílajících lékařů?

(R1) „*Změnit není potřeba nic. Jen se musí stále opakovat a připomínat lékařům, kteří odesílají pacienty. Indikace a léky pro provedení koronarografie na stacionáři. Na našich internetových stránkách jsou indikace pro stacionář, nutné odběry před výkonem, poučení pro pacienty. Také dokumentaristka při objednávání vše opakuje. Přesto se občas stane, že pacient přijde po bypassu anebo nemá úplné odběry. Chybí KS,koagulace. Nebo se nám stalo, že nevědí, že budou muset po výkonu zůstat na stacionáři po dobu 5-ti hodin.*“

(R2) „*Odesílající lékaři informace mají – o vydefinovaných kritériích, které musí pacient splňovat a na které mají být připraveni. Podrobná vysvětlení jsou k dispozici. Objednávání je telefonické, taky se vždy vše opakuje k ambulantnímu výkonu. Dá se objednávat i elektronicky. Vždy již dnes odhadneme, od koho pacient přichází. Problémem je pacient s omezenou hybností, pacienti ve vyšším věku a v horší kondici, pacienti s alergiemi, pacienti na Warfarinu nebo se špatnými krevními testy.*“

(R3) „*Po prvotních velkých nedorazech se situace vylepšila, i přestože si myslím, že informací je dostatek...jen se zkrátka nechce tím dál nikdo z odesílajících zabývat. Protože my jsme si s tím vždycky poradili a koronarografii udělali. Léky diabetiků, Warfarin, nedostatečné odběry. Neinformovanost přetrvává i s dobou pobytu.*“

(R4) „*I přes neustálé opakování do telefonu při objednávání pacientů přijde pacient s neúplnými krevními testy, medikamentózně nepřipravený, není informován o samotném výkonu. Neustále se vše připomíná, i když jsou obesláni a vědí, kde naše informace najdou. Víte, je to zkrátka otravný. Není výjimkou, kdy dorazí člověk s francouzskými holemi, zhoršenými smysly –sluch,zrak.*“

(R5) „*Spádoví kardiologové a internisti vědí, tady jsme zase až tak velké starosti nezaznamenali. Pacient neví, ale pak si vzpomene, že mu to pak doktor říkal. Ne moc dobrá spolupráce je s nemocnicemi, které k nám pacienta odesílají z lůžek. Tady fakt dost často pacient neví, co ho čeká. Ale víme, že mejnem byli kontaktováni primáři spádových nemocnic a to měli na předání informace předat. Přikládáme stále stejné opakování tohoto stavu tomu, že se lékaři střídají a nevydrží na stejném místě.*“

Shrnutí otázky č. 3 : Respondentky odpovídaly, že odesílající lékaři i spádové nemocnice informace o výkonu KG a přípravě pacienta na stacionáři mají dostatečné. Záleží ale na přístupu lékaře, jak je důsledný. Sama jsem vyzorovala reakce ošetřujícího personálu, který již dopředu odhadl, odkud pacient přichází. Protože již věděl, zda bude muset něco doplnit či

nikoli. Většinou se jednalo o nekompletní krevní odběry. Respondentky reagovaly okamžitě, kdy provedly odběr statim. A s touto informací vždy předávaly pacienta na stacionář.

Otázka č. 4: Na jaké nečastější ošetrovatelské postupy se zaměřujete na stacionáři, aby byla zajištěna pacientova bezpečnost?

(R1) „*Péče o pacienty na stacionáři se zaměřuje na měření fyziologických funkcí, krevního tlaku, pulsu. Vyšší nebo naopak nižší hodnoty od normálních fyziologických hodnot TK konzultuje sestra s katetrizujícím lékařem. Dalším bodem péče je kontrola místa vpichu na radiálce a kontrola bandáže. Chceme sundat za co nejkratší dobu a zabránit okluzi tepny. Ke kompresi tady používáme TR band nebo Seal One. Doba od naložení do zastavení krvácení by měla být 3hodiny, což se nám daří. Záleží na množství podaného Heparinu, pokud se jedná o diagnostiku nebo platiku, tam si to musíme hlídat více. Nesmím zapomenout po příjezdu ze sálu na natočení EKG, pokud je vše v pořádku, točíme jednou. Taky se stále ptáme, jak se cítí a jak jim je v tu danou chvíli. Edukace opakovaně na tlakovou bandáž. Kontrolujeme i kanylu, která je zavedena ze sálu. Zaměřujeme se na prevenci pádu, správně nazutá obuv a náš doprovod při prvním vstání z křesla. Zápis do katetrizačního protokolu.*“

(R2) „*Po výkonu a příjezdu ze sálu se já jako první zeptám, jak to probíhalo a jak se pacient cítí a jaké z toho má pacient dojmy. Takže taková ta celková orientace, pak moje práce spočívá v předem stanovených kritériích a pacienta celou dobu informuji, co bude probíhat. Natočení EKG, kontrola krevního tlaku, pulsu, kontrola místa vpichu, kontrola periferního žilního vstupu nezbytná. Zkrátka že to bude ze začátku častější, že musíme dodržet rozpis kontrol. Upozorním ho na to, že kdyby se něco dělo, musí se přihlásit. Důležité je poučení o tom, jak se má chovat k tlakové bandáži A poučení o dodržování pitného režimu, kvůli vyloučení kontrastní látky. A taky to, že pohyb na stacionáři začneme spolu - jít na toaletu, sledování televize. Vstřícný přístup a seznámení pacienta s prostředím, kde bude trávit 6-8hodin je základ úspěchu.*“

(R3) „*Tak já to mám tak - vše říkám, co budu dělat, EKG, jak často budu měřit TK, pulsy, jak se bude kontrolovat místo vpichu a hlavně mu musíte říct, aby právě nedošlo ke komplikacím a krvácení, jak se má starat o ruku. U vylezení z křesla jsme s ním, abychom věděly, že se mu nemotá hlava a je v pohodě. Péči o ruku a pitný režim snad opakujeme stokrát, ale je to důležitý, protože nám to pak šetří práci. Hlídáme i zajištění žíly i.v... Jo někdy mají takové přezívky, že by se jeden přerazil, takže dáváme naše. Samozřejmostí je vše dokumentovat.*“

