

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Akutní ischemická choroba srdeční – optimalizace ošetrovatelského  
procesu v přednemocniční neodkladné péči**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce:** Mgr. et Bc. Robert Havlíček

**Autor:** Radek Baloun

Datum odevzdání: 3. 5. 2012

## ABSTRACT:

This bachelor's thesis is entitled Acute ischemic heart disease – optimizing of nursing process in the pre-hospital urgent care; its theoretical part deals with the nursing process, describing the base of the nursing process as well as its history, introducing into the practice, it defines and describes the individual stages and explains, how to make up the nursing plan and how to create the nursing diagnosis. The second part of the theory is devoted to the acute ischemic heart disease. The anatomy of the cardiovascular system, individual diseases and their causes, symptoms, diagnostics and treatment in the pre-hospital urgent care are characterized.

The target of the part with investigation is to find out the knowledge of the medical rescuers in the field of heart diseases, first of all acute ischemic heart diseases. It is investigated if the rescuers are able to distinguish individual diseases, to determine the cause, to evaluate the seriousness of the symptoms. What examination method is applied to confirm the disease and in the end, determination of treatment in pre-hospital care. Subsequently, the investigation focuses on the knowledge of the medical rescuer in the field of nursing process. It is found out, if the rescuers are able to define it and if they are able to implement it practically. The research was carried out by the quantitative way and the data were collected in the form of a questionnaire. The research group consisted of the employees of the Medical Rescue Service of the South Bohemian Region in the position of the medical rescuer. Based on the goal, two hypotheses were formulated: medical rescuer has sufficient knowledge concerning the implementation of the nursing process and the nursing process is an inseparable part of the pre-hospital care. Both of these hypotheses were refuted.

I wish that my bachelor thesis is helpful for students and medical rescuers for better understanding and supplementing or completing the knowledge of the nursing process.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2012

.....

Radek Baloun

## **Poděkování**

Tímto bych rád poděkoval Mgr. et Bc. Robertu Havlíčkovi, vedoucímu bakalářské práce, za cenné rady, postřehy, metodické vedení práce a čas, který mi věnoval.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>6</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>7</b>
1.1 Ošetrovatelský proces .....	7
1.1.2 Aplikace ošetrovatelského procesu do praxe .....	8
1.1.3 Fáze ošetrovatelského procesu .....	9
1.2 Akutní ischemická choroba srdeční.....	21
1.2.1 Nestabilní angína pectoris .....	21
1.2.2 Akutní infarkt myokardu.....	23
1.2.3 Náhlá srdeční smrt .....	26
1.3 Ošetrovatelský proces u ischemické choroby srdeční .....	27
1.3.1 Výběr ošetrovatelských diagnóz u ICHS .....	27
<b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>30</b>
2.1 Cíle práce .....	30
2.2 Hypotézy .....	30
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>31</b>
3.1 Použitá metoda .....	31
3.2 Charakteristika vzorku respondentů .....	31
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>32</b>
<b>5. DISKUZE.....</b>	<b>60</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>63</b>
<b>7. POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>65</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>68</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>69</b>

## Úvod

Téma mé bakalářské práce Akutní ischemická choroba srdeční – optimalizace ošetrovatelského procesu v přednemocniční neodkladné péči mě zaujalo na první pohled. Od začátku mého studia ve zdravotnictví mě nejvíce zajímal kardiovaskulární aparát a s ním související patofyziologie. Ve spojení s ošetrovatelským procesem se toto téma pro mě stalo velice zajímavé. Během svého studia na Jihočeské univerzitě, Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích jsme se potýkali s otázkou, je-li možné použít ošetrovatelský proces v urgentní medicíně. Proběhlo mnoho debat na toto téma, které byly ukončeny konstatováním, že v urgentní medicíně, která vychází z lékařských diagnóz, není možné provádět ošetrovatelský proces vzhledem ke krátkému časovému intervalu strávenému s pacientem.

Ošetrovatelský proces v naší zemi zakotvil ve druhé polovině devadesátých let dvacátého století a setkával se většinou s negativními reakcemi mezi středním zdravotnickým personálem a studenty se zdravotně sociálním zaměřením. Byl považován za další nesmyslné papírování a ztrátu času, který se mohl věnovat pacientovi. Pochopením a správnou aplikací v praxi ošetrovatelského procesu pomohlo přistupovat ke komplexnímu uspokojování potřeb a rychlejší reakci na aktuální a potencionální problémy jedince.

V první teoretické části se zaměřuji na důkladné seznámení s ošetrovatelským procesem. Jeho historií, aplikací do praxe a definováním jednotlivých fází procesu. Druhá část teorie je věnovaná akutní ischemické chorobě srdeční. Tím se práce dělí na dva celky a ve výzkumu se objevují dvě šetření. Obě jsou aplikovány na zdravotnické záchranáře. První zjišťuje znalosti o akutní ischemické chorobě srdeční. Druhé šetření je zaměřeno na teoretické i praktické znalosti ošetrovatelského procesu. Celý výzkum jsem se rozhodl zaměřit na ošetrovatelský proces, a proto i cíle byly stanoveny tímto směrem. I když v názvu mé práce je akutní ischemická choroba srdeční, rozhodl jsem se věnovat plnou pozornost ošetrovatelskému procesu.

Svojí bakalářskou prací jsem chtěl jednak prozkoumat znalosti zdravotnických záchranářů v oblasti ošetrovatelského procesu a jsou-li zdravotničtí záchranáři schopni

realizovat ošetrovatelský proces v praxi, a tím zjistit, jestli má ošetrovatelský proces své místo v přednemocniční péči.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Umožňuje systematický specifický způsob individuálního přístupu k ošetrování každého nemocného/klienta v nemocniční i terénní péči. Uskutečňuje se v 5 fázích.“<sup>1</sup>

V dnešní době je ošetrovatelský proces základním pilířem moderního zdravotnictví ve světě. Působí především na kvalitu zdravotnické péče a navrácí sestru zpět od ošetrovatelských výkonů k samotnému nemocnému člověku a jeho blízkým. Ošetrovatelský proces poskytuje sestře jakousi zpětnou vazbu, kdy je do procesu zapojen samotný pacient, a tím od něho dostává kladné nebo záporné hodnocení, které jí více motivuje. Celá koncepce očekává změnu stereotypní práce sester.<sup>2</sup>

Ošetrovatelský proces vzniká v 50. letech ve Spojených státech amerických, jako pojetí vstřícného postoje v ošetrování nemocného. Koncem 60. let proniká ze Států do Evropy. Vývoj ošetrovatelského procesu nebyl jednoduchý a přímočarý, i v současné době se v odborné literatuře třídí ošetrovatelský proces na jednotlivé fáze, ve Státech píšou o tří složkovém procesu, v Evropě o pěti složkovém procesu. Jako první v roce 1955 používá termín ošetrovatelský proces Hallová. Po ní následovaly další autorky, které popisovaly ošetrovatelský proces. V roce 1973 zveřejnilo Americké sdružení sester ANA pět norem ošetrovatelského procesu a byly jimi posuzování, diagnostika, plánování realizace a vyhodnocení. Tím byl proces všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče. Dnes je prvkem učebních osnov a právních norem ošetrování ve většině zemí světa. Usnadňuje klinické rozhodování a řešení pochybných situací.<sup>3, 4</sup>

---

<sup>1</sup> STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe.* s. 7.

<sup>2</sup> DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* s. 11.

<sup>3</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* s. 26.

<sup>4</sup> DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* s. 11.

K ošetrovatelskému procesu je třeba systematicky získávat informace o nemocném a jeho potížích, rozeznávat potíže, plánovat, realizovat a zhodnotit cíle. Všechny tyto činnosti spolu úzce souvisí a vytváří nepřetržitý řetězec myšlení a jednání. Tedy se očekává, že profesionální ošetrovatel bude mít potřebné vědomosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, kladný vztah a důvěru ke svému zaměstnání a předpoklady k vedení týmu. Zde je na místě dobrá komunikace s lidmi a osvojování si nových technologických dovedností. Bodem zlomu v procesu je rozhodování, kdy sestra musí brát v potaz, že pacient je lidská bytost, u které by měly být plněny její potřeby a poskytnuta kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče. Terapeutický vztah mezi nimi je nepostradatelnou součástí procesu.<sup>5, 6, 7</sup>

### **1.1.2 Aplikace ošetrovatelského procesu do praxe**

Převážná většina sester si myslí, že psaní činností ošetrovatelského plánu jim zabere moc času, který by mohly věnovat své práci a pacientovi. Pohlížíjí na to, jako na sepisování slohového cvičení nutného k akreditaci, nebo jako nutnost z výmyslu nadřizovaných. Aby byla péče o nemocného kvalitní, je třeba, aby byla naplánovaná a koordinována. Dobře napsané a uskutečněné plány ošetrovatelské péče poskytují ošetrovatelství správnou cestu, spojitost a zjednodušují komunikaci mezi ošetřujícím personálem.<sup>8</sup>

Vlastní aktivita sestry se odráží v ošetrovatelském procesu, sama rozhoduje o nejlepším způsobu péče, a tak dosahuje určených cílů, které si stanovila. Odkrývá potřeby nemocného, který je neumí správně vyjádřit, není toho pro svůj stav schopen a nebo své potřeby dává najevo minimálně nebo nechce. Z toho vyplývá, že zdravotnický personál musí aktivně nabízet ošetrovatelskou péči nemocným vlastní iniciativitou.<sup>9</sup>

Jednotlivé fáze jsou samostatné, ale ve vztahu k ošetrovatelské péči musí být použity jako jednotný prvek, jednotlivé postupy závisí jeden na druhém. Slovo proces

---

<sup>5</sup> DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. s. 11.

<sup>6</sup> MASTILÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. s. 118 - 119.

<sup>7</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 36.

<sup>8</sup> DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. s. 14.

<sup>9</sup> STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe* s. 7.



vyjadřuje postup ošetrovatelské práce ve vztahu k pacientovi a k profesionálnímu postoji ošetrovatelské péče, která je prováděna v rozumných krocích. Ošetrovatelském procesu nekončí vztah mezi ošetrující sestrou a nemocným, je to opakující se a trvající děj.<sup>10</sup>

### **1.1.3 Fáze ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelský proces tvoří 5 fází:

- 1) shromažďování dat
- 2) stanovení ošetrovatelských diagnóz
- 3) stanovení cílů
- 4) realizace ošetrovatelských intervencí
- 5) vyhodnocení odezvy pacienta na skýtanou péči.

#### **Fáze 1- zjišťování informací od nemocného**

Hodnota ošetrovatelského procesu spočívá v obratném a vnímavém vyhodnocení nároků na ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta. Zjištění informací od nemocného je prvním postupem v ošetrovatelském procesu.<sup>11, 12</sup>

„Než se sestra rozhodne, pro nejvhodnější způsob ošetrování, měla by být o nemocném dobře informována, a to nejen z hlediska jeho aktuálního stavu, ale i z hlediska jeho předchozího vývoje včetně sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu k jeho zdraví a nemoci.“<sup>13</sup>

Podle toho, jaké má sestra data o nemocném může připravit osobní přístup při vlastní ošetrovatelské péči. Během zjišťování údajů o nemocném, může sestra navázat užší a důvěryhodnější vztah a poznat ho nejen po stránce somatické, ale i po stránce osobní a sociální.<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe* s. 7 - 8.

<sup>11</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 5.

<sup>12</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 38.

<sup>13</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3 - jak zavést ošetrovatelský proces*. s. 13.

<sup>14</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 5.

Výhodami zjištěných informací je, že ošetrovatelská péče je vytvářena přímo na míru pacientových specifických požadavků a problémů, které byly u něho zjištěny. Usnadňují určení věcí vhodných a nevhodných pro pacienta. Pacient dostává pocit jistoty v nemocničním prostředí díky spolupráci mezi ním a sestrou. Pacient má při sběru informací možnost ptát se na věci jemu nejasné, a získat tak informace o dalších postupech. Získané informace jsou přístupné veškerému zdravotnickému personálu, který se podílí na ošetrovatelské péči. Od začátku hospitalizace se pacient účastní na aktivní spolupráci o své zdraví. Jeho rodina může také poskytnout nezbytné informace.<sup>15, 16, 17</sup>

Informace o nemocném zjišťujeme ve třech krocích. Za prvé se provádí vstupní hodnocení, které probíhá po přijetí pacienta, nejdéle do 24 hodin. Je zapotřebí odebrat ošetrovatelskou anamnézu, subjektivně zhodnotit pacienta a změřit objektivní hodnoty. Druhý krok se hodnocení se provádí v průběhu pobytu. Zpracovávají se informace nově zjištěné během hospitalizace, díky nimž je možné ukončovat, měnit nebo vytvářet nové cíle ošetrovatelské péče. Závěrečným krokem je ukončení hodnocení. Dochází k završení ošetrovatelského procesu pro sestru, která se starala o pacienta, a nyní jej předává jiné sestře, překládá či propouští domů. Důležité je předání získaných informací přebírajícímu pracovníkovi.<sup>18</sup>

Pro poskytování dobré ošetrovatelské péče musí sestra zjistit takové informace, které jí pomohou vytvořit ošetrovatelský plán pro nemocného. Proto je důležité, aby sestra při prvním kontaktu s klientem získala co nejvíce informací.

Než sestra přistoupí k prvním kontaktu s nemocným, měla by prostudovat jeho zdravotnickou dokumentaci, ve které zjistí informace o zdravotním stavu klienta a díky nimž může navázat v rozhovoru s nemocným. Tento krok napomůže sestře k získání důvěry a ochoty klienta ke spolupráci při samotném rozhovoru.<sup>19, 20</sup>

---

<sup>15</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 39.

<sup>16</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 5 - 6.

<sup>17</sup> KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo I*. s. 175.

<sup>18</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 6 - 7.

<sup>19</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 41.

<sup>20</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 39.

### **Druhy anamnestických informací:**

- 1) Identifikační údaje - celé jméno, titul, datum narození, rodné číslo, druh zdravotní pojišťovny, znalost důvodu přijetí. Těmito informacemi v začátku rozhovoru může sestra navázat dobrý osobní vztah, protože klienta oslovuje jménem. Je třeba na to nezapomínat a klienta oslovovat jménem i titulem.
- 2) Současný zdravotní stav- po přijetí pacienta sestrou je důležité, aby si stanovila priority v ošetrovatelské péči podle závažnosti stavu pacienta a jeho naléhavých problémů.
- 3) Ošetrovatelská anamnéza - sestra zjišťuje informace z oblasti:
  - zdravotně - fyzikální, kam zařadím hygienu, odpočinek, vyprazdňování, bolest, alergie a současné obtíže.
  - psychologického - mentální stav, vnímání nemoci, vyrovnávání se stresem a duchovní potřeby.
  - sociální- rodina, přátelé, zaměstnání, rekreace, návštěvy, zájmy, bydlení.<sup>21, 22, 23</sup>

### **Druhy zdrojů pro získání informací:**

- 1) Nemocný - zdroj informací je přímo od pacienta, je to rychlý a přímý zdroj. Sestra získává informace rozhovorem a pozorováním.
- 2) Pacientovi blízcí - rodina, přátelé nebo kolegové z práce mohou být velmi užitečným a někdy jediným zdrojem informací o nemocném. Tito lidé se mohou podílet i na ošetrovatelské péči a návratu domů.
- 3) Zdravotnická dokumentace - tu tvoří především chorobopis, dekurz, teplotní tabulka a další jiné záznamy. Je zdrojem informací o pacientových vyšetřeních, léčbě a ordinacích od lékaře pro pacienta, které vykonává sestra. Celá zdravotnická dokumentace by měla být pohromadě a přístupná všem zdravotníkům, kteří s ní pracují.<sup>24, 25, 26</sup>

---

<sup>21</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 42.

<sup>22</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*.s. 18.

<sup>23</sup> DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. s. 36 - 40.

<sup>24</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 10 - 11.

<sup>25</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 42.

<sup>26</sup> KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo I*. s. 175 - 176.

## Fáze 2. Ošetřovatelská diagnóza

Následujícím krokem po zjištění zdravotního stavu pacienta je diagnostika s cílem definovat pacientovy zdravotní problémy.<sup>27</sup>

„Úkolem ošetřovatelské diagnózy, není určovat nemoc a přebírat tím roli lékaře, ale identifikovat ošetřovatelské problémy klientů, které ovlivňují komfort a podporu zdraví.“<sup>28</sup>

Ošetřovatelskou diagnózu tvoří profesionální sestry na podkladě získaných dat o pacientovi a vytváří druhou fázi ošetřovatelského procesu. Sestra vytváří ošetřovatelskou diagnózu jen z oblastí, ke kterým je kompetentní. Nediagnostikuje tedy zdravotní problémy, ale může diagnostikovat neznalost onemocnění, poruchy ve výživě nebo možnost poranění.<sup>29, 30</sup>

Ošetřovatelská diagnóza nám ukazuje pacientův skutečný zdravotní stav, nebo potencionální problémy, které by mohly nastat. Zařazujeme do ní pouze stavy, které sestry mohou samostatně zvládnout v rámci svých kompetencí.<sup>31</sup>

Ošetřovatelskou diagnózou vyhledáváme problémy vzniklé u pacienta v souvislosti s onemocněním. Za normálního života si pacient své potřeby zvládá uspokojit sám a v období nemoci při neuspokojení jeho potřeb se dostává do frustrace. Cílem této fáze je zajistit potřeby nemocného a stanovit si ošetřovatelské problémy, které je třeba vhodnou ošetřovatelskou péčí řešit. Důležité je odhalit, co pacienta trápí a ohrožuje na zdraví a psychické pohodě, a věnovat těmto problémům pozornost podle jejich závažnosti. Pro uspokojení potřeb může sestra pacientovi pomoci radou, edukací a dobrou ošetřovatelskou péčí.<sup>32, 33</sup>

Při vytváření ošetřovatelských diagnóz nám mohou pomoci poznatky výzkumných a vývojových činností mezinárodního seskupení NANDA (North American Association for Nursing Diagnosis). Tato severoamerická asociace

---

<sup>27</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. s. 64.

<sup>28</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetřovatelského procesu*. s. 42.

<sup>29</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. s. 65.

<sup>30</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4 - jak provádět ošetřovatelský proces*. s. 24.

<sup>31</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. s. 65.

<sup>32</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3 - jak zavést ošetřovatelský proces*. s. 16.

<sup>33</sup> KOZIEROVÁ, B. *Ošetřovatel'stvo I*. s. 190.

pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku vytvořila podrobný a širokospektrý diagnostický systém, ze kterého mohou zdravotníci čerpat. Diagnózy jsou seřazeny podle diagnostických složek, určujících znaků, rizikových faktorů a číselných kódů. Podobné je to i v lékařství, kdy podle příznaků a symptomů dochází ke stanovení lékařské diagnózy. Ošetrovatelské diagnózy s číselnými kódy se nacházejí v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz.<sup>34, 35</sup>

Roku 1973 na Univerzitě v Saint Louis byla vytvořena první Nanda taxonomie, která obsahovala 31 ošetrovatelských diagnóz. Ty byly uspořádány dle abecedy. Ukázalo se, že tato první taxonomie je nepraktická. Při konferenci v Saint Louis byl přijat nový název NANDA. Jejím hlavním cílem je zdokonalovat a posílit systém ošetrovatelských diagnóz pro všeobecné využití profesionálních sester. Ke konci devadesátých let roku 1988 vznikla NANDA taxonomie I, která obsahovala 9 kategorií. V roce 2000 následovalo vytvoření NANDA taxonomie II obsahující 13 diagnostických tříd, které vychází z funkčních vzorců Marjory Gordonové. Tento klasifikační systém již obsahuje ošetrovatelské diagnózy včetně číselných. 13 diagnostických domén: podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita a odpočinek, vnímání, vnímání sama sebe, vztahy, sexualita, zvládnání zátěže, životní principy, bezpečnost, komfort, růst a vývoj.<sup>36, 37</sup>

Roku 2005 se NANDA taxonomie II začíná zavádět i u nás. Pro české použití bylo nutné taxonomii přizpůsobit domácím poměrům v ošetrování, ekonomice, zdravotnickým pracovníkům, pacientům a léčebným metodám. Z anglického jazyka převedla diagnózy do našeho jazyka docentka Jana Marečková. Ta publikovala knihu *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, kde popisuje příznaky a rizikové faktory k daným diagnózám.<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. s. 17.

<sup>35</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 14.

<sup>36</sup> ŠČEPEŇCOVÁ, S., *Nanda taxonomie II. Sestra-Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. s. 20 - 21.

<sup>37</sup> NANDA INTERNATIONAL. *Nursing Diagnoses, Wiley-Blackwell*. s. 1 - 12.

<sup>38</sup> ŠČEPEŇCOVÁ, S., *Nanda taxonomie II. Sestra-Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. s. 20 - 21.

## **Druhy ošetrovatelských diagnóz:**

Abychom správně stanovili ošetrovatelskou diagnózu, a tím určili jaké má pacient problémy, je zapotřebí postupovat podle diagnostického postupu tak, že budeme logicky třídit informace, které nás dovedou k diagnostickému závěru. Tímto postupem zjistíme, jaké potřeby a problémy se u pacienta vyskytují. Každý člověk je individuální osoba a jeho lidské potřeby mohou být reprezentovány navenek různými ošetrovatelskými problémy. Důležité proto je, aby sestra postupovala systematicky.<sup>39, 40</sup>

Algoritmus ošetrovatelských diagnóz má tři formy a každá se specializuje na jiný druh ošetrovatelské diagnózy. U aktuální diagnózy, se problém vyskytuje u pacienta v daném okamžiku. Pokud se u onemocnění vyskytnou rizikové faktory, které se mohou objevit až po delším čase, pak se jedná o potencionální diagnózu. Posledním typem je nalezení diagnóz k podpoře zdraví - „wellness“.<sup>41, 42</sup>

### 1) Aktuální ošetrovatelská diagnóza

Představuje nynější problémy a potřeby pacienta. Velká většina pacientů zná své problémy a potíže dobře. Jedná se například o bolest a nechutenství. Některé problémy, ale mohou zůstat skryty z mnoha důvodů. Pacient se může stydět, nebo má strach a stud své problémy sdělit. Proto je důležitá zvýšená všímavost a identifikovat nepřímé projevy problémů. Z hlediska zdravotního stavu je možné vytipovat problémy, které jsou závažné, ale pacienta ještě netrápí.<sup>43,44,45</sup>

### 2) Potencionální ošetrovatelská diagnóza

Spadají sem problémy, které nejsou skutečné a aktuální. Nijak netrápí pacienta, ale je zde možné riziko jejich vzniku. V některých případech již sestra očekává budoucí komplikaci. I sami nemocní si uvědomují možné potíže a snaží se jim

---

<sup>39</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. s.36.

<sup>40</sup> KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo I*. s. 190-191.

<sup>41</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách* .s.36 - 39.

<sup>42</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatel'ství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 29.

<sup>43</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách* .s.36.

<sup>44</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatel'ství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 29.

<sup>45</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 81 - 84.

předcházet. Těmto problémům lze předejít včasným upozorněním pacienta a ošetrovatelskou péčí.<sup>46, 47, 48</sup>

Potencionální rizika způsobují převážně některé faktory třeba jako tělesný stav pacienta, který může být kachektický a nebo oslabený jinými onemocněními. Pacientovo prostředí, ve kterém žije a pracuje, práce v rizikových oblastech a jiné mohou způsobit vznik problémů i během hospitalizace. Hospitalizace přináší pro pacienta různé formy rizik, především v oblasti nosokomiálních infekcí. Působí na samotnou psychiku pacienta, který se ocitl v neznámém prostředí plném neznámých lidí, věcí a zdravotnických výkonů. Osobní problémy ze strany pacienta mohou zhoršit průběh onemocnění. Pro prevenci vzniku potenciálních rizik je zapotřebí zapojit pacienta do ošetrovatelské péče a informovat ho o možných komplikacích, které se mohou vyskytnout v důsledku onemocnění, hospitalizace a různých výkonů.<sup>49, 50</sup>

### 3) Ošetrovatelské diagnózy k podpoře zdraví - „wellness“

V této fázi nevyhledáváme aktuální problémy ani potencionální rizika. Jde především o duševní a tělesnou pohodu klienta, netrpícího nějakou dysfunkcí a ani potencionální dysfunkcí a jeho svolnosti dané potřeby zlepšit. Ve prospěch svého zdraví se klient chová tak, aby si své zdraví udržel a posiloval. Těmito diagnózami se především zabývají sestry pracující v domácí nebo komunitní péči a v dlouhodobé primární péči.<sup>51, 52</sup>

## **Definování ošetrovatelských diagnóz:**

Při formulování tří složkových ošetrovatelských diagnóz je zapotřebí se řídit metodou PES (problém-etologie-symptom), kde udáváme problém, možnou příčinu a související příznaky. Zde se jedná o aktuální ošetrovatelské diagnózy. U vytváření

---

<sup>46</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. s. 37.

<sup>47</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 29.

<sup>48</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 84 - 85.

<sup>49</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 84 - 85.

<sup>50</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 30.

<sup>51</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 86.

<sup>52</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. s. 39.

dvousložkových diagnóz používáme pouze problém a příčinu (PE), jelikož se jedná o potencionální diagnózy, které se nepoužívají při vytváření příznaky. A kdyby ano, již by se jednalo o aktuální diagnózy. Užívání PES systému vyžaduje uvedení problému, etiologie, znaky a příznaky, které dokazují, že diagnóza je aktuální. Složkou problému a etiologie spojíme s výrazy „vzhledem na“, „ve vztahu k“ nebo „ve spojitosti s“ apod. Např. Beznaděj (P) ve vztahu ke ztrátě dolní končetiny (E). U tří složkové diagnózy s výrazem „projevující se“ připojíme symptomy: např. Beznaděj (P) ve vztahu ke ztrátě dolní končetiny (E) projevující se plačtivostí a zlostí.<sup>53</sup>

### **Fáze 3. Plánování ošetrovatelské péče**

Na základě již stanovených ošetrovatelských diagnóz a získaných informací od pacienta vytváříme cíle péče, podle kterých budeme postupovat při řešení pacientových problémů. Při sestavování ošetrovatelského plánu se nám vytváří obraz o individuálních potřebách a problémech pacienta. Plán by měl být vytvářen tak, aby byl flexibilní a mohl se měnit podle akutních potřeb pacienta. Musí být jasně spojitosti mezi stanovenou potřebou, plánovanou péčí a realizací ošetrovatelského plánu. Každému ošetřujícímu členovi musí být po přečtení plánu jasné, jaké má pacient potřeby, a jak byly nebo nebyly uspokojeny. Veškerá úspěšnost ošetrovatelského plánu závisí na profesionálním přístupu a zkušenostech ošetrovatelského týmu.<sup>54, 55</sup>

Při plánování ošetrovatelské péče je zapotřebí zhodnotit priority, v jakém pořadí se budou řešit jednotlivé problémy u pacienta. Nejvhodnější metodou jak uspořádat pořadí je Maslowova hierarchie potřeb, která je rozdělena do pěti stupňů, nejvyšší tedy první stupeň zahrnuje životu nebezpečné problémy. Druhý stupeň podmínky ohrožující pocit existenční jistoty a bezpečí. Třetí stupeň potíže v sociální oblasti. Čtvrtý stupeň trápení v oblasti sebeúcty. Poslední stupeň je zaměřen na nesnáze v oblasti seberealizace.<sup>56</sup>

Ošetrovatelský plán má dvě části. Nejdříve je zapotřebí si stanovit cíle a očekávané výsledky. Poté naplánování intervencí, kterými chceme dosáhnout

---

<sup>53</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* s. 88.

<sup>54</sup> DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* s. 20.

<sup>55</sup> KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo I.* s. 206 - 207.

<sup>56</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* s. 92.



požadovaných výsledků. Volíme vhodné ošetrovatelské výkony, kterými výsledků dosáhneme, vše konzultujeme s pacientem nebo s jeho rodinou.<sup>57,58</sup>

### **Ošetrovatelské cíle:**

„Cíl vyjadřuje žádoucí tělesný, psychický nebo sociální stav pacienta a v jaké míře ho chceme dosáhnout. Stanovené cíle tvoří základ pro pozdější hodnocení účinnosti poskytnuté péče.“<sup>59</sup>

Ošetrovatelské cíle by měly vždy směřovat k nemocnému. Měl by spolupracovat na jejich vytváření nebo být s nimi obeznán. Součástí stanoveného cíle je i časový plán pro jeho dosažení nebo jeho přehodnocení. Cíle mají být konkrétní a měřitelné, to proto, aby se poskytovaná péče dala objektivně zhodnotit. Sestaven je pro individuální požadavky pacienta, které by měly být jasné a srozumitelné pro všechny. Stanovené cíle musí být vždy reálné, abychom jich dosáhli.<sup>60</sup>

### **Cíle ošetrovatelské péče:**

1) Krátkodobé cíle se týkají nejbližších hodin a dní. Musí být specifické, realistické a měřitelné. V některých případech jsou tyto krátkodobé cíle sestavovány pouze na jednu pracovní směnu, záleží na přístupu pracovišť. Splněním tohoto cíle je dalším stupněm splněním dlouhodobého cíle.