(R4) „*Vše přemíláme dokola....o jaký výkon se jedná, jak to bude probíhat a zda je vše, aby mohl pacient na sál. Po příjezdu se to vše točí kolem EKG, měření fyziologických funkcí - hlavně TK, P, saturace, překontrolujeme průchodnost žilního vstupu – to je taková jistota. A kontrola tlakové bandáže, kterou má pacient. Záznam nutný do předem připraveného protokolu. Probíhají i rozhovory neformální, které mám pocit, že člověka uklidní a nesoustředí se na to, že měl výkon na srdci...jak tomu říkají. Ale pořád je hlídáme s rukou. Zvláště pokud jdou třeba na WC, tak jim připadá, že tam nemají nic a jsou na to neopatrní. Chceme dohlédnout na to, aby se najedli, takže je tam od nás pak servis kávy, čaje, sušenek. Na diabetiky zvlášť dávat pozor. Tam je to někdy boj.*“

(R5) „*Tím že u nás je starost o pacienta v režii jedné sestry, spousta kompetencí přebírá sestra na sále. Týká se to natočení EKG po výkonu a aktuální hodnoty krevního tlaku a pulsu. Výhodou je, že pacienty po plastikách si přebírá ihned lůžkové oddělení, takže u nás pak zůstávají jen pacienti po diagnostické koronarografii, kde se pohybuje dávka Heparinu 3000j a tudíž jsou u nás problémy s tlakovou bandáží minimální. Samozřejmě že neustále opakujeme, jak musí šetřit ruku, na které byl proveden výkon. Nezapomínáme se ptát, jak bylo, jak se cítí. Pitný režim zajišťuje sanitárka. Pokud není problém s poklesem TK v průběhu výkonu, změříme při příchodu na stacionář a potom až při sundání tlakové bandáže. Periferii zajišťujeme tady před vstupem na sál a tu kontrolujeme taky samo sebou. O pohyb pacientů na stacionáři se stará a dohlíží ošetřovatelka, pacienti jsou s tímto seznámeni. Mám pocit, že s pacienty stále komunikujeme, protože když vidí zájem nejen o ně ale i ostatní, dostaví se klid. Kontrolujeme i jejich polední medikace po dohodě s katetrizujícím lékařem.*“

Shrnutí otázky č. 4 : Již od prvního vstupu pacienta na stacionář jsem zaznamenávala milý, vstřícný a profesionální přístup. Vždy probíhaly opětovné informace stran výkonu a celého pobytu na stacionáři, následovalo zkompletování zdravotnické dokumentace a podepsání souhlasu s výkonem. Pečlivost byla na prvním místě. Po příjezdu ze sálu a předání pacienta se moje respondentky ihned zajímaly, jak se pacient cítí, častá byla i otázka, jak to probíhalo na sále. Vše myšleno ale očima pacienta. Viděla jsem tak stejně jako ošetřující personál okamžitou reakci pacienta. A pokud vznikla nějaká nesrovnalost, snažily se vše vysvětlit. Za neustálé komunikace s pacientem probíhaly informace, co bude následovat. Jako první respondentky provedly natočení 12ti svodového EKG, zkontrolovaly místo vpichu, měřily krevní tlak a puls, saturaci. Provedly kontrolu periferního žilního katetru, který je důležitou součástí tohoto výkonu. Upozornily na to, že tyto výkony budou provádět v určitých časových intervalech. Samy respondentky nebo ošetřovatelky zajišťovaly pitný režim u pacienta.

Zároveň poučily, co pro pacienta bude obnášet péče o tlakovou bandáží. Některým všetečným, někdy příliš netrpělivým pacientům tuto informaci opakovaly několikrát a dohlížely na ně. Zajistily také první vstávání, většinou na WC, aby nedošlo ke komplikacím z důvodu pádu. Záznamy o provedených výkonech byly samozřejmostí. Pokud došlo k úpravě medikace, plnily ordinace lékařů. Někdy jsem si všimla, že došlo k opožděnému zápisu do katetrizačního protokolu, ale bylo to tím, že pacient zůstává a je na prvním místě.

Otázka č. 5: S jakými nejčastějšími komplikacemi se setkáváte a jak je řešíte?

(R1) „*Na stacionáři se komplikace vyskytují ojediněle. Pokud je třeba něco doladit, odběry, léky na krevní tlak, jednáme vždy operativně. Často se objeví hypotenze, kterou řešíme podáním náhradních roztoků a častější kontrolou krevního tlaku. Místo vpichu radiální tepny krvácí minimálně, pokud je diagnostická KG, větší pozor se věnuje pacientům po provedené plastice, kdy je podána vyšší dávka Heparinu. Častější kontrola a opětovné upozorňování nezatěžovat HK.*“

(R2) „*Na stacionáři jsou 2 sestry, které se navzájem doplňují. Hypotenze - infuze, synkopa, ortostatický kolaps při prvním vstávání z křesla – elevace končetin, poloha na záda, EKG změny, zástava oběhu minimálně, krvácení z vpichu, spíše tehdy, pokud si pacient neuvědomí, že má místo zajištěno tlakovou bandáží – opětovné poučení, fixace HK do trojcípého šátku.*“

(R3) „*Ty komplikace nejsou častý, jen asi špatná manipulace horní končetiny, která je zajištěna tlakovou bandáží, jako že jdou na toaletu tam se to rozkrvácí. Takže celé předěláme a opět pacienta poučíme. Při poklesu tlaku ihned infuze. Jednou pamatuji stoupající zmatenost u pacienta asi tak 60 let, byl to obraz CMP, ale pak jsme se od manželky dozvěděli, že tyto stavy pán mívá – hlavně při stresu. Došlo k překladu na neurologii.*“

(R4) „*Komplikace jsou málo časté. Nejčastěji je hypotenze a to u pacientů po PCI – řešíme infuzemi, na zavolání katetrizujícímu lékaři. Krvácení místa vpichu, kdy nedodrží zásady, co dáváme. Kombinace dvou sester dostačující. Lékař na přivolání ze sálu telefonem.*“