2) Střednědobé cíle jsou ovlivněny nynějším zdravotním a psychickým stavem klienta. Mění se podle ošetrovatelských problémů a zdravotního stavu. Tyto cíle se aktualizují v během hospitalizace.

3) Dlouhodobý je zaměřen na delší časový úsek – dny, týdny. Například na ukončení pobytu v nemocnici, nebo do předání do domácí péče. Dlouhodobý cíl je vytvořen podle potřeb pacienta a během hospitalizace se může změnit díky zjištěním nových informací.<sup>61,62</sup>

---

<sup>57</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 91 - 92.

<sup>58</sup> KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo I*. s. 208 - 209.

<sup>59</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 44.

<sup>60</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 91 - 92.

<sup>61</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 45.

<sup>62</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 46.

### **Výsledná kritéria:**

Jsou to předem stanovené, specifické, pozorovatelné a měřitelné odpovědi pacienta, svědčící o odstranění jeho problému. Blíže specifikují, jak lze dosáhnout stanoveného krátkodobého, střednědobého nebo dlouhodobého cíle. Výsledná kritéria udávají co musí pacient udělat, umět, vědět, pochopit, aby se jeho zdravotní stav upravil. U každého cíle by měly být vytvořeny tři až šest výsledných kritérií, u kterých je nutné určit, dokdy by se měly splnit.<sup>63</sup>

### **Plánování ošetrovatelských činností:**

Abychom dosáhli stanovených cílů, je zapotřebí naplánovat ošetrovatelskou péči, nejlépe ve spolupráci s klientem. Pro nejefektivněji dosažení těchto cílů je potřeba správně určit problém. Brát v potaz ošetrovatelské komplikace a rizika spojená s lékařskou diagnózou. A využití znalostí a zkušeností sestry pro co nejlepší plánovanou péči. Plán by měl být sestaven tak, aby bylo možné ho během hospitalizace podle potřeby doplňovat a pozměňovat. Všichni, kteří se podílejí na ošetrovatelské péči klienta, by měli z vypracovaného plánu pochopit, jakou péči potřebuje.<sup>64, 65</sup>

## **Fáze 4. Realizace ošetrovatelského plánu**

V této fázi ošetrovatelského procesu dochází k poskytování individuální ošetrovatelské péče směrem k pacientovi na základě vytvořeného ošetrovatelského plánu. Veškerá poskytovaná péče, za kterou je odpovědná sestra, by měla vést k prevenci vzniku ošetrovatelských problémů, k jejich odstranění nebo k minimalizování intenzity.<sup>66</sup>

Již zmíněné ošetrovatelské fáze se zde prolínají a propojují, a tvoří tak jednotný celek. Jestliže nebude plánovaná ošetrovatelská péče poskytnuta klientovi, tak nepocítí žádné kvalitativní změny na svém zdravotním a psychickém stavu a celý ošetrovatelský proces se tak stává pouhou administrativní, a ne věcnou záležitostí. Celá činnost této

---

<sup>63</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 94 - 96.

<sup>64</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 46.

<sup>65</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 47.

<sup>66</sup> KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo 1*. s. 224.

fáze je zaměřena na realizaci stanovených osobních cílů. Veškerá kvalita realizace je podmíněná dobře vypracovaným plánem ošetrovatelské péče. Proto sestra musí využít veškeré dostupné možnosti a využít spolupráci pacienta v jeho blaho.<sup>67</sup>

Všem ošetřujícím pracovníkům podílejícím se na péči o pacienta je tato fáze nejbližší. Zde dochází k samotné péči o pacienta, při které zároveň plní lékařské ordinace a spolupracují s lékaři a jinými zdravotníky.<sup>68 69</sup>

Během provádění naplánované ošetrovatelské péče je nutné zahrnout tyto aktivity:

- 1) Ověření vhodnosti naplánované činnosti v souvislosti s aktuálním stavem pacienta, jestli je v dané situaci provedení této činnosti vhodné a prospěšné klientovi.

Po případě je třeba činnost změnit nebo vypustit.

- 2) Provedení naplánovaných ošetrovatelských činností, které jsou v daném okamžiku u pacienta uskutečnitelné.
- 3) Získávání dat během uskutečňování intervencí a zapisování do ošetrovatelské dokumentace.<sup>70, 71</sup>

## **Fáze 5. Vyhodnocení ošetrovatelského plánu**

„Sebelépe míněná ošetrovatelská péče by se mohla minout účinkem, kdybychom si vždy nekladli otázku, zda je naše úsilí skutečně správné, zda jsme se rozhodli pro skutečně nejlepší strategii ošetřování.“<sup>72</sup>

Závěrečnou fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení efektu péče, která byla klientovi poskytnuta podle individuálního plánu. Důležitost vyhodnocení je v tom, že nám pomáhá zjistit, zda plánovaná a poskytnutá péče byla účinná nebo neúčinná,

---

<sup>67</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 109-110.

<sup>68</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 47.

<sup>69</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. S. 53.

<sup>70</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 48.

<sup>71</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 110-112.

<sup>72</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3 - jak zavést ošetrovatelský proces*. s. 18.

jestli byly cíle realistické nebo vhodné intervence. Nabízí nám zpětnou vazbu k rozpoznání nových potřeb jedince.<sup>73,74</sup>

Hodnocení je nepostradatelné při ukončování každé etapy ošetrovatelského procesu. Porovnáním jednotlivých fází procesu s výsledkem zjistíme, jestli byla poskytována plánovaná péče efektivní. Hodnocení provádí sestra i pacient.

Sesterské vyhodnocení je založeno na objektivních hodnotách, které sestra získala během péče. Svědčí o kladném nebo záporném efektu péče. V průběhu hospitalizace u klienta hodnotí efekt péče každý ošetřující pracovník a průběžné hodnocení by měla mít na starost sestra, která vytvořila plán pro pacienta.<sup>75</sup>

Pacientské vyhodnocení ošetrovatelské péče znamená subjektivní vyjádření pocitů jedince. Spolupráce klienta na hodnocení je nedílnou součástí, stejně tak jako u předešlých fází.<sup>76</sup>

### **Postup při hodnocení:**

Jako první porovnáme dostupné výsledky s naplánovanými cíli. Poté, bude-li to možné se pokusíme změřit výsledný efekt plánované péče pomocí specifických ošetrovatelských metod. V situaci, kdy nebylo dosaženo cíle, na základě výsledků změním ošetrovatelský plán. Získané poznatky je dobré konzultovat s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Jejich zkušenosti a vlastní názor na situaci mohou přispět ke zlepšení plánu.<sup>77</sup>

---

<sup>73</sup> MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. s. 49.

<sup>74</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 56.

<sup>75</sup> TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. s. 125 - 128.

<sup>76</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 56.

<sup>77</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. s. 57.

## 1.2 Akutní ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční je soubor onemocnění postihující věnčité tepny srdce. Důsledkem ischemie je snížení průsvitu koronárních tepen, která omezuje zásobování myokardu okysličenou krví. Jestliže buňky myokardu nemají dostatečný nebo žádný přísun živin, dochází k jejich postupnému odumírání.<sup>78</sup>

Příčinou zúžení koronárních tepen jsou aterosklerotické změny, které vznikají poruchou metabolismu tuků a nadměrným příjmem nasycených tuků a cholesterolu. Velký význam pro vznik mají i genetické predispozice. Neprodyšné uzavření věnčité tepny má za následek samotný aterosklerotický plát, který postupně uzavře průsvit tepny. Náhlé přerušování průtoku krve tepnou má za příčinu trombus nebo embolus, který nasedá na aterosklerotický plát, anebo spasmus, který zasáhne postiženou část cévy aterosklerózou.<sup>79, 80</sup>

Vzniku ischemické choroby srdeční napomáhají rizikové faktory, jako věk, vysoký krevní tlak, kouření, diabetes mellitus a opakující se stres. Další méně významné faktory jsou obezita, tělesná neaktivita a typ osobnosti.<sup>81</sup>

Ischemická choroba srdeční se rozděluje na akutní a chronickou formu, to podle toho, jak rychle dochází k uzavěru tepny. Akutní formy jsou náhlá smrt, nestabilní angína pectoris a infarkt myokardu. Chronické formy jsou stabilní angína pectoris, němá ischemie, vazospastická angína pectoris, syndrom X.<sup>82, 83</sup>

### 1.2.1 Nestabilní angína pectoris

Jedná se o nově vzniklou namáhavou angínu pectoris u pacienta, kterému nebyla doposud u pacienta objevena, nebo zhoršení již stávající angíny pectoris. Zhoršení se především týká snížené tolerance na námahu nebo zvýšeného počtu stenokardií a klidová stenokardie netrvající déle jak 20 minut. Vznik náhlého uzavěru průsvitu tepny je způsoben prasknutím nebo natržením aterosklerotického plátu. Na místě vzniku

---

<sup>78</sup> NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. s. 72 - 73.

<sup>79</sup> Tamtéž.

<sup>80</sup> DOBIÁŠ, V. *Prednemocničná urgentná medicína*. s. 113.

<sup>81</sup> NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. s. 72

<sup>82</sup> SÓSOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. s. 55.

<sup>83</sup> ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství I*. s. 133 - 134.

dochází ke shlukování trombocytů a následně v místě vzniká trombus, který uzavře cévu.<sup>84, 85</sup>

Hlavním příznaky jsou pocity tísně, sevření, dušení a plošná, pálivá a tupá bolest, kterou postižený lokalizuje v okolí hrudní kosti s vyzařováním do levé horní končetiny, popřípadě do dolní čelisti a zad.<sup>86, 87</sup>

Při stanovení diagnózy je důležitá dobře odebraná anamnéza. Je zapotřebí zjistit, jaké okolnosti vedly k bolesti, jestli byly způsobeny fyzickou námahou nebo rychlou chůzí do vršku. Zjišťujeme její polohu, charakter a trvání. Dále jaké faktory vedly k úlevě, zdali bolest ustupuje po podání nitrátů či nikoliv. Vyšetření 12-ti svodovým EKG kdy u angíny pectoris jsou typická deprese úseku ST, popřípadě inverze T.<sup>88, 89</sup>

První pomoc bez pomůcek u podezření na angínu pectoris spočívá ve vytvoření absolutního klidu v okolo postiženého. Uložit ho do polohy v polosedě a uvolnit svírající části oděvu. Pokud se nacházíme v místnosti, je dobré vyvětrat. Pokud má pacient u sebe ordinovaný nitroglycerin ve spreji (isomer) nebo tablety (nitroglycerin), aplikujeme je pod jazyk. Bolest by měla po podání nitrátů rychle ustoupit. Pokud trvá déle jak 20 minut, jedná se o infarkt myokardu. Je třeba přivolat záchrannou službu.<sup>90, 91</sup>

Zdravotnická první pomoc je stejná jako u infarktu myokardu (viz. kapitola 2.1.2). V přednemocniční neodkladné péči nemůžeme s jistotou určit, zda se jedná o nestabilní angínu pectoris nebo akutní infarkt myokardu. Proto postupujeme vždy, jako by se jednalo o infarkt myokardu.<sup>92</sup>

---

<sup>84</sup> NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. s. 73 - 74.

<sup>85</sup> SÓSOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství*. s. 60.

<sup>86</sup> NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. s. 73 - 74.

<sup>87</sup> BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy kontextu*. s. 184.

<sup>88</sup> NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. s. 73 - 74.

<sup>89</sup> BALL, CH. M. *Akutní medicína do kapsy*. s. 23.

<sup>90</sup> DOBIÁŠ, V. *Přednemocničná urgentná medicína*. s. 116.

<sup>91</sup> BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy kontextu*. s. 184.

<sup>92</sup> Tamtéž.

## 1.2.2 Akutní infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu je vzniklá ischemická nekróza srdeční svaloviny na podkladě náhlého uzavření koronární tepny v daném sektoru, který zásobuje okysličenou krví. Je účinkem rozhodujícího nepoměru mezi poptávkou a nabídkou po okysličené krvi. Uzavření průsvitu tepny vzniká nejčastěji vytvořeným trombem, který nasedá na aterosklerotický plát, nebo embolizací koronární tepny, subintimální krvácení, náhlé snížení krevního tlaku v důsledku velkých ztrát kolujících tekutin a při spasmu cévy.<sup>93</sup>

Srdeční sval je zásoben okysličenou krví, dvěma tepnami arteria coronaria sinistra a dextra, které odstupují z levé komory srdeční. Arteria coronaria sinistra je silnější než dextra a odstupují z ní dvě větve ramus descendens a ramus circumflexus. Levá tepna zajišťuje přísun živin pro větší část srdečního svalu a je převážně postihovaná aterosklerotickým procesem i jeho následky. Infarktem myokardu je častěji postihována část srdce zásobená ramus descendens s lokalizací anteroseptální. Arteria coronaria dextra zásobuje srdeční svalovinu pravé komory a pravé síně. Obě tepny zpočátku probíhají na povrchu srdce v mělkých žlábcích, a poté se jejich větve zanořují do srdečního svalu. Spotřeba myokardu okysličené krve je vysoká, asi 10% minutového objemu protéká koronárními tepnami. Odkysličená krev je odváděna žilami spojující se v sinus coronarius, jenž ústí do pravé předsíně srdeční.<sup>94, 95</sup>

Infarkt myokardu můžeme rozdělit na dva typy, a to transmurální infarkt, který postihuje srdeční svalovinu v celé její tloušťce. Tento proces trvá cca 6 hodin. S tímto infarktem je spojen vznik patologických Q kmitů na EKG a nazýváme ho Q-infarkt. Druhým typ infarktu nepostihuje svalovou tkáň v celé její tloušťce. Nedojde k úplnému uzavření koronární tepny, nebo při včasné spontánní nebo farmakologické trombolýze. Ischemická nekróza neprojde tedy celou tloušťkou myokardu a nazývá se netransmurální infarkt. U tohoto druhého typu nedochází k rozvoji patologických Q kmitů na EKG a jedná se o non-Q infarkt. Byla přijata nová klasifikace infarktu myokardu, kdy elevace úseku ST je označována jako STEMI= ST-elevation myocardial

---

<sup>93</sup> NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. s. 76.

<sup>94</sup> NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. s. 76.

<sup>95</sup> ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetřovatelství I*. s. 145.

infarction a odpovídá Q-infarktu. Infarkt bez elevace úseku ST je označován jako NSTEMI= non ST-elevation myocardial infarction a je totožný s non-Q infarkt.<sup>96</sup>

Vedoucím příznakem infarktu je stenokardie neboli ischemická bolest srdce. Ta je popisována jako prudká, skličující bolest za hrudní kostí s propagací do levé horní končetiny, krku a dolní čelisti. Je podobná bolesti při angíně pectoris, avšak je silnější a trvá delší dobu. Intenzita bolesti se nemění se změnou polohy. Trvá déle než 20 minut a při podání nitroglycerinu neustupuje. Dále se přidružují další příznaky, které se v některých případech nemusí objevit. Jedná se o úzkost, strach ze smrti, pocení, bledost, nevolnost, zvracení, palpitaci, subfebrilii a zmatenost. Některé případy mohou proběhnou jako němý infarkt, a to bez příznaků, který se náhodně prokáže při EKG vyšetření a nebo až při pitvě.<sup>97</sup>

Diagnostika infarktu myokardu v přednemocniční péči spočívá především v získání anamnestických údajů. Ptáme se postiženého, zda se neléčí s angínou pectoris. Jestli už někdy prodělali infarkt myokardu. Zjišťujeme životosprávu a rizikové faktory ischemické srdeční choroby. U příznaku se zaměřujeme na sternální bolest. Ptáme se, kde jí lokalizuje, jaký má charakter, jak dlouho trvá, co předcházelo vzniku bolesti. Dále zjišťujeme fyziologické funkce, jako krevní tlak, puls, dechovou frekvenci a saturaci hemoglobinu kyslíkem.<sup>98</sup>

Rozhodujícím vyšetřením v terénu je 12 -ti svodové EKG. Je to přístrojová vyšetřovací metoda zjišťující elektrickou aktivitu srdeční svaloviny, vznik a šíření akčního proudu převodním systémem srdečním. Elektrokardiograf je přístroj, který zaznamenává elektrickou aktivitu srdce a elektrokardiogram je křivka, která vzniká zápisem elektrické činnosti srdce na monitor nebo displej. Elektrická aktivita je snímána pomocí elektrod přiložených na povrch těla, které se rozlišují unipolární a bipolární. Unipolární snímají elektrickou aktivitu z jedné elektrody. Bipolární snímá rozdíl potenciálu mezi dvěma elektrodami. Dále se rozděluje podle místa připevnění elektrod na povrch těla, a to na hrudní (unipolární) V1, V2, V3, V4, V5, V6.

---

<sup>96</sup> HRADEC, J., *ischemická choroba srdeční*. s. 3.

<sup>97</sup> NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. s. 77.

<sup>98</sup> DOBIÁŠ, V. *Přednemocničná urgentní medicína*. s. 115 - 116.



Končetinové svody se dělí na bipolární I, II, III a unipolární aVR, aVL, aVF. Vždy jedna elektroda slouží pro uzemnění a není z ní tedy snímáno.<sup>99</sup>

Úspěšnost léčby infarktu myokardu spočívá v obecné zásadě co nejrychlejšího transportu na specializované koronární pracoviště, kde bude obnoven průtok postiženou tepnou. Dále minimalizování obtíží u postiženého a léčby komplikací.<sup>100, 101</sup>

První pomoc spočívá ve vytvoření absolutního klidu. Uložíme postiženého do polohy v polosedě a uvolníme svírající části oděvu. Pokud se nacházíme v místnosti, otevřeme okno a vyvětráme. Pokud má pacient u sebe ordinovaný nitroglycerin ve spreji (isomer) nebo tablety (nitroglycerin), aplikujeme pod jazyk. Bolest by měla po podání nitrátu rychle ustoupit, jestliže se jedná o angínu pectoris. Pokud přetrvává déle jak 20 minut, je důvodné podezření, že se jedná o infarkt myokardu.<sup>102</sup>

Zdravotnická první pomoc spočívá ve zlepšení zásobení kyslíkem, oxygenací 100% kyslíku, maskou, anebo nosními brýlemi. Snížíme spotřebu kyslíku vyloučením námahy a optimalizací polohy. Zajistit přístup do periferní žíly. Kontinuální monitorace 12 -ti svodového EKG. Podáváme sublingválně nitráty ve spreji. Nitráty nepodáváme, pokud má postižený systolický tlak menší než 90 mm Hg a je-li přítomna bradykardie. Důležité je tlumit bolest, která zvyšuje tenzi a spotřebu kyslíku, a tím může dojít ke zvětšení nekrózy myokardu. K tišení bolesti se podávají opiáty - fentanil, morfin, sufentanil. Sedaci zajišťujeme diazepamem. Proti srážení krve se dává heparin, na začátku 5000j bolusově a dále 1000j za hodinu. Při hypertenzi a tachyrdii podáváme betablokátory.<sup>103, 104</sup>

Léčba u STEMI infarktu se provádí včasnou reperfúzí, to znamená včasné obnovení průtoku krve v postižené oblasti trombolýzou nebo koronární angioplastikou. PTCA - perkutánní transluminární koronární angioplastika se provádí, je-li dosažitelná do jedné a půl hodiny, u obtíží trvajících méně než tři hodiny pak do dosažitelnosti jedné hodiny. Pokud není PTCA dostupná do jedné a půl hodiny, je indikována trombolýza.

---

<sup>99</sup> HAMPTOM, J, R. *Ekg stručně, jasně, přehledně*. s. 17 - 18.

<sup>100</sup> DÍTĚ, P. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. s. 62.

<sup>101</sup> ZEMAN, K., *Poruchy srdečního rytmu v intenzivní péči*. s. 14 -24

<sup>102</sup> BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy kontextu*. s. 184.

<sup>103</sup> BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy kontextu*. s. 184.

<sup>104</sup> DOBIÁŠ, V, *Prednemocničná urgentná medicína*. s. 117 - 118.

Ta je nejúčinnější v prvních třech hodinách od prvních příznaků. Podává se 1,5 MU streptokynázy. Trombolýza je kontraindikovaná u pacientů s krvácivými stavy, po CMP v posledním půl roce, krvácení z GIT a po operacích.<sup>105, 106</sup>

Léčba při non-STEMI infarktu spočívá ve správné diagnóze zhodnocení rizik a zahájení léčby. Tišení bolestí nitráty, opiáty, podávání heparínu k dosažení a PTT za 50-60 sekund.<sup>107</sup>

### 1.2.3 Náhlá srdeční smrt

Jedná se o náhlé úmrtí do jedné hodiny od vzniku prvních příznaků. Ve většině případů se jedná o důsledek ischemické choroby srdeční. Častými příčinami bývají fibrilace komor, komorové tachykardie, elektromechanické disociace nebo srdeční ruptury. Původ náhlé srdeční smrti může být koronární nebo nekoronární.<sup>108, 109</sup>

#### 1) Náhlá srdeční smrt koronárního původu.

Převážnou příčinou je ateroskleróza koronárních tepen. Ke smrti dochází na podkladě uzavření tepny trombem u pacientů, u kterých doposud nebyla diagnostikována ischemická choroba srdeční, nebo u pacientů s chronickou ischemickou chorobou srdeční. Kromě těchto případů může dojít k náhle smrti u lidí, kteří již prodělali akutní infarkt myokardu a největší riziko hrozí v první hodině probíhajícího infarktu.<sup>110</sup>

#### 2) Náhlá srdeční smrt nekoronárního původu.

Bývá způsobena u hypertrofické kardiomyopatie, stenózy aortální chlopně, plicní embolie, předávkování antiarytmiky nebo aitrogenní příčinou u závažné hypokalémie diuretiky. Před náhle vzniklým bezvědomím mohl postižený udávat bolesti na hrudi,

---

<sup>105</sup> BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy kontextu*. s. 185.

<sup>106</sup> DOBIÁŠ, V. *Prednemocničná urgentná medicína*. s. 118.

<sup>107</sup> DÍTĚ, P. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. s. 65.

<sup>108</sup> KOLÁŘ, J. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. s. 213.

<sup>109</sup> DOBIÁŠ, V. *Prednemocničná urgentná medicína*. s. 114.

<sup>110</sup> KOLÁŘ, J. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. s. 213 - 214.

nevolnost a dušnost. Přežití postižených s náhlou srdeční smrtí je závislé na včasné kardipulmonální resuscitaci a jejím provádění.<sup>111, 112</sup>

### **1.3 Ošetrovatelský proces u ischemické choroby srdeční**

#### **1.3.1 Výběr ošetrovatelských diagnóz u ICHS**

##### **Akutní bolest - 00132**

Ošetrovatelská diagnóza:

-Akutní bolest ve spojitosti s nedostatečným prokrvením myokardu projevující se verbalizací.

Cíl:

-Zmírnit, nebo odstranit bolest.

Výsledná kritéria:

- Pacient zná metody ke zmírnění bolesti.
- Pacient zná důležitost minimální námahy.
- Pacient zná pravidla pro užívání nitroglycerinu.

Ošetrovatelský plán:

- Nastolit u pacienta tělesný klid.
- Monitorovat fyziologické funkce.
- Zajistit pacientovi pohodlí.
- Podávat pacientovi léky dle ordinace lékaře.
- Sledovat účinnost podaných léků.<sup>113, 114, 115</sup>

---

<sup>111</sup> KOLÁŘ, J. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. s. 215.

<sup>112</sup> SÓSOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. s. 60 - 61.

<sup>113</sup> SÓSOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. s. 60 - 61.

<sup>114</sup> ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství I*. s. 152 - 153.

<sup>115</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. s. 247 - 248.

## Úzkost ze smrti - 00147

Ošetrovatelská diagnóza:

- Úzkost ze smrti vzhledem k nynějšímu onemocnění projevující se verbalizací a nonverbálnímu projevy.

Cíl:

- Zmírnit strach u pacienta na přijatelnou míru.

Výsledná kritéria:

- Pacient bude umět popsat slovy, z čeho má strach.
- Pacient bude znát metody, jak nejlépe zvládne strach.

Ošetrovatelský plán:

- Sleduj projevy strachu.
- Zjisti, jak pacient vnímá nynější ohrožení.
- Informovat o všem pacienta.
- Psychicky podpořit pacienta.
- Zajistit klidné prostředí okolo pacienta.
- Podávat pacientovi léky dle ordinace lékaře.<sup>116, 117, 118</sup>

---

<sup>116</sup> SÓSOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. s. 67.

<sup>117</sup> ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství I*. s. 152 - 153.

<sup>118</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. s. 183 - 184.

## **Deficitní znalost - 00126**

Ošetrovatelská diagnóza:

- Neznalost pojmů, léčebných opatření v souvislosti nynějšího onemocnění projevující se verbalizací.

Cíl:

-Pacient bude informován.

Výsledná kritéria:

- Pacient bude informován o jeho současném stavu.
- Pacientovi budou vysvětleny léčebné a ošetrovatelské postupy.
- Pacient bude znát důležitost léčebných výkonů.

Ošetrovatelský plán:

- Zjistit současné znalosti pacienta.
- Poskytnout informace dané k současnému stavu.
- Zpětným ověřením zjistit, zda pacient rozuměl.<sup>119, 120, 121</sup>

---

<sup>119</sup> SÓSOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. s. 66 - 67.

<sup>120</sup> ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství I*. s. 152 - 153 .

<sup>121</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*.s. 129 - 130.

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zmapovat znalosti ošetrovatelského procesu u zdravotnických záchranářů.

Cíl 2: Zjistit praktickou realizaci ošetrovatelského procesu u zdravotnických záchranářů.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1: Zdravotnický záchranář má dostatečné znalosti týkající se realizace ošetrovatelského procesu.

Hypotéza 2: Ošetrovatelský proces je nedílnou součástí přednemocniční péče.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použitá metoda**

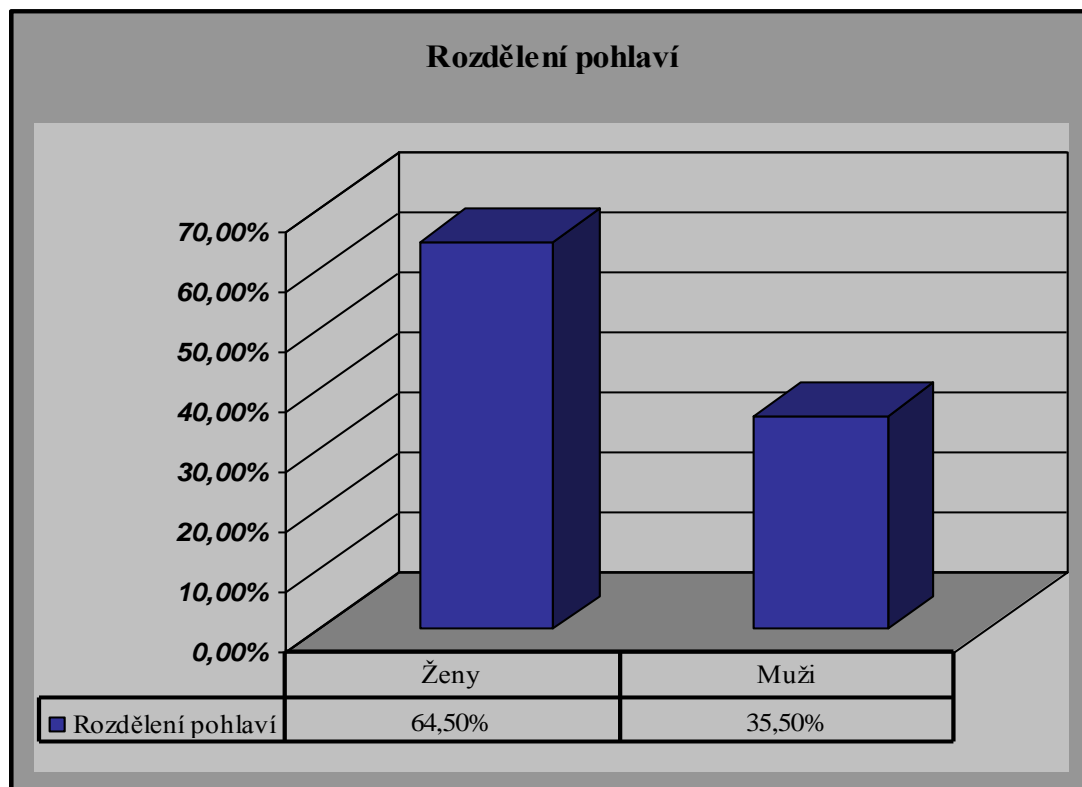
Výzkumná forma byla prováděna kvantitativním způsobem a sběr dat probíhal formou dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 15 otázek, které měly ověřit znalosti ošetrovatelského procesu a ICHS. Byl určen pro zdravotnické záchranáře Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Dotazník byl anonymní a obsahoval otázky otevřené, uzavřené a polootevřené. Získaná data byla zpracována do 28 sloupcových grafů, kde jsou v procentech vyjádřeny výsledky.