(R5) „*U nás je situace trochu závažnější v rámci nedostatku středního zdravotnického personálu. Sestra má na starosti asi tak 10 pacientů a je na to sama. Takže to je fakt točák. Pokud nastane problém, řeší se přivoláním sestry ze sálu, kde jsme dvě – té obíhající. Problémy s krvácením místa vpichu nemáme – jen ojediněle. Poklesy TK řešíme infuzemi na doporučení lékaře z koronární jednotky. Ten ze sálu nemá většinou čas. Pokud pacient prodělá PCI, vždy je zajištěno lůžko a ten den neodchází domů. Pouze výkony bez zákroku na*

cévách jdou domů. Problémem je pacient, který na stacionář nepatří, to se ví ale již od rána. Je buď přijatý k hospitalizaci, nebo se výkon odloží. Přijímáme i pacienty po ACB, nevidíme v tom problém, výkon se provede z levé horní končetiny.“

Shrnutí otázky č. 5 : V ambulantním traktu jsem měla možnost zajistit celou řadu situací. Ty, které probíhaly standardně, a pacient byl správně indikován, splňoval podmínky pro stacionář, měl v pořádku odběry. Musím ale i napsat, že některé situace vyžadovaly velkou dávku profesionality, aby byl výkon proveden. Situace se týkaly oblasti nekompletních odběrů a neuzítí ranní medikace, zvláště u pacientů s onemocněním diabetes mellitus, kdy není aplikován inzulín. Jasný přístup k problému a jeho aktuální řešení probíhalo vždy rychle. Pak jsem si všímala možných komplikací, které se mohou po výkonu vyskytnout. Nejčastěji jsem pozorovala hypotenzi, ošetřující personál zajistil podání náhradních roztoků, informoval lékaře, prováděl častější kontroly měření krevního tlaku a vše zaznamenal. Krvácení z místa vpichu nebylo pozorováno často, a pokud k němu došlo, bylo z důvodu nedodržení režimových opatření pacienta. K řešení situace ošetřující personál přistoupil včas a došlo ke zvýšení komprese v přiložené tlakové bandáži. A zároveň proběhla opětovná edukace, jak pečovat o ruku.

Otázka č. 6: Jak jste na tuto situaci připraveni?

(R1) *„Vždyť už jsme ty nejčastější komplikace řešily. Jsou takového rázu, že jsme schopny toto obsáhnout samy a pacienta zdárně pak vypravit domů. Pokud se něco zkomplikuje na sále nebo zdravotní stav na stacionáři není vyhovující pro dimisi, pacienta překládáme na oddělení kardiologie a to buď na koronární jednotku, nebo na standardní oddělení. Vždy záznam do dokumentace ze sálu. Vidím problém rychlého svolání.“*

(R2) *„Běžné opakující se komplikace – hypotenze, ortostatický kolaps, krvácení z místa vpichu, řešíme samy. Lékaři se pouze hlásí dodatečně. Až teprve pokud se stav nelepší, cca do hod'ky – voláme. Jsme tam dvě, tak to dáváme. Víme aktuální křivku EKG, TK, vědomí víme, jak pacientovi je. Překlad na příslušná lůžka – někdy je to boj s přijímajícím oddělením, na ochotě dál spolupracovat.“*

(R3) *„Neustálá kontrola, jak se pacient cítí. Máme ho pořád v merku. A jsme mu k dispozici. Komplikace řešíme samy, jen to pak dotelefonujeme. Někdo to udělá potom a někdo chce posvěcení lékaře. Ale to už je na zkušenostech sestry. Dopisujeme záznam o vzniklé situaci, která byla zapotřebí řešit. Telefon není přenosný, svolávací zařízení na sál nemáme.“*

(R4) „Co se opakuje, máme v kompetenci samy, intervence doškrábat do dokumentace. Pokud se objeví závažnější komplikace jako třeba opakované bolesti na hrudi, ihned natočíme EKG. Na něm pacient zůstává trvale, kontrola krevního tlaku, odvolán lékař. Ten rozhodne o dalším postupu, někdy rekanalizujeme, jindy překlad na koronární jednotku. Nejhorší je pak vyřízení předávacích protokolů...v ojedinělých případech bylo nutno zahájit kardiopulmonální resuscitaci a přivolat lékaře ihned. Pak je starost o ostatní pacienty na stacionáři, kterých se musí ujmout sestra ze sálu nebo dokumentaristka. A počkat, než se situace vyřeší.“

(R5) „Běžné věci v pohodě, tam je nutno zaznamenat do dekursu. Někdy je přísun ze sálu tak rychlý, že děláme věci s mírným zpožděním...víte takovou tu klasiku. Ale komplikace řešíme hned a máme kliku, že jsou k dispozici sestry z koronární jednotky, kterou tady mám 15 metrů za zavřenými dveřmi. A i při zástavě je možno tuto situaci řešit takto rychle taky tak. Jen je pak třeba uklidnit pacienty ze stacionáře. To je pak pro ně zážitek!!! Je nás pořád málo a do tohohle „rajchu“ se moc nikomu nechce.“ Je to náročný. K dispozici přenosný telefon jen...“

Shrnutí otázky č. 6 : Z mého šetření vyplynulo, že nejčastěji opakující se komplikace jako hypotenze, krvácení z místa vpichu, ortostatický kolaps ošetřující personál na stacionáři řeší sám a zaznamená do katetrizačního protokolu. Lékař je informován telefonem. Pacienti jsou pod neustálou kontrolou ošetřujícího personálu na stacionáři. Se závažnými komplikacemi jako např: stenokardie, alergická reakce, výrazné zhoršení zdravotního stavu, KPCR jsem se při svém pobytu na stacionáři nesetkala. Z výpovědí respondentek je ale zřejmé, že se tyto komplikace ojediněle vyskytují. Pak když tato situace nastane, která vyžaduje velmi rychlé řešení, vidí jako problém, že není zajištěno centrální svolávání.

Otázka č. 7: Jak je pacient poučen při propuštění?

(R1) „Katetrizující lékař předává pacientovi propouštěcí zprávu, kde je souhrn údajů z příjmu, výsledek koronarografie, doporučení a v případě intervence je mu předán recept na léky. Při indikaci k operaci na kardiochirurgii je pacient objednan na doplňující vyšetření a termíny má poznamenané ve zprávě. Pacient je informován dvakrát. Jednou na sále po výkonu, pak znovu na stacionáři. Vše záleží na koronárním nález. Hlavně na stacionáři je dán dost velký prostor na pacientovy otázky, který je podle mě dostačující. Pacient je poučen, jak má pečovat o vpich na zápěstí. Zápěstí je přelepeno náplastí Omnisilk a ruka je zavěšena do trojčipého šátku. Druhý den si náplast sundává a přelepí polštářkovou náplastí.“

Dále je poučen o režimu ruku šetřit 3 dny, nedělat špinavé a těžké práce. Většinou pacient odchází po 5 hodinách v doprovodu. Následující den ráno je kontaktován telefonicky, jak proběhla noc a jak se cítí. Záznam do dokumentace a podpis, kdo provedl kontrolu.“

(R2) *„Informace od lékařů ve většině případů jsou dostatečné. Pacient je poučen o svém nálezu lékařem ihned na sále, zda byla jenom diagnostika nebo proběhla intervence. Poučí i o dalších klinických vyšetřeních, změně medikace. Toto se ještě jednou opakuje na stacionáři jak lékařem, tak sestrou. Obdrží propouštěcí zprávy pro svého kardiologa nebo jiného specialistu a svého praktického lékaře, případně recepty na doplněnou medikaci. Poučen o důležitosti sledování kardiologem nebo dostane termín do naší kardiologické ambulance – vždy k lékaři, který katetřoval. My sestry podáváme informace o ošetrovatelské péči, které se týkají péče o ruku, kterou byl vyšetřován. Jaká jsou nutná režimová opatření. Ne prognóza!! To mají pacienti snahu tlačit. Proto záleží na správné komunikaci lékaře, aby vše pacient pochopil. Doprovod a druhý den telefonická kontrola samozřejmostí. Dostává letáčky k životosprávě, které se týkají onemocnění srdce.“*

(R3) *„Informace si myslím, že jsou od lékařů dostatečné. Ale jak známe lidi...tak to lékaři odkývají a pak se desetkrát zeptají sestry. Já buď volám lékaře, jenže ten už zase nemá čas, když to jednou vysvětlil. Takže se snažíte poskytnout sdělení tak, aby to pochopil. Laicky to tam meleme. Důležitější je poučení o tom,co mají dělat s rukou a to snad chápou. Někdy se stává, že celou situaci vysvětlujeme doprovodu. To jste jako kolovrátek.“*

(R4) *„Co to po mě ještě chcete? Jo, jo...informace od lékaře jsou dostačující. A když je třeba vše vysvětlí sestra na stacionáři a pokud to nestačí, vždy to lékař zopakuje, když ho tedy seženu. Pacient má info od lékaře, který výkon dělal. A při propuštění je taky poučen dostatečně, je mu vše ukázáno, vysvětleno. A hlavně ve zprávě má mobil, kdyby něco...?! Jo,jo...a taky letáky,když jsou tlustý. To mají na doma.“*

(R5) *„U nás je pacient poučen celkem dvakrát. Jednak ihned na sále po výkonu a pak na stacionáři s propouštěcí zprávou lékařem. Prostor tady dostatečný je, ale spíše řešíme otázku soukromí. Veškeré nálezy, změny medikace, doporučení stran životosprávy jsou ve zprávě, vše ještě znova probráno ústně. Prostor pro dotazy je také. Pokud jsou soukromého, intimního charakteru odchází lékař s pacientem na lékařský pokoj. Ze sesterského hlediska my hlavně chceme, aby pochopil režimová opatření, která se týkají kontroly místa vpichu, nezatěžování ruky 3 až 5 dní těžkými pracemi. Snažíme ho nasměrovat na časnější kontrolu kardiologa, internisty, PL. Nejlépe druhý den. Protože problémy s krvácením jsou minimální,*

pacient opouští s doprovodem stacionář za 2 až 3 hodiny od výkonu. Celou dobu jsou ve svém domácím oblečení a to i po výkonu. Sledují televizi, připadá nám to takové domácí. Snad je to i méně stresuje. A kontrolujeme dostatečný pitný režim, který je také v doporučeních pro ten den výkonu.“

Shrnutí otázky č. 7: Z mého pozorování jsem zjistila, že pacient při dimisi ze stacionáře je poučen dostatečně a s velkou mírou odpovědnosti od lékařů i ošetřujícího personálu. Při rozhovoru s lékařem byl pacient vždy seznámen s výsledkem koronarografie, pokud zákrok nebyl diagnostický, ale proběhla i nekomplikovaná terapeutická intervence, lékaři zdůraznili změnu medikace, která následuje. Respondentky se soustředily hlavně na podání informací, které se týkaly režimových opatření v péči o horní končetinu, kde byl proveden výkon – není potřeba se obávat úkonů běžného života, ale při transradiálním přístupu je nutné ruku šetřit 10-14 dní a nevykonávat těžkou práci, nezvedat těžká břemena, neštípat dříví, nekopat motykou a podobně. Nezbytnou součástí poučení bylo i to, že pacient nesmí zůstat první noc sám, pokud se objeví závažné komplikace v místě vpichu nebo komplikace spojené s bolestmi na hrudi musí neprodleně kontaktovat mobilní telefon katetrizačního střediska nebo volat 155. Telefonické kontakty byly součástí propouštěcí zprávy.

Otázka č. 8: Jaká další doporučení pacient ještě dostává?