#### **3.2 Charakteristika vzorku respondentů**

Výzkumnou skupinu tvořili zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje na postu zdravotnického záchranáře. Dotazníky byly odevzdány osobně do oblastních středisek vedoucím pracovníkům v Českých Budějovicích, ve Strakoniciích, v Písku, v Táboře, v Prachaticích, v Jindřichově Hradci a v Českém Krumlově. Dohromady bylo odevzdáno 100 kusů dotazníků. Po 15 kusech na oblastní střediska a 20 kusů do Českých Budějovic. Vrátilo se 75 dotazníků vyplněných a 25 nevyplněných. Při zpracování dotazníku jsem musel 10 kusů vyřadit vzhledem k jejich neúplnému vyplnění. Především se jednalo o část dotazníku, která zahrnovala ošetrovatelský proces. Tudíž na konci bylo zpracováno 65 dotazníků.

## 4. Výsledky

Graf 1 Rozdělení pohlaví

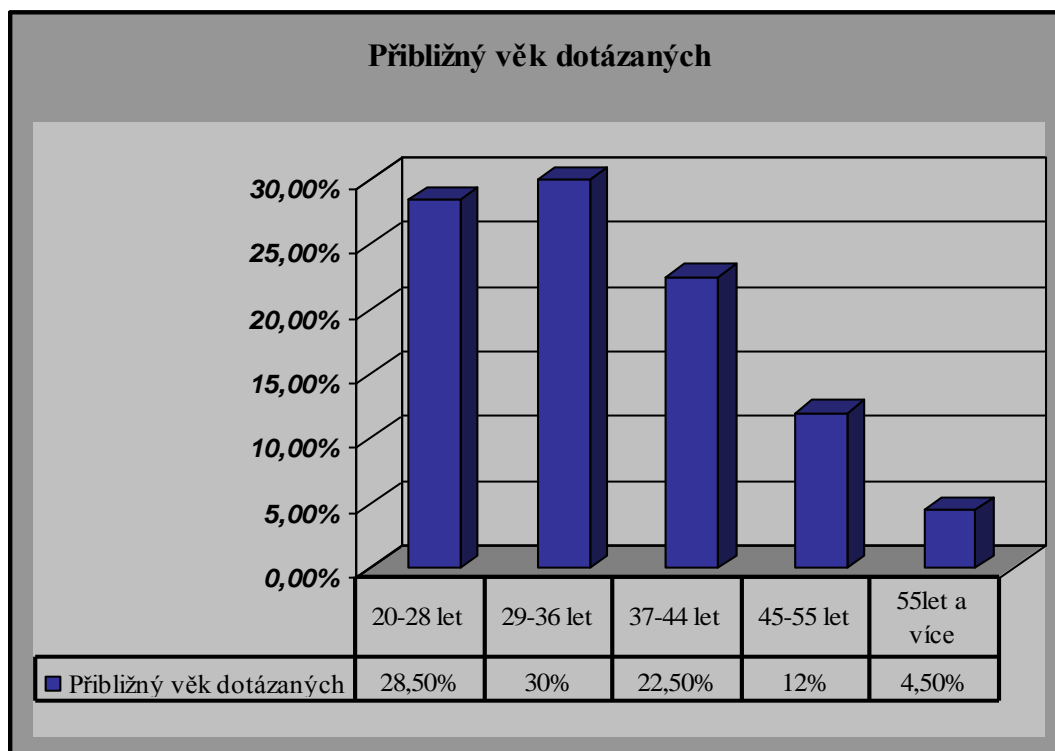


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 65 (100%) dotázaných bylo 42 (64,5%) žen a 23 (35,5%) mužů.



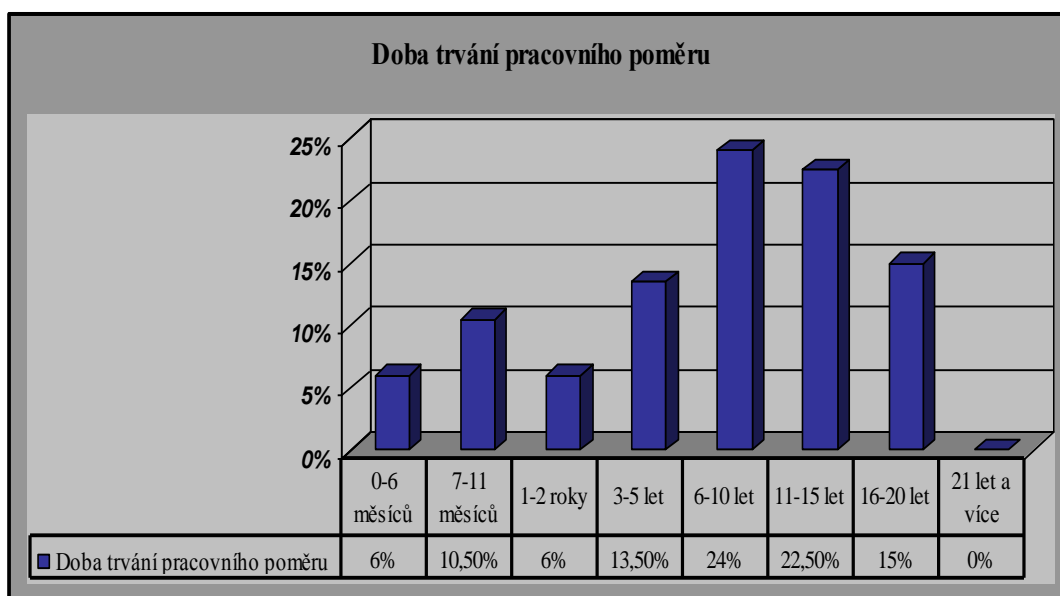
**Graf 2 Přibližný věk dotázaných**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 65 (100%) dotázaných se u 19 (29%) věk pohybuje kolem 20-28 lety, u 20 (31%) se věk pohybuje kolem 29-30 lety, u 15 (23%) se věk pohybuje mezi 37-44 lety, u 8 (12%) se věk pohybuje 45-55 lety, u 3 (5%) se věk pohybuje 55 let a více.

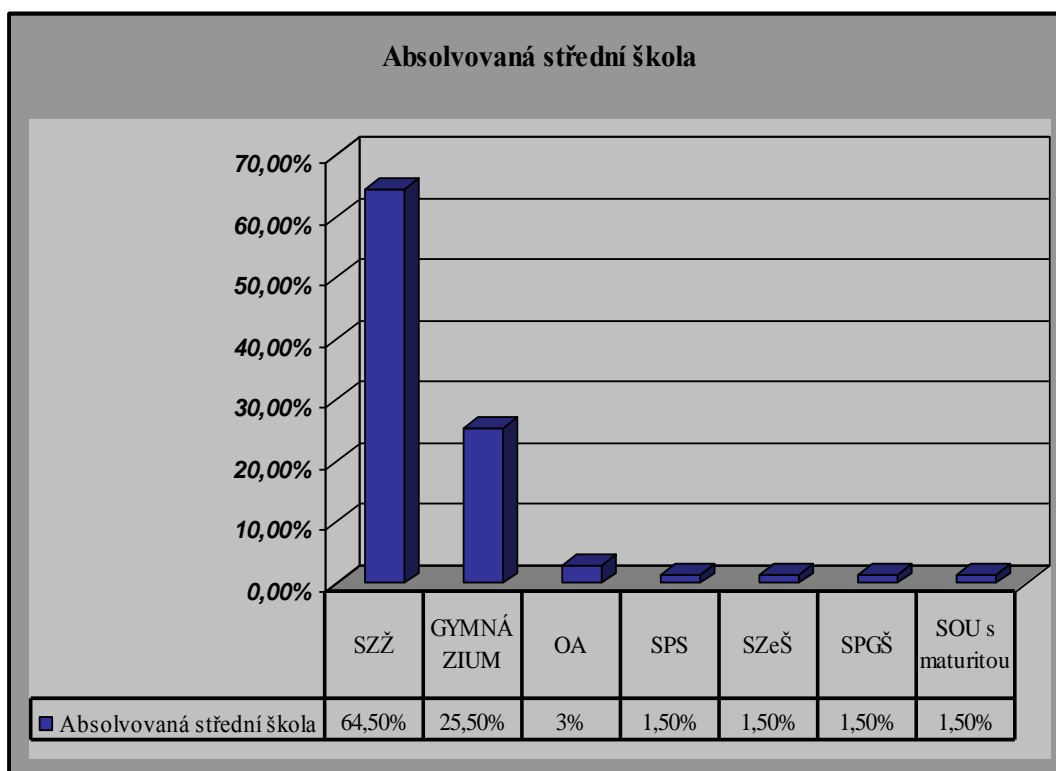
**Graf 3 Doba trvání pracovního poměru**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 65 (100%) dotázaných 4 pracují půl roku u ZZS, 7-11 měsíců pracuje u ZZS 7 (11%) dotázaných, 1-2 roky pracuje u ZZS 4 (6%) dotázaných, 3-5 let pracuje u ZZS 9 (13,5%) dotázaných, 6-10 let pracuje u ZZS 16 (25%) dotázaných, 11-15 let pracuje u ZZS 15 (23%) dotázaných, 16-20 let pracuje u ZZS 10 (15%) dotázaných, přes 21 let nikdo (0%) u ZZS nepracuje.

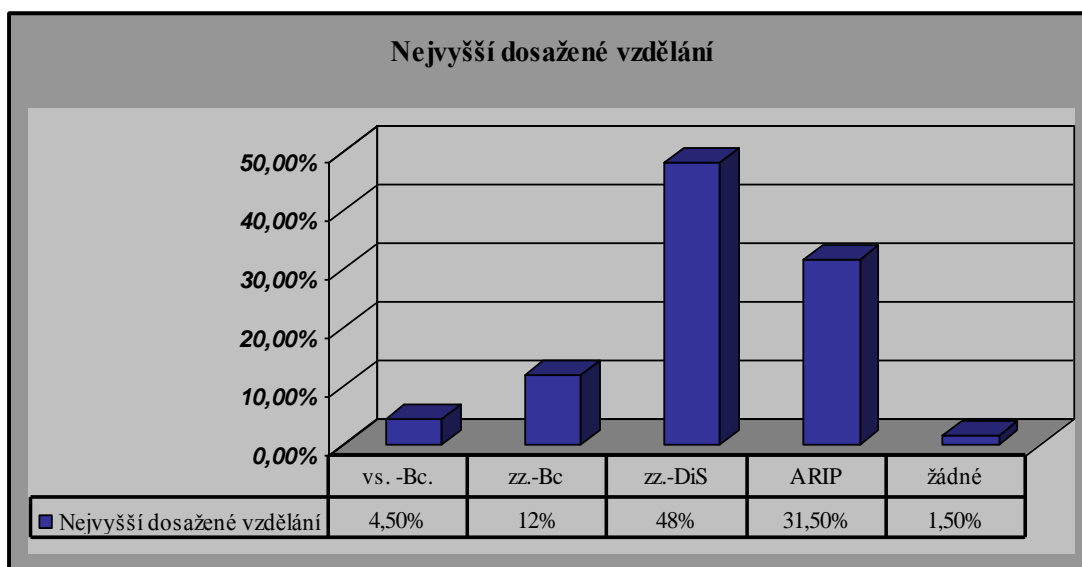
**Graf 4 Jakou mají respondenti absolvovanou střední školu**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 65 (100%) dotázaných střední zdravotnickou školu absolvovalo 43 (64%) dotázaných, gymnázium absolvovalo 17 (25%) dotázaných. 2 (3%) dotázaných absolvovali obchodní akademii, dále po jednom dotázaným absolvovali střední průmyslovou školu, střední pedagogickou školu, střední zemědělskou školu a střední odborné učiliště s maturitou.

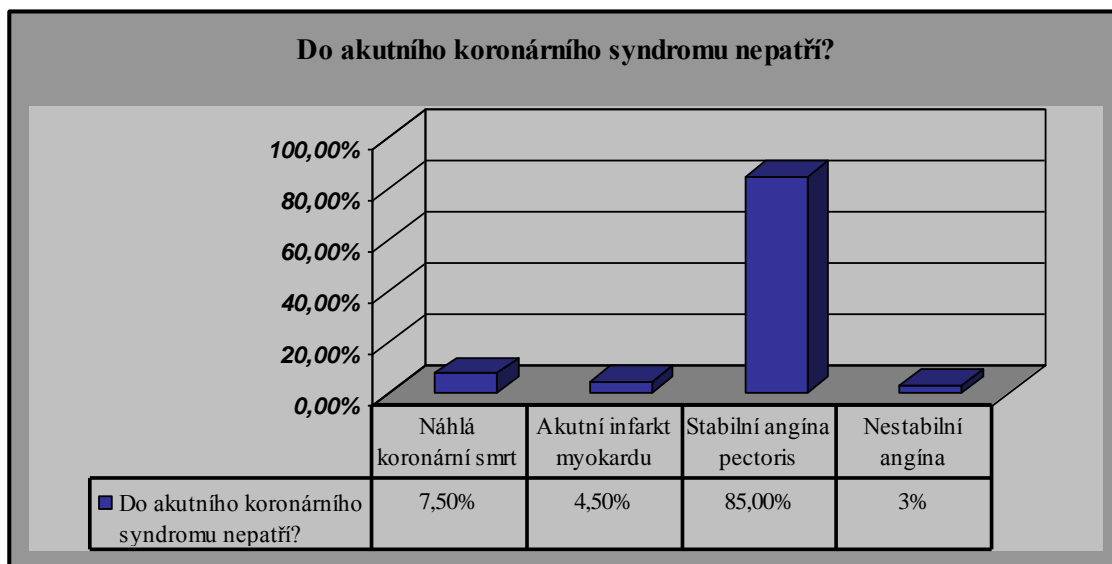
**Graf 5 Jaké mají respondenti nejvyšší dosažené vzdělání**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 65 (100%) dotázaných mají 3 (5%) vysokoškolské vzdělání, obor bakalářský Všeobecná sestra, 8 (12%) dotázaných má absolvovanou vysokou školu obor bakalářský Zdravotnický záchranář, 32 (49%) dotázaných absolvovalo vyšší odbornou zdravotnickou školu, obor Diplomovaný záchranář, 1 (2%) dotázaný nemá žádné vyšší nebo vysokoškolské vzdělání. 21 (32%) absolvovalo specializační studium ARIP.