(R1) *„Tady se snažíme klást důraz na úplný zákaz kouření, pravidelný pohyb a pokud to je potřeba zlepšit stravovací návyky. Jenže ti obézní pacienti to nechtějí moc slyšet.“*

(R2) *„Dost často probíráme změnu stravy. Co a jak vyměnit, na co se soustředit. Zákaz kouření...no to je téma?! Stejně vám to odkývou, ale u některých stejně víme, že pokud jim bude dobře, zase si zapálí. Na léky je taky kladen důraz, a že pokud by něco nesesedělo, musí se ozvat u svých lékařů.“*

(R3) *„Velmi častým opakovaním je zákaz kouření a dodržování užívání léků. Mám pocit, že další věci ani moc nechtějí řešit. Srdce se zkontrolovalo nebo opravilo a hotovo...to víte, pak se někteří vracejí..Letáčky a brožurky tady máme.Čtou si je tady na stacionáři.Ale pak si je vezme jen málo kdo. Zkrátka už chtějí být doma.“*

(R4) *„Řešíme tady v tomto směru stále kafe a kouření....to je něco na mě! Kouření zakazují jako první a problém s kávou....není nutné ji vyloučit ze svých návyků, ale ať to omezí nebo si koupí náhražku. Letáky si berou s sebou, ale jestli si to čtou???“*

(R5) „*U nás tady brožurky o vlastním onemocnění ICHS a prevenci máme, ale zájem o ně moc není. Tak se to snažíme řešit tím, že je dostávají s propouštěcí zprávou. A taky tady někdy bojujeme s časem, abychom stačily to svoje. Taky vidím, že než tyhle informace...mají v hlavě vlastní výkon. Ale úplný zákaz kouření se zdůrazňuje při vlastním propuštění.*“

Shrnutí otázky č. 8 : Z mého sledování vyplynulo, že na každém stacionáři mají informační letáky a brožury, které se vztahují k problematice onemocnění ICHS a její prevence. Od pacientů jsem velký zájem tuto problematiku nezaznamenala. Smířili se ale s faktem, že je dostávají jako součást propouštěcí zprávy. Naopak snaha sester v tomto ohledu, někdy i přes časovou tíseň, byla neuvěřitelná. Zdůrazňovaly především zákaz kouření, nutnost dodržování běžné fyzické zátěže, pravidelného pohybu, správné užívání léků, zdravější stravování – jak omezit sůl, živočišné tuky nahradit rostlinnými. Informace byly podávány nenásilnou cestou, aby se pacient nezalekl, ale pochopil, co by bylo pro něho dobré a vhodné. Aby začal uvažovat o změně ve svém přístupu k nemoci.

10 Diskuze

Na začátku bych ráda zdůraznila, že zadání mé bakalářské práce je problematikou, která je poměrně nová ve specializaci kardiologie, a možnosti srovnání jsou velmi minimální. Toto hodnotím jako limit práce. Publikace v tomto směru nebyla v českých podmínkách vydána a zdroje čerpám z internetových stránek jednotlivých katetrizačních center a dostupných článků České kardiologické společnosti. Tyto se ovšem zabývají lékařskými a medicínskými náležitostmi než řešením ošetrovatelských postupů a práce sester.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je informovanost pacientů před výkonem elektivní koronarografie na stacionáři z pohledu ošetřujícího personálu?

Je důležité zmínit, že vše začíná již samotnou přípravou před příchodem na vlastní katetrizační výkon. Proto v této souvislosti byly položeny doplňující otázky, které se týkaly samotné informovanosti pacientů o výkonu KG, dále pak jejich přípravy v den nástupu. Nedílnou součástí bylo položení otázky, která se týkala spolupráce s odesílajícími lékaři. V mém šetření se jedná o otázky č. 1, č. 2, č. 3.

V našem šetření respondetky uvádějí, že úroveň informovanosti pacientů, kteří přicházejí na stacionář o vlastním výkonu je velmi dobrá, svou roli tady sehrává celá řada dalších okolností. Z odpovědí respondentek vyplývá, že je důležité zohlednit věk pacienta, jeho osobnost a inteligenci. Kdy mladší a střední generace je schopna zdroje vyhledat na spádových katetrizačních centrech. Často stačí jen některé drobnosti dovysvětlit a shrnout v rámci informací o výkonu. U starších pacientů velmi důležitou úlohu sehrává odesílající lékař. Informovanost odesílajících lékařů je dostatečná. Otázkou zůstává, jak velký prostor této informaci věnují. Nejen sami pro sebe, ale i pro své pacienty. I přestože má pacient informace od lékaře, sestry a je mu předána informační brožura. Z terénu občas se stává, že příprava není dostatečná. Týká se hlavně nedostačujících odběrů, nedobře nastavené medikace užití antikoagulační terapie. Již od prvního ambulantního setkání dovedou všeobecné sestry reagovat na vzniklý problém. Zhodnotit fyzický a psychický stav pacienta, znovu vysvětlit celý průběh na stacionáři, nedostatečné odběry řešit statim. Kontinuita péče je zajištěna správným předáním pacienta na stacionář ošetřující sestře. V návaznosti na lůžkovou část kardiologických oddělení je důležitá spolupráce a komunikace se sestrami v souvislosti chybějících léků, inzulinu. Vhodným řešením by jistě bylo pravidelné školení odesílajících lékařů a nemocnic, neustále se připomínat. Nebo alespoň klást důraz na odkazy příslušných

katetrizačních laboratoří spádově, které si může pacient nastudovat sám. U starších pacientů vhodné zapojit rodinu nebo blízkou osobu.

Nedílnou součástí výkonu elektivní koronarografie je podepsání informovaného souhlasu. Zdravotničtí pracovníci smějí provádět vyšetřovací a léčebný výkon jen s předchozím souhlasem pacienta, tedy pokud k tomu udělil tzv. informovaný souhlas. Zakotvení této povinnosti v zákoně má zajistit právo pacienta na ochranu jeho fyzické integrity. Jak uvádí autor Kočka ve svém článku Koronarografie – veterán ve skvělém stavu, tak velmi důležitá je komunikace lékaře s pacientem. Lékař by měl informovat pacienta o celém invazivním výkonu a poté s ním podepsat informovaný souhlas (Kočka, 2015).

Výzkumná otázka č. 2: Jak je zajištěn bezpečný průběh pobytu pacienta na stacionáři s ohledem na nejčastěji realizované ošetrovatelské postupy?

Pro shrnutí jsem využila otázku č. 1 a č. 4

Dostatečná informovanost pacienta a opakovaná edukace sester o výkonu elektivní koronarografie v příjmové ambulanci a na stacionáři, celkové seznámení s prostředím a chodem stacionáře jsou důležitým předpokladem toho, aby byly zajištěny co nejlepší podmínky pro úspěšné zvládnutí vlastního výkonu a bezproblémového pobytu na stacionáři. Je tím daleko lépe zajištěna psychická i fyzická připravenost pacienta. Tady byla pečlivost v tomto směru příkladná.