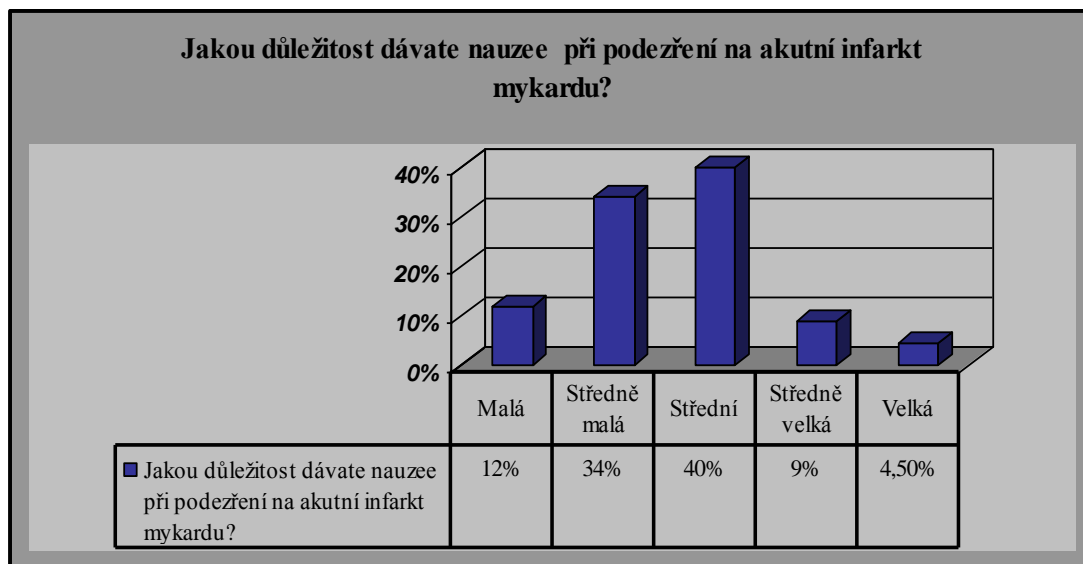
**Graf 6 Do akutního koronárního syndromu nepatří?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, co nepatří do akutního koronárního syndromu, odpovědělo z celkového počtu 65 (100%) dotázaných 5 (7,5%) náhlá koronární smrt, 3 (4,5%) odpověděli akutní infarkt myokardu, 55 (84,5%) odpovědělo stabilní angína pectoris, 2 (3%) odpověděli nestabilní angína pectoris.

**Graf 7 Jakou důležitost přikládáte nauzece při podezření na akutní infarkt myokardu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jakou důležitost by přiřadili nauzece jako příznaku při podezření na akutní infarkt myokardu, odpovědělo ze 65 (100%) dotázaných takto: 8 (12%) dotázaných malou důležitost, 22 (34%) dotázaných středně malou důležitost, 26 (40%) dotázaných střední důležitost, 6 (9%) dotázaných středně velkou, 3 (4,5%) dotázaných velkou důležitost.

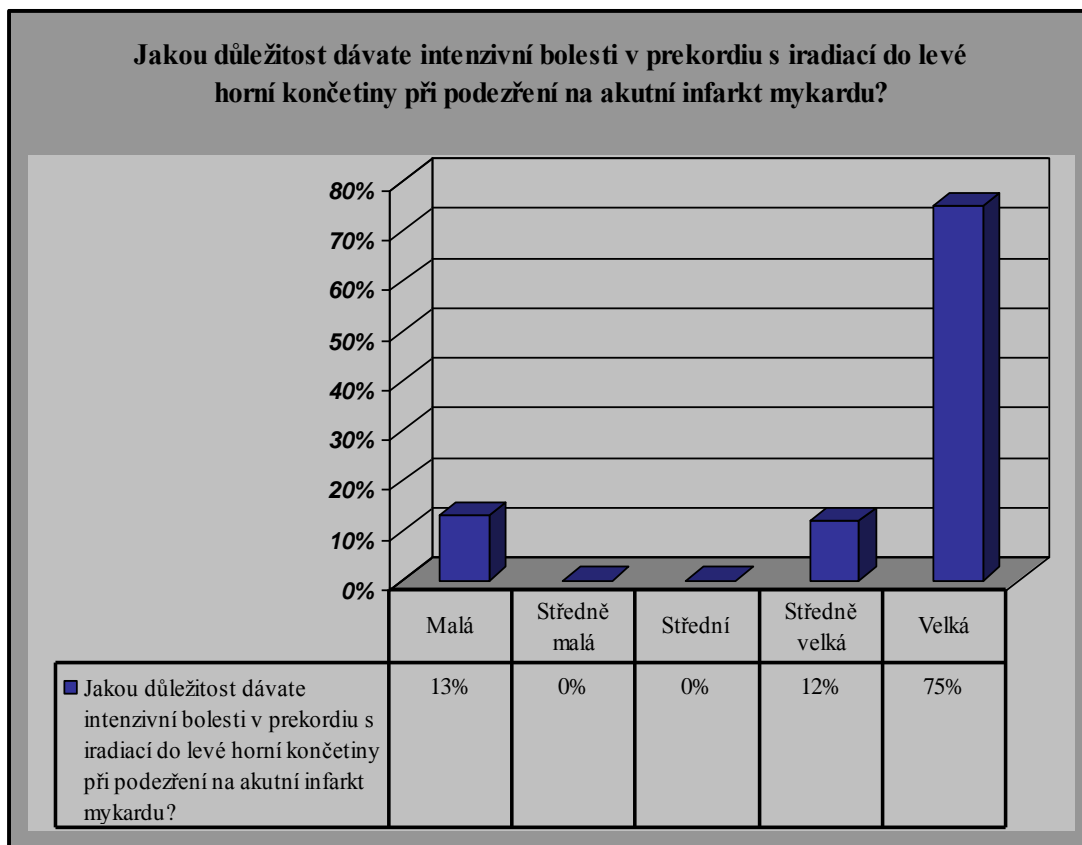
**Graf 8 Jakou důležitost dáváte dyspnoi při podezření na akutní infarkt myokardu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jakou důležitost by přiřadili dyspnoi jako příznaku při podezření na akutní infarkt myokardu, odpovědělo ze 65 (100%) dotázaných takto: 5 (7,5%) dotázaných malou důležitost, 13 (20%) dotázaných středně malou důležitost, 25 (38,5%) dotázaných střední důležitost, 12 (19%) dotázaných středně velkou. 10 (15,5%) dotázaných velkou důležitost.

**Graf 9 Jakou důležitost dáváte intenzivní bolesti v prekordiu s iradiací do levé horní končetiny při podezření na akutní infarkt mykardu?**

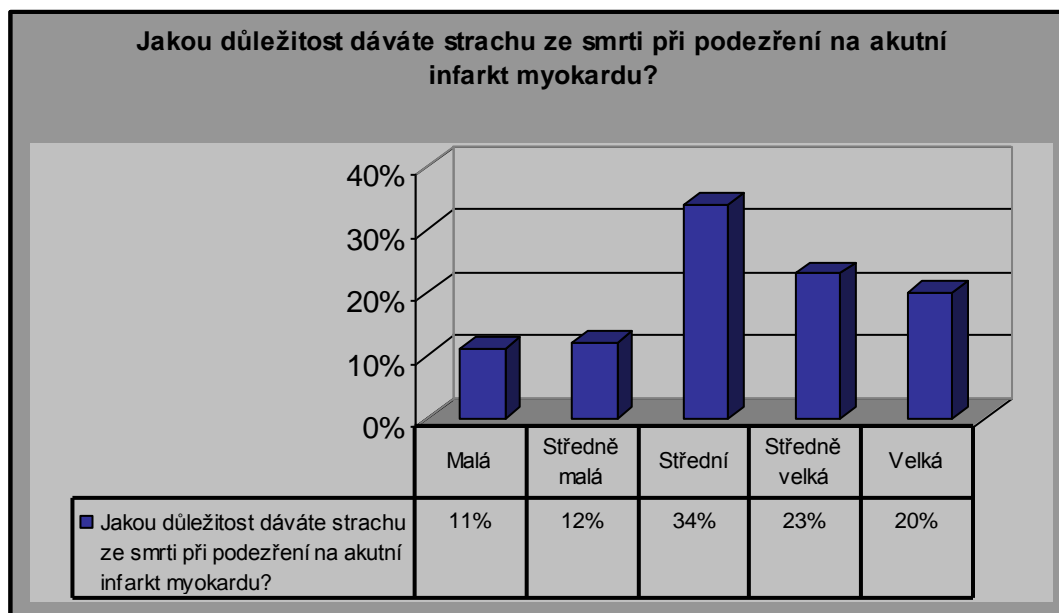


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jakou důležitost by přiřadili intenzivní bolesti v prekordiu s iradiací do levé horní končetiny jako příznaku při podezření na akutní infarkt myokardu, odpovědělo ze 65 (100%) dotázaných takto: 9 (13%) dotázaných malou důležitostí, 0 (0%) dotázaných středně malou důležitostí, 0 (0%) dotázaných střední důležitostí, 8 (12%) dotázaných středně velkou, 49 (75%) dotázaných velkou důležitostí.



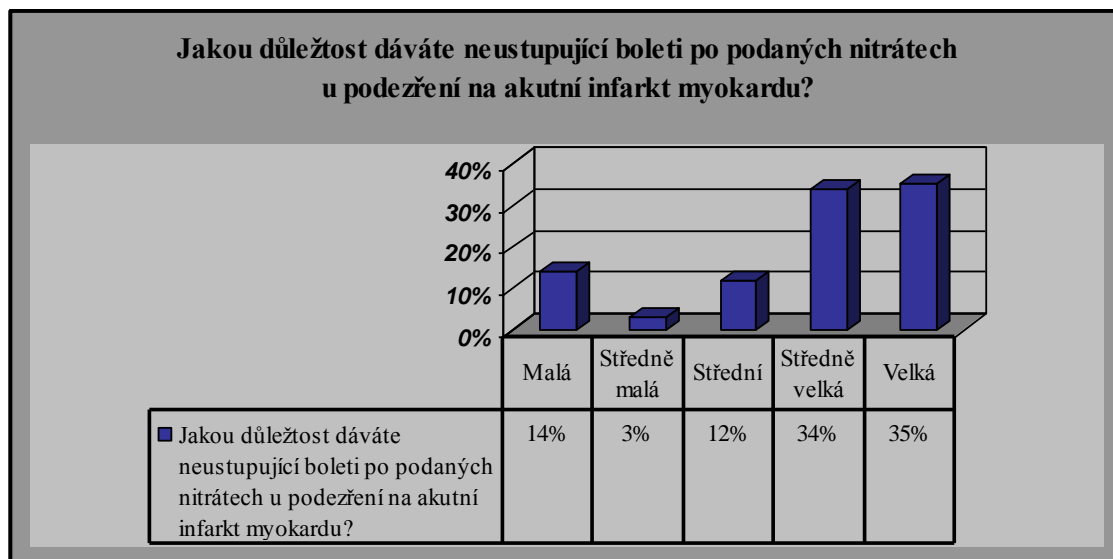
**Graf 10 Jakou důležitost dáváte strachu ze smrti při podezření na akutní infarkt myokardu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jakou důležitost by přiřadili strachu ze smrti jako příznaku při podezření na akutní infarkt myokardu, odpovědělo ze 65 (100%) dotázaných takto: 7 (11%) dotázaných malou důležitost, 8 (12%) dotázaných středně malou důležitost, 22 (34%) dotázaných střední důležitost, 15 (23%) dotázaných středně velkou, 13 (20%) dotázaných velkou důležitost.

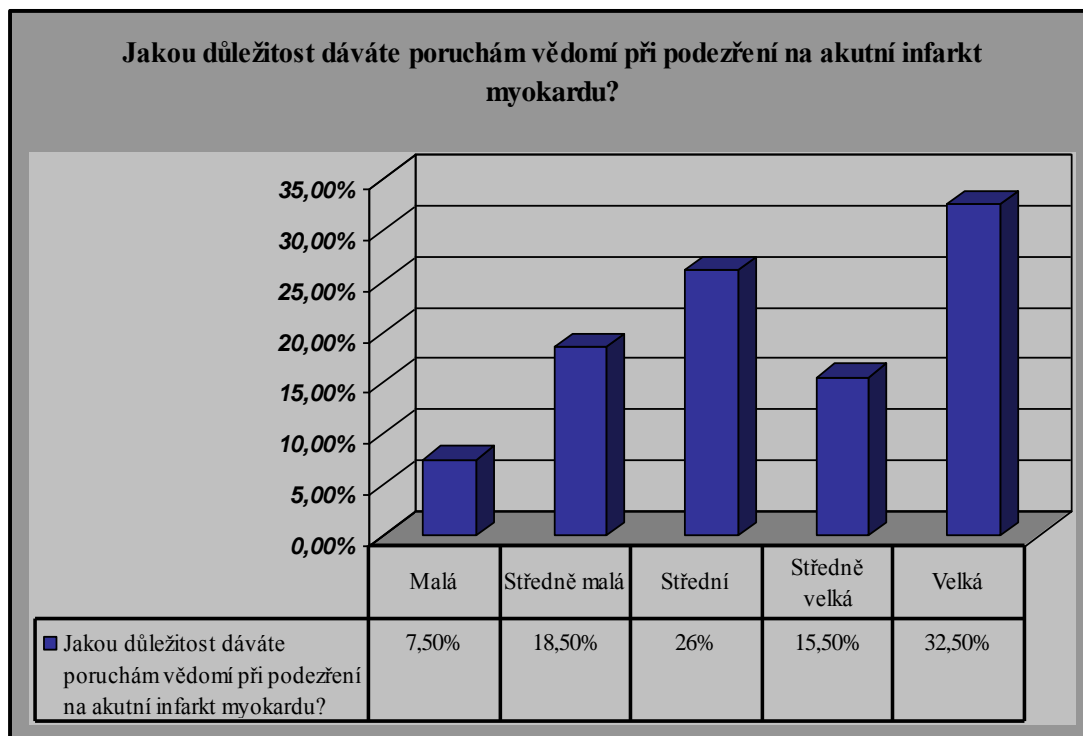
**Graf 11 Jakou důležitost dáváte neustupující bolesti po podaných nitrátech u podezření na akutní infarkt myokardu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku? jakou důležitost by přiřadili přetrvávající bolesti po použití nitrátů jako příznaku při podezření na akutní infarkt myokardu, odpovědělo ze 65 (100%) dotázaných takto: 9 (14%) dotázaných malou důležitostí, 2 (3%) dotázaní středně malou důležitostí, 8 (12%) dotázaných střední důležitostí, 22 (34%) dotázaných středně velkou, 24 (35%) dotázaných velkou důležitostí.