Nejčastěji se všeobecné sestry ve své péči o pacienta a jeho bezpečnost zaměřují na následující ošetrovatelské postupy - provedení záznamu EKG, monitorování fyziologických funkcí (TK, P, saturace), zhodnocení stavu vědomí pomocí Glasgow Coma Scale (GCS), kontroly místa vpichu na radiální tepně a její prokrvení, sledují zajištění a průchodnost periferního žilního vstupu, edukaci režimových opatření stran přístupu a zajištění místa vpichu, pitný režim, lehkou stravu, prevenci pádu, nastavenou a doplňující medikací. V tomto směru jsou odpovědi mých respondentek shodné, jen jsou formulovány různými způsoby. Přístup k provádění ošetrovatelských postupů je dán systémem uspořádání práce na jednotlivých stacionářích. Je vždy zvolen neoptimálnější ošetrovatelský postup v práci s tlakovou bandáží, měření FF, prevence pádu, pitného režimu. Vše je pak pečlivě zaznamenáno do příslušných katetrizačních protokolů, které má každý stacionář svůj. Transradiální přístup obecně minimalizuje nároky na ošetrovatelskou péči a monitoring, tím se snižuje zatížení sester a ty mohou bezpečně provádět ošetrovatelskou péči.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké komplikace se po elektivní koronarografii vyskytují?

Pro své shrnutí jsem použila otázku č. 5 a č. 6.

Nejčastější odpovědí mých respondentek bylo, že pokud je správná indikace a lékaři dodrží správný výběr pacienta, komplikace se vyskytují minimálně. U některých pacientů se může vyskytnout po výkonu nejčastěji hypotenze, ortostatický kolaps při prvním vstávání, krvácení z místa vpichu pokud nedostatečně nedodrží neustále opakovaná režimová opatření v péči o ruku, kde byl proveden výkon.

Na tyto komplikace, dovedou sestry na stacionáři reagovat okamžitě.

- hypotenze - při opakovaných kontrolách TK se zaznamená nestandardní hodnota TK, vyžadující řešení ve formě podání infuzních roztoků jako doplnění objemu tekutin.
- ortostatický kolaps - pomalé vstávání s doprovodem a přítomností personálu v blízkosti je součástí prevence pádu
- krvácení z místa vpichu - spíše dáno nešetrnou manipulací pacienta, proto tomuto předcházíme neustálým opakováním, které se týkají nezatežování katetrizované končetiny.
- dodržování pitného režimu a starost o lehkou stravu je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, protože pacient po výkonu bez komplikací se může již za hodinu najíst. Pitný režim dodržuje průběžně.

Zde také čerpám od autorů David Horák a Ivo Bernát, kteří prezentují, že z hlediska bezpečnosti jednodenních, ambulantních katetrizací je rozhodující skutečnost, že se v intervalu 6-24hodin po výkonu komplikace neobjevují. Důležité je dosažení hemostázy a pokud je toto splněno, je propuštění v den výkonu možné (Horák, Bernát, 2011).

Se zavedením radiálního přístupu jako rutinního přístupu koronární angiografie a PCI došlo k rozšíření ambulantních výkonů. Transradiální přístup se tak stává rutinním při provádění koronarografie anebo perkutánních koronárních intervencí. V porovnání s přístupem transfemorálním je výskyt komplikací, a to hlavně krvácivých, u radiálního přístupu výrazně nižší (Brtko, Holá, Priester, 2009). Přístup a. radialis prakticky eliminuje závažné krvácivé komplikace (Branny a kol, 2008), ale dle dat v Novotného prospektivním sledování je procentuálně vyšší zastoupení CMP, které není statisticky významné (Novotný et al., 2011).

Výzkumná otázka č. 4: Jaké informace jsou podávány klientům při dimisi ze stacionáře?

V svém šetření jsem vycházela z otázky č. 7 a č. 8.

Shrnutí odpovědí mých respondentek v tomto směru vychází velmi dobře. Pacient komunikuje s lékařem minimálně dvakrát o provedeném výkonu, jeho zdravotním stavu, popřípadě nastavené medikaci. Předání informací je na sále a po té na stacionáři s předáním propouštěcí zprávy. Ze strany ošetřující sestry jsou zdůrazňována režimová opatření, která se týkají místa vpichu a dodržování pitného režimu. Velmi důležitou informací je upozornění, že v případě jakýchkoli komplikací, mají v propouštěcí zprávě uveden kontakt, kam se mohou obrátit. V dalších doporučeních pro pacienta moje respondentky shodně odpovídaly, že zájem není moc velký. Přestože příslušné tiskopisy ve formě brožurek a letáků, které se týkají onemocnění a prevence ICHS na stacionářích mají. Snaží se tuto situaci řešit tím, že je přiloží k propouštěcí zprávě. Dále uvedly, že v rámci osobních pohovorů s pacienty zdůrazňují režimová opatření. Hlavně se jedná o zdravější stravování, úplný zákaz kouření, dodržování diety, dodržování užívání léků. Spolupráce lékaře a sestry se navzájem doplňují.

11 Závěr

Úvodem této závěrečné kapitoly bych chtěla předeslat, že jsem k tématu své bakalářské práce Bezpečná péče o pacienty podstupující elektivní koronarografii na stacionáři přistupovala s velkou pokorou. Byla jsem si vědoma limitů a rizik, které se týkají dostupných zdrojů a minimálního srovnání v oblasti ošetrovatelských postupů a práce sester na stacionáři v České republice.

V teoretické části jsem se zabývala teoretickými poznatky, které se vztahují k problematice elektivní koronarografie z pohledu ošetrovatelské péče na stacionáři s ohledem na význam problematiky bezpečné péče.

Srdeční katetrizace jsou dlouhodobě zavedenou diagnostickou a terapeutickou metodou u celé řady srdečních onemocnění, zejména však u ischemické choroby srdeční. Každoročně jsou prováděny velkému počtu pacientů a vyžadují tak nemalé zdroje personální i finanční. I pro pacienta mohou přinášet psychické vypětí a stres, tím pádem i delší rekonvalescenci. Na přelomu 80. a 90. let se objevuje snaha provádět tyto výkony v ambulantním režimu nebo v režimu jednodenní hospitalizace. K rozšíření ambulantně prováděných výkonů došlo až se zavedením radiálního přístupu jako rutinního přístupu pro koronární angiografie. I v našich kardiocentrech se postupně rozšiřuje možnost provést plánovaný výkon během jednodenního pobytu na tzv. stacionáři. Pro tento typ péče je používán výstižnější termín SDD (The Same Day Discharge), tzn. pacient v nemocnici nenocuje (Coufal, 2014). Je však nutné splnit několik podmínek. Tento způsob vyšetření není vhodný pro všechny klienty. Kritéria můžeme rozdělit na medicínská a sociální.

Ve výzkumné části jsem chtěla zmapovat kontinuitu procesu při výkonu elektivní koronarografie, která je zaměřena na nejčastější ošetrovatelské postupy, které plní ošetřující personál na stacionáři, aby byla zajištěna bezpečná péče pacienta.

Ve výzkumu mě mile potěšilo zjištění, že pacienti jsou o výkonu elektivní koronarografie informováni velmi dobře. S osobní přípravou pacienta je situace o něco komplikovanější a ošetřující personál musí na náhle nenadálou situaci reagovat okamžitě tak, aby výkon mohl být proveden. Souvislost vidím ve spolupráci s odesílajícími lékaři. I přestože ve výzkumu informovanost indikujících lékařů byla dostatečná, svou roli má jejich přístup. Zde bych doporučila častější kontaktování, pozvánky na odborné semináře. Pozornost bych zaměřila i na všeobecnou sestru v ambulanci odesílajících lékařů.

Pozitivním zjištěním bylo, že bezpečný průběh pobytu na stacionáři je realizován s pečlivostí celou dobu pobytu. Ošetřující personál je s pacientem v kontaktu po celou dobu. Plní nejčastější ošetrovatelské postupy v péči o pacienta po výkonu elektivní koronarografie a provádí záznam do katetrizačních protokolů. Někdy byl proveden záznam opožděně, časová prodleva byla způsobena péčí o pacienta. Tomuto zjištění bych nepřikládala význam. Pacient je na prvním místě.

Komplikace, které se často opakují po výkonu elektivní koronarografie, jako hypotenze, ortostatický kolaps, krvácení z místa vpichu, všeobecné sestry reagovaly okamžitě, situaci řešily a pacienta zajistily. Na stacionářích se nenachází centrální svolávací systém, který si myslím, by byl vhodný pro závažnější komplikace, na které musíme také pamatovat. Ošetřující personál by toto také sám přivítal.

Podávané informace pacientům při dimisi o výkonu, který podstoupili a režimová opatření, která musí dodržovat aktuálně po propuštění – péče o horní končetinu a pitný režim jsou dostatečné. Dalším potěšujícím zjištěním byla snaha všeobecných sester na stacionáři předat další informace o onemocnění a režimových opatřeních ICHS formou brožurek. Spolupráce sester a lékařů se tady navzájem doplňují.

Práce na katetrizačních centrech je náročná, vyžadující specifickou ošetrovatelskou péči, profesionalitu, velkou míru duchapřítomnosti, odpovědnosti, pečlivosti, aby byla zajištěna bezpečná péče pacienta. Domnívám se, že toto se mi potvrdilo. Milý, laskavý a vstřícný přístup byl přítomen vždy.

12 SEZNAM LITERATURY

- [1.] ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie*. Praha: Galén, 2004, 1540 s. ISBN 80-726-2290-0.
- [2.] ASCHERMANN, Michael. *Perkutánní transluminární koronární angioplastika. Co ret vasa*. Brno: Česká kardiologická společnost. 2007, roč. 49, č. 7-8 s. 241-242. ISSN: 0010-8650.
- [3.] BRANNY, Marian et al. *Radiální přístup po koronární angiografii a perkutánní koronární intervenci*. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2008. ročník 7, č. 2, s. 60-64, ISSN 1213-807X.
- [4.] COUFAL, Zdeněk. *Příprava ke koronarografickému vyšetření - informace pro pacienty*. Kardiovaskulární centrum pro dospělé KNTB a.s. Zlín. 2014.
- [5.] CZUDEK, Stanislav, a kolektiv. *Jednodenní chirurgie One day surgery: se souborem vybraných miniinvazivních operací na DVD*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 128 s. ISBN 978-80-247-1786-9.
- [6.] DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
- [7.] ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. Praha: Grada, 2004, 497 s. ISBN 80-247-1132.
- [8.] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [9.] HORÁK, David a BERNAT, Ivo. *Jednodenní katetrizace v České republice*. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2011, vol. 10, no. 3, pp. 99 – 101. [online]. [cit. 2017-04-28]. ISSN: 1803-5302. Dostupné z: <http://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2011/03/02.pdf>
- [10.] KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [11.] KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství II*. Praha: Informatorium, 2001, 225 s. ISBN 80-86073-76-9.
- [12.] KOČKA, Viktor. *The coronary angiography – An old-timer in great shape*. *Cor et Vasa* 57 (2015) e419–e424, [online]. [cit. 2017-04-28]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010865015001009>

- [13.] KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN 978-80-726-2657-1.
- [14.] LUKL, Jan. *Srdeční arytmie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 116 s. ISBN 80-247-1544-9.
- [15.] MERKUROVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada, 2008, 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
- [16.] MINISTERSTVO VNITRA ČR, 2010. Identifikace zásadních problémů v oblasti sociálního vyloučení [online]. Ministerstvo vnitra ČR. Praha, 20. 8. 2009. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/prehled-dokumentu.aspx>
- [17.] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2012. Resortní bezpečnostní cíle. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. Praha, 27. 11. 2012, poslední úprava 28. 11. 2012 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostnicile-_1837_15.html
- [18.] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2013. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. Praha, 14. 3. 2013, poslední úprava 15. 4. 2014, [cit. 2017-04-1]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnichsluzeb_7595_29.html
- [19.] NOVOTNÝ V, RIEGROVÁ M, MATĚJKA J, et al. *A prospective follow-up study of periprocedural complications in patients undergoing elective coronary angiography and/or PCI*. *Cor Vasa* 2011;53:118–123. [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.e-coretvasa.cz/text/view?id=3896>
- [20.] PANOVSÝ, R., ŠTEJFA, M., ZEMAN, K. *Patogeneze ischemické choroby srdeční*. Praha: Grada Publishing, 2007. 760+16s. ISBN 978-80-247-1385-4.
- [21.] REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [22.] SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství 2., rozšířené a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2014, 256 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
- [23.] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006, 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.