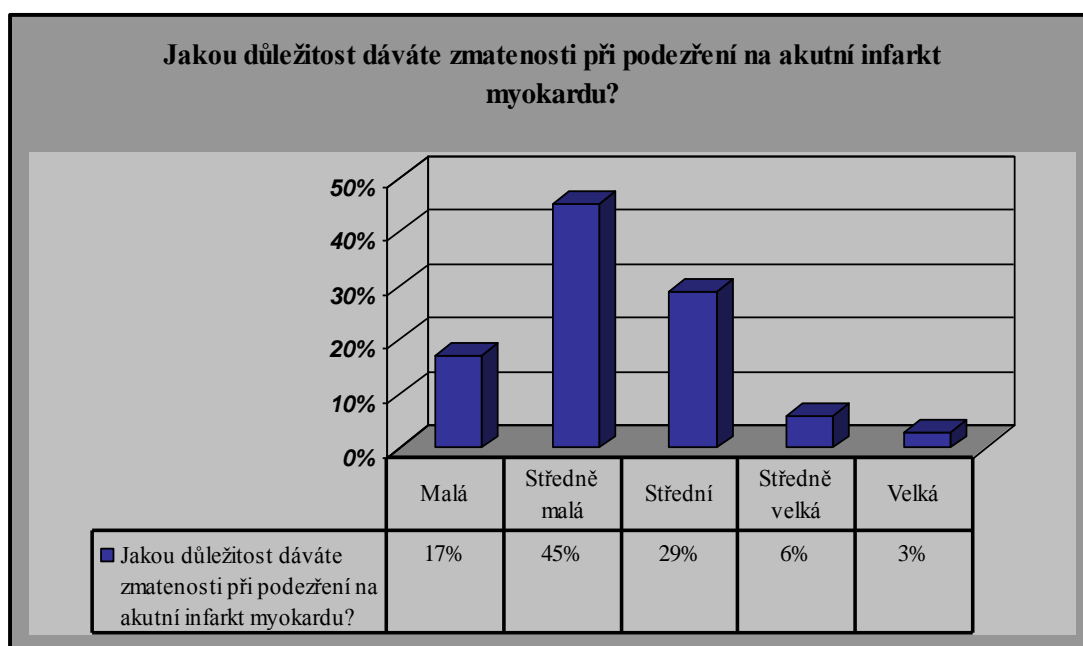
**Graf 12 Jakou důležitost dáváte poruchám vědomí při podezření na akutní infarkt myokardu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jakou důležitost by přiřadili poruchám vědomí jako příznaku při podezření na akutní infarkt myokardu, odpovědělo ze 65 (100%) dotázaných takto: 5 (7,5%) dotázaných malou důležitostí, 12 (18,5%) dotázaných středně malou důležitostí, 17 (26%) dotázaných střední důležitostí, 10 (15,5%) dotázaných středně velkou, 21 (32,5%) dotázaných velkou důležitostí.

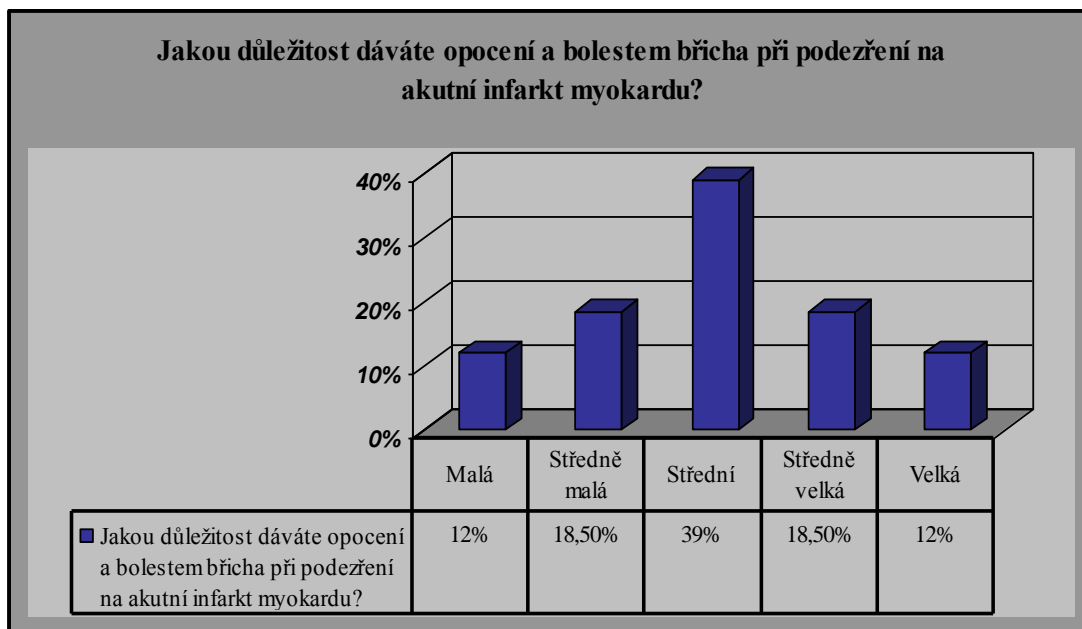
**Graf 13 Jakou důležitost dáváte zmatenosti při podezření na akutní infarkt myokardu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jakou důležitost by přiřadili zmatenosti jako příznaku při podezření na akutní infarkt myokardu, odpovědělo ze 65 (100%) dotázaných takto: 11 (17%) dotázaných malou důležitost, 29 (45%) dotázaných středně malou důležitost, 19 (29%) dotázaných střední důležitost, 4 (6%) dotázaných středně velkou, 2 (3%) dotázaní velkou důležitost.

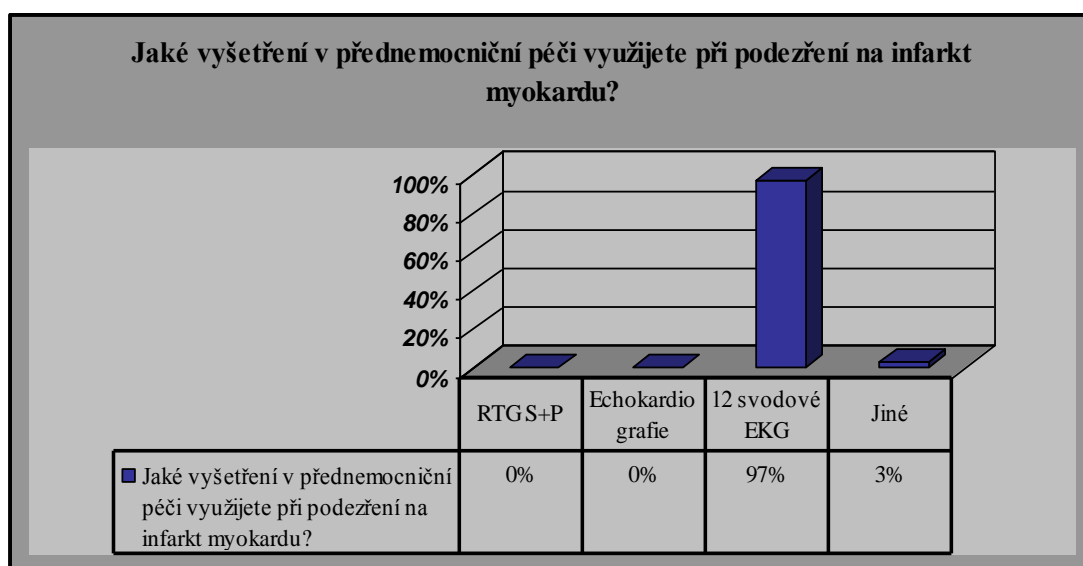
**Graf 14 Jakou důležitost dáváte opocení a bolestem břicha při podezření na akutní infarkt myokardu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jakou důležitost by přiřadili opocení a bolestem břicha jako příznaku při podezření na akutní infarkt myokardu, odpovědělo ze 65 (100%) dotázaných takto: 8 (12%) dotázaných malou důležitostí, 12 (18,5%) dotázaných středně malou důležitostí, 25 (39%) dotázaných střední důležitostí, 12 (18,5%) dotázaných středně velkou, 8 (12%) dotázaných velkou důležitostí.

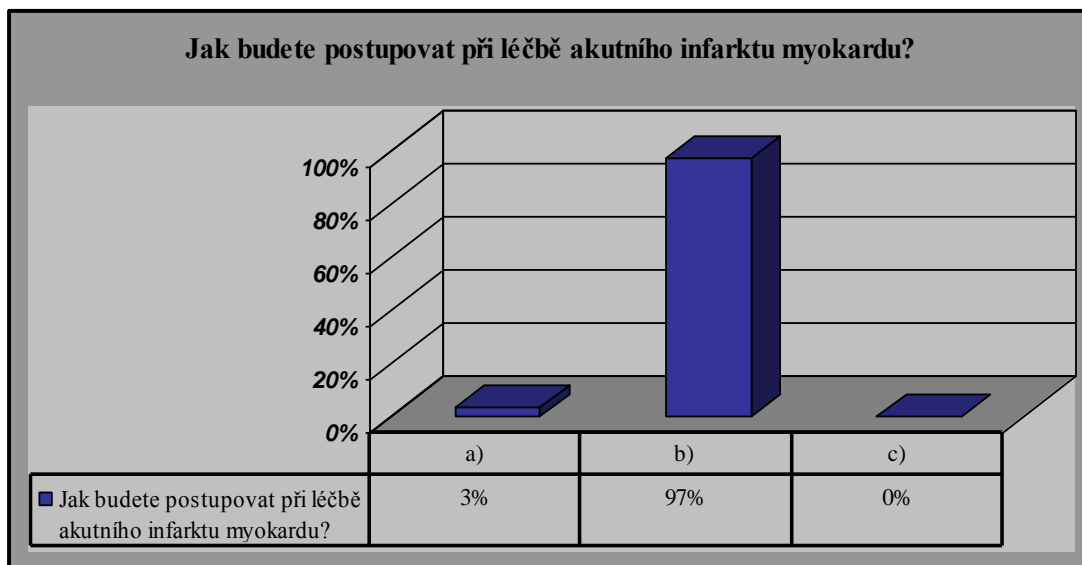
**Graf 15 Jaké vyšetření v přednemocniční péči využijete při podezření na infarkt myokardu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jaké vyšetření v přednemocniční péči využijete při podezření na infarkt myokardu, odpovědělo ze 65 (100%) dotázaných takto: 0 (0%) dotázaných RTG S+P, 0 (0%) dotázaných echokardiografie, 63 (97%) dotázaných dvanácti svodové EKG. 2 (3%) dotázaní jiné, přímo vyšetření srdečních enzymů - troponinu.

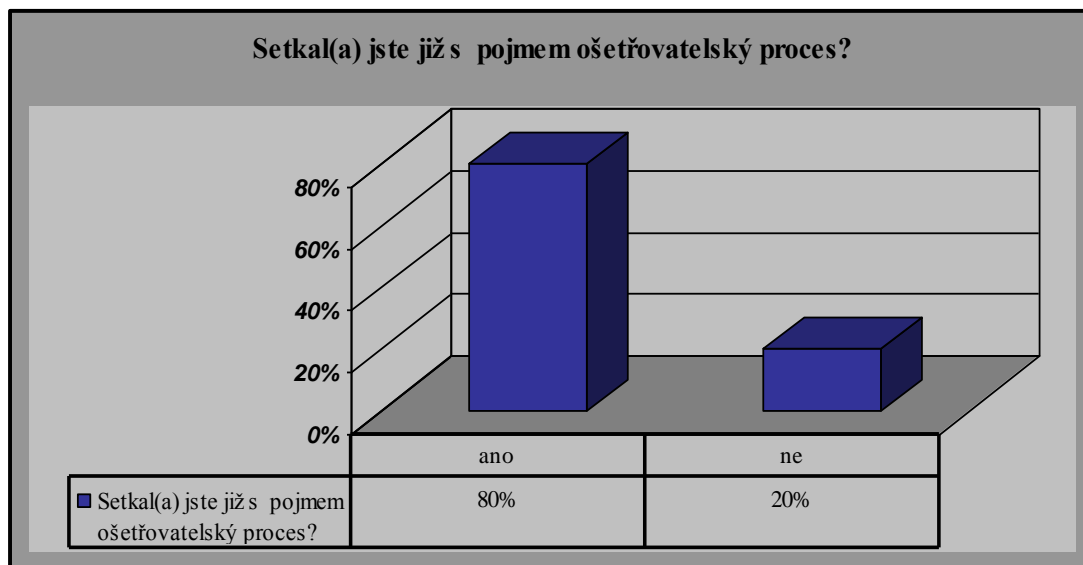
**Graf 16 Jak budete postupovat při léčbě akutního infarktu myokardu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 65 (100%) dotázaných odpovědělo na otázku, jak budete postupovat při léčbě akutního infarktu myokardu, takto 2 (3%) dotázaní odpověděli a) požádáme pacienta aby rychle přešel do záchranářského vozu, kde následně zjistíme fyziologické funkce, podáme inhalačně kyslík, zajistíme žilní vstup, natočíme končetinové EKG, které pošleme ke konzultaci na specializované koronární pracoviště, a podáme léky dle konzultace s lékařem, 63 (97%) dotázaných odpovědělo b) pacientovi nařídíme tělesný klid, zjistíme fyziologické funkce, podáme inhalačně kyslík, zajistíme žilní vstup, natočíme dvanácti svodové EKG, které pošleme ke konzultaci na specializované koronární pracoviště, podle konzultace s lékařem podáme léky a na nosítkách pacienta transportujeme do záchranářského vozu a na odpověď c) nikdo neodpověděl.

**Graf 17 Setkal (a) jste již s pojmem ošetřovatelský proces?**

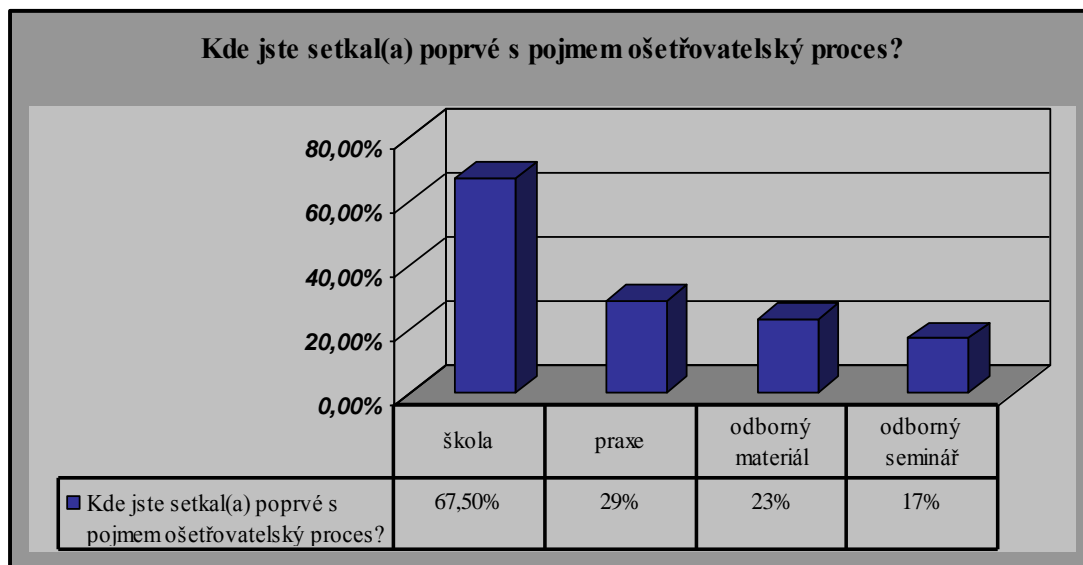


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku setkal (a) jste již s pojmem ošetřovatelský proces odpovědělo 52 (80%) dotázaných, že ano, 13 (20%) dotázaných odpovědělo, že ne – až v tomto dotazníku.