- [24.] ŠKRLOVI, P. a M. *Kreativní Ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-156.
- [25.] ŠPINAR, Jindřich a Jan VÍTOVEC. *Ischemická choroba srdeční*. Praha: Grada, 2003. 364s. ISBN 80 247-0500-1.
- [26.] ŠVEC, Štefan. *Metodologie věd o výchově: kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. České rozš. vyd. Brno: Paido, 2009. ISBN 978-80-7315-192-8.
- [27.] VOJÁČEK, Jan. *Doporučení pro provádění koronarografického vyšetření*. Cor Vasa [online], 2011, 53-77s. [cit. 13. 03. 2017]. Dostupný z: http://www.kardio-cz.cz/data/upload/Doporuceni_pro_provadni_koronarografickeho_vyseteni_1998.pdf ISSN 1803-5876.
- [28.] VÍTOVEC, Jiří a Jindřich ŠPINAR. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada, 2007, 254 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
- [29.] ÚZIS ČR. Zemřelí 2010. In *Zdravotnická statistika*. [online] 2011, s. 1-106. [citace 11. 2. 2017] ISBN: 978-80-7280-925-7. Dostupné <http://www.uzis.cz/system/files/demozem2010.pdf>

13 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: <i>Seznam otázek pro všeobecné sestry na denním stacionáři</i>	56
Příloha B: <i>Ukázka komprese radiální tepny pomůckou RADSTAT</i>	57
Příloha C: <i>Ukázka komprese radiální tepny pomůckou TR-BAND</i>	58
Příloha D: <i>Ukázka komprese radiální tepny pomůckou ONE-SEAL</i>	59

14 PŘÍLOHY

Příloha A: *Seznam otázek pro všeobecné sestry na denním stacionáři.*

Otázka č. 1: Jaké jsou informace vašich pacientů o výkonu elektivní koronarografie, jsou dostatečné? Jakými slovy pacient sám formuluje?

Otázka č. 2: Jak se pacient připraven a vybaven na pobyt na stacionáři ze strany léků, svačiny, pití, doprovodu?

Otázka č. 3. : Jaké jsou vaše zkušenosti ze strany odesílajících lékařů?

Otázka č. 4: Na jaké nečastější ošetrovatelské postupy se zaměřujete na stacionáři, aby byla zajištěna pacientova bezpečnost?

Otázka č. 5: S jakými nejčastějšími komplikacemi se setkáváte a jak je řešíte?

Otázka č. 6: Jak jste na tuto situaci připraveni?

Otázka č. 7: Jak je pacient poučen při propuštění?

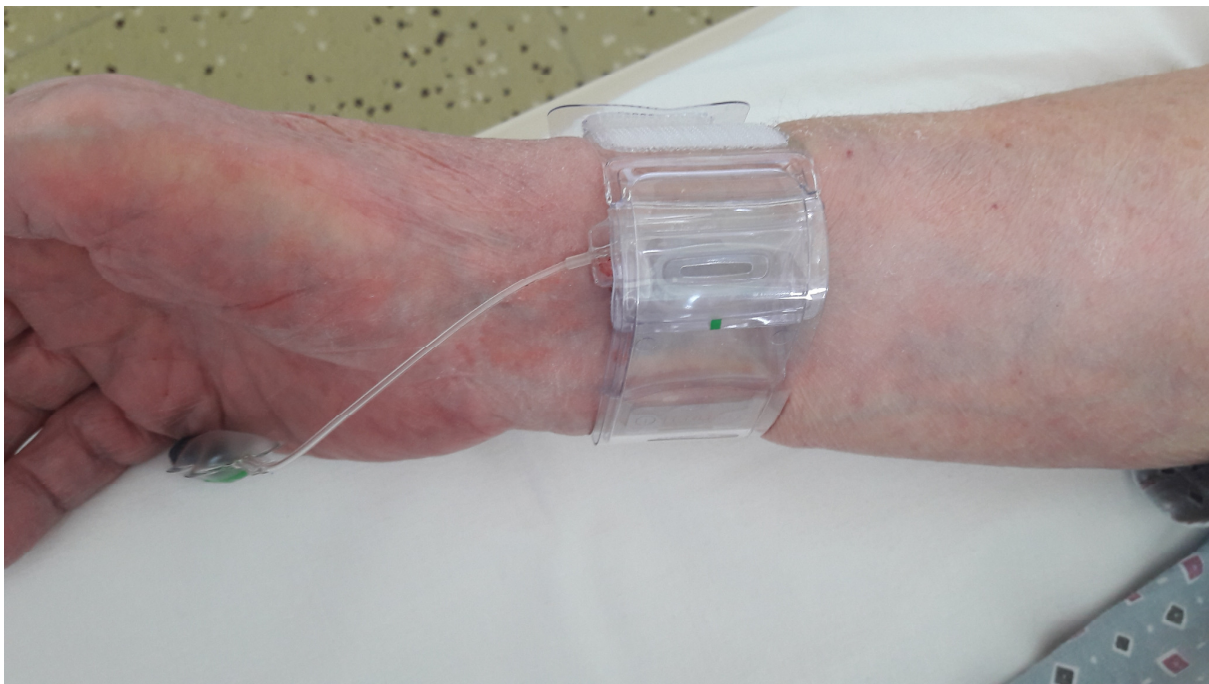
Otázka č. 8: Jaká další doporučení pacient ještě dostává?

Příloha B: Ukázka komprese radiální tepny pomůckou RADSTAT



Zdroj: vlastní

Příloha C: Ukázka komprese radiální tepny pomůckou TR-BAND



Zdroj: vlastní

Příloha D: *Ukázka komprese radiální tepny pomůckou ONE-SEAL*



Zdroj: vlastní