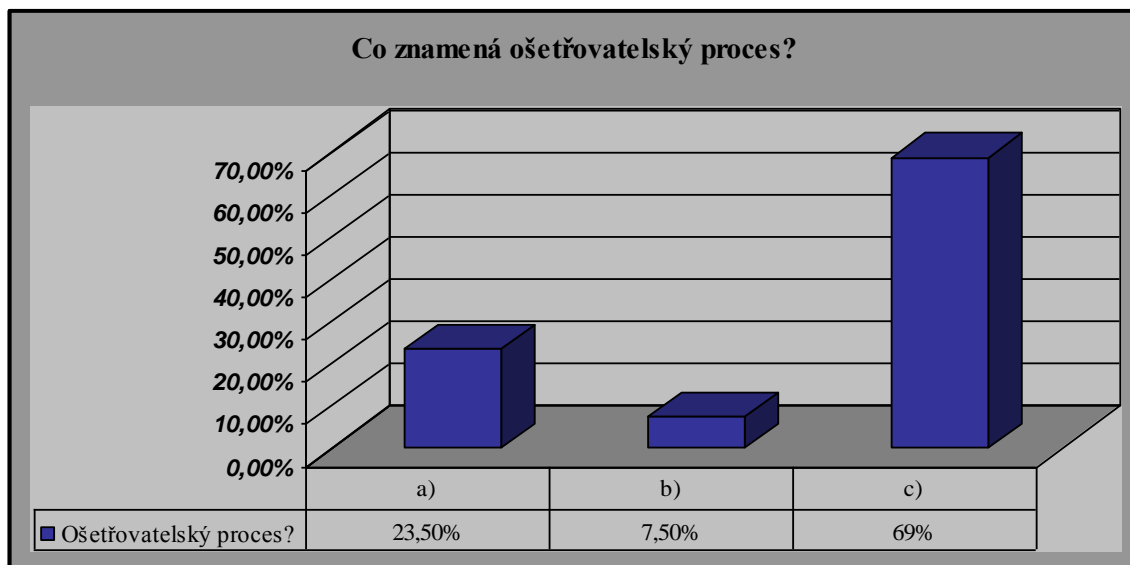
**Graf 18 Kde jste setkal (a) poprvé s pojmem ošetrovatelský proces?**



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce, kde jste se poprvé setkal (a) s pojmem ošetrovatelský proces, uvedlo 44 (67,5%) dotázaných ve škole, 19 (29%) dotázaných v praxi. 15 (23%) dotázaných v odborném materiálu, 11 (17%) dotázaných v odborném semináři.

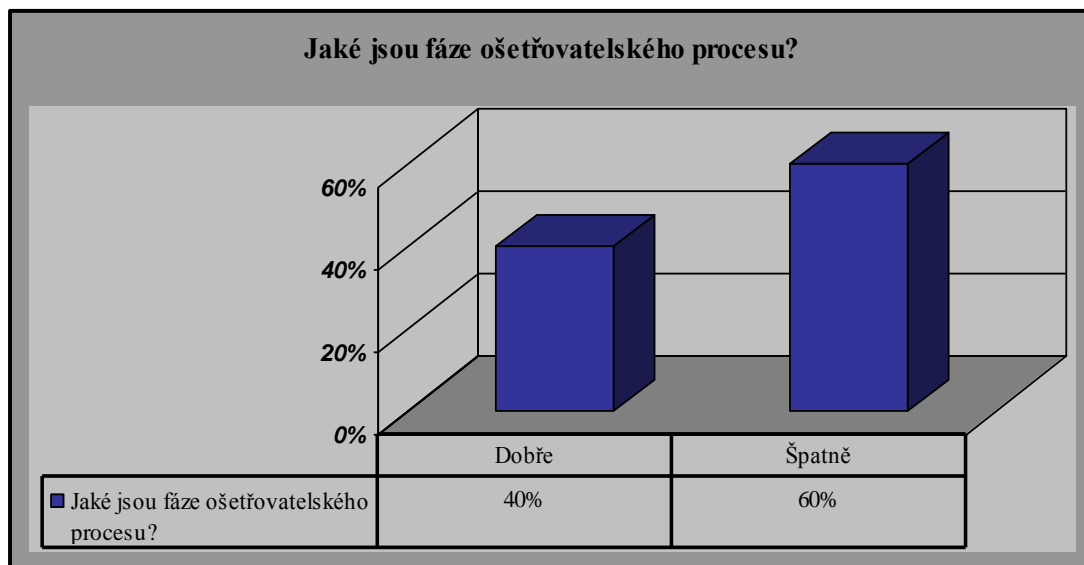
**Graf 19 Co znamená ošetrovatelský proces?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 65 (100%) dotázaných odpovědělo na otázku, co je ošetrovatelský proces, takto: 15 (24%) dotázaných odpovědělo a) je zjišťování informací o nemocném a na jejich základě vytváření lékařské diagnózy, od které se odvíjí následná léčba pacienta, 5 (8%) dotázaných odpovědělo b) jsou různé ošetrovatelské činnosti, nikterak na sobě závislé, které se provádějí ve prospěch nemocného, bez jeho aktivní spolupráce při ošetrovatelské péči, 45 (68%) dotázaných odpovědělo c) je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individuální péči.

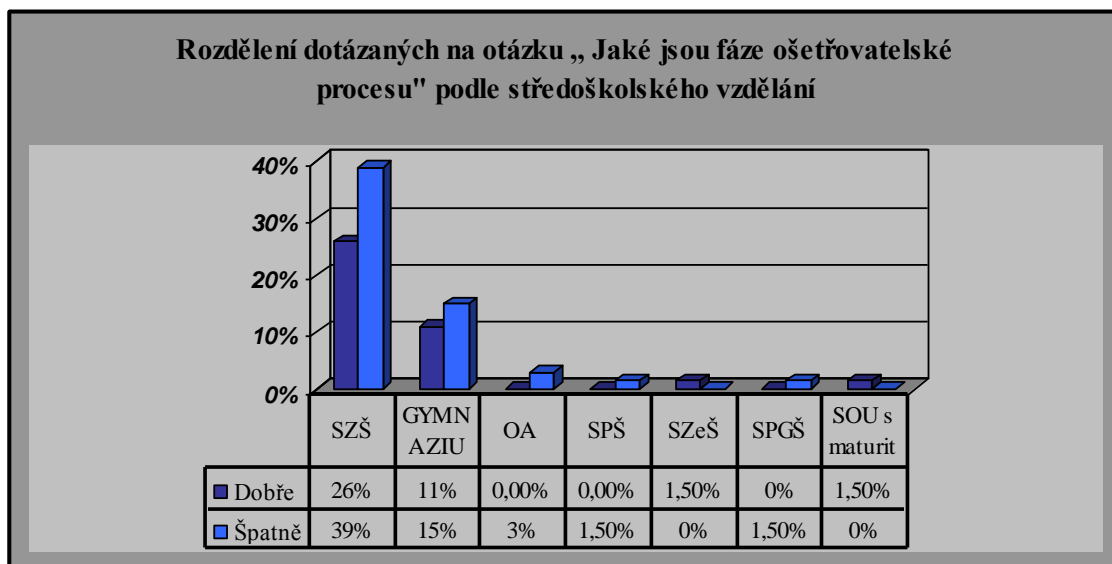
**Graf 20 Jaké jsou fáze ošetrovatelského procesu?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 65 (100%) dotázaných znalo fáze ošetrovatelského procesu 26 (40%) dotázaných a 39 (60%) dotázaných odpovědělo špatně.

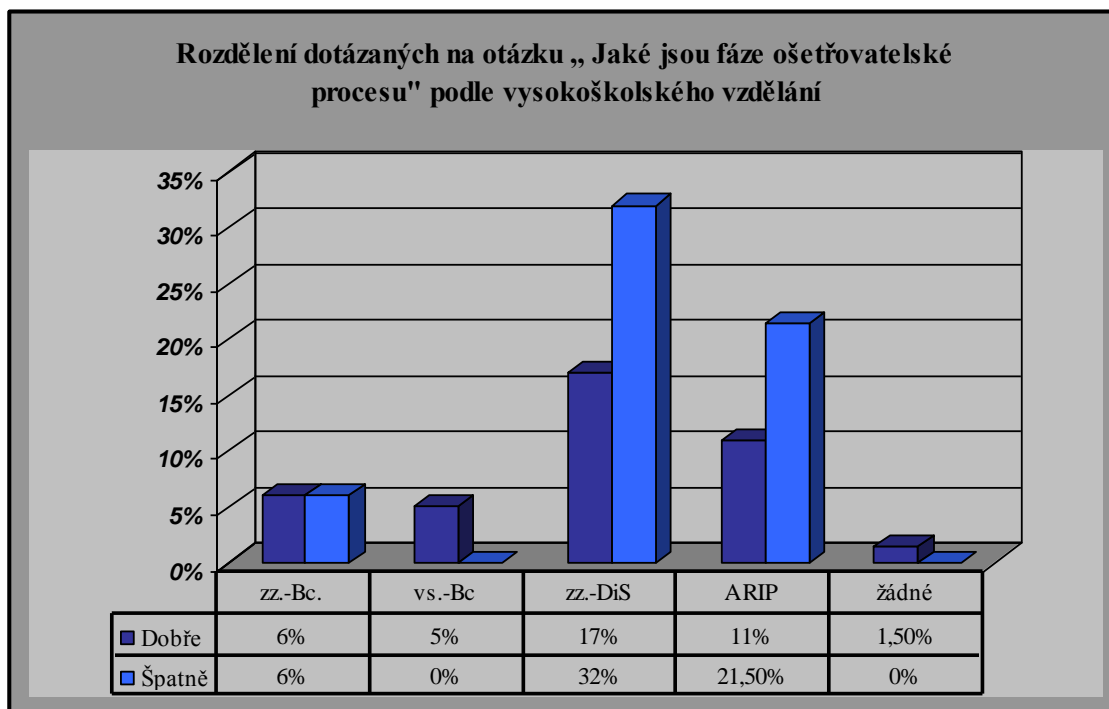
**Graf 21 Rozdělení dotázaných na otázku „Jaké jsou fáze ošetrovatelské procesu“ podle středoškolského vzdělání**



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 65 (100%) dobře odpovědělo 17 (26%) dotázaných, kteří absolvovali střední zdravotnickou školu, 7 (11%) dotázaných, kteří absolvovali gymnázium. 1 (1,5%) dotázaný, který absolvoval střední zemědělskou školu a 1 (1,5%) dotázaný absolvoval střední odborné učiliště s maturitou, špatně odpovědělo 25 (39%) dotázaných, kteří absolvovali střední zdravotnickou školu. 10 (15%) dotázaných, kteří absolvovali gymnázium. 2 (3%) dotázaní, kteří absolvovali obchodní akademii, 1 (1,5%) dotázaný, který absolvoval střední pedagogickou školu a 1 (1,5%) dotázaný, který absolvoval střední průmyslovou školu.

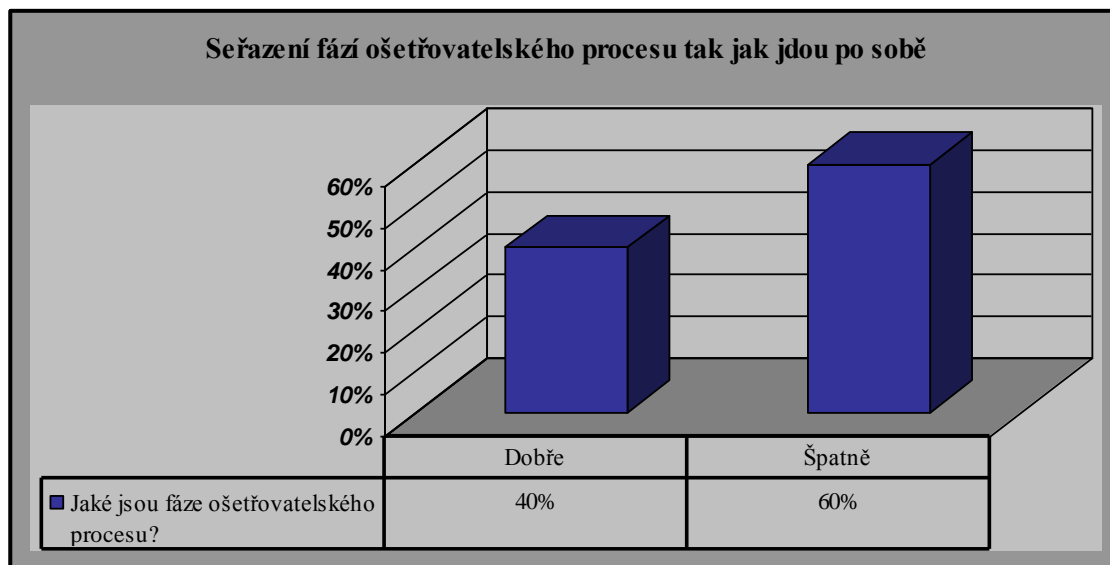
**Graf 22 Rozdělení dotázaných na otázku „Jaké jsou fáze ošetrovatelské procesu“ podle vysokoškolského vzdělání**



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 65 (100%) dotázaných dobře odpověděli 4 (6%) dotázaní, kteří absolvovali vysokou školu obor bakalářský Zdravotnický záchranář, 3 (5%) dotázaní, kteří absolvovali vysokou školu bakalářský obor Všeobecná sestra, 11 (17%) dotázaných, kteří absolvovali vyšší odbornou zdravotnickou školu, obor Diplomovaný záchranář, 7 (11%) dotázaných, kteří absolvovali specializační studium ARIP, 1 (1,5%) dotázaný, který neabsolvoval žádné vysokoškolské studium. Špatně odpověděli 4 (6%) dotázaní, kteří absolvovali vysokou školu bakalářský obor Zdravotnický záchranář, 0 (0%) dotázaných, kteří absolvovali vysokou školu bakalářský obor Všeobecná sestra, 21 (32%) dotázaných, kteří absolvovali vyšší odbornou zdravotnickou školu obor Diplomovaný záchranář, 14 (21,5%) dotázaných, kteří absolvovali specializační studium ARIP, 0 (0%) dotázaný, který neabsolvoval žádné vysokoškolské studium.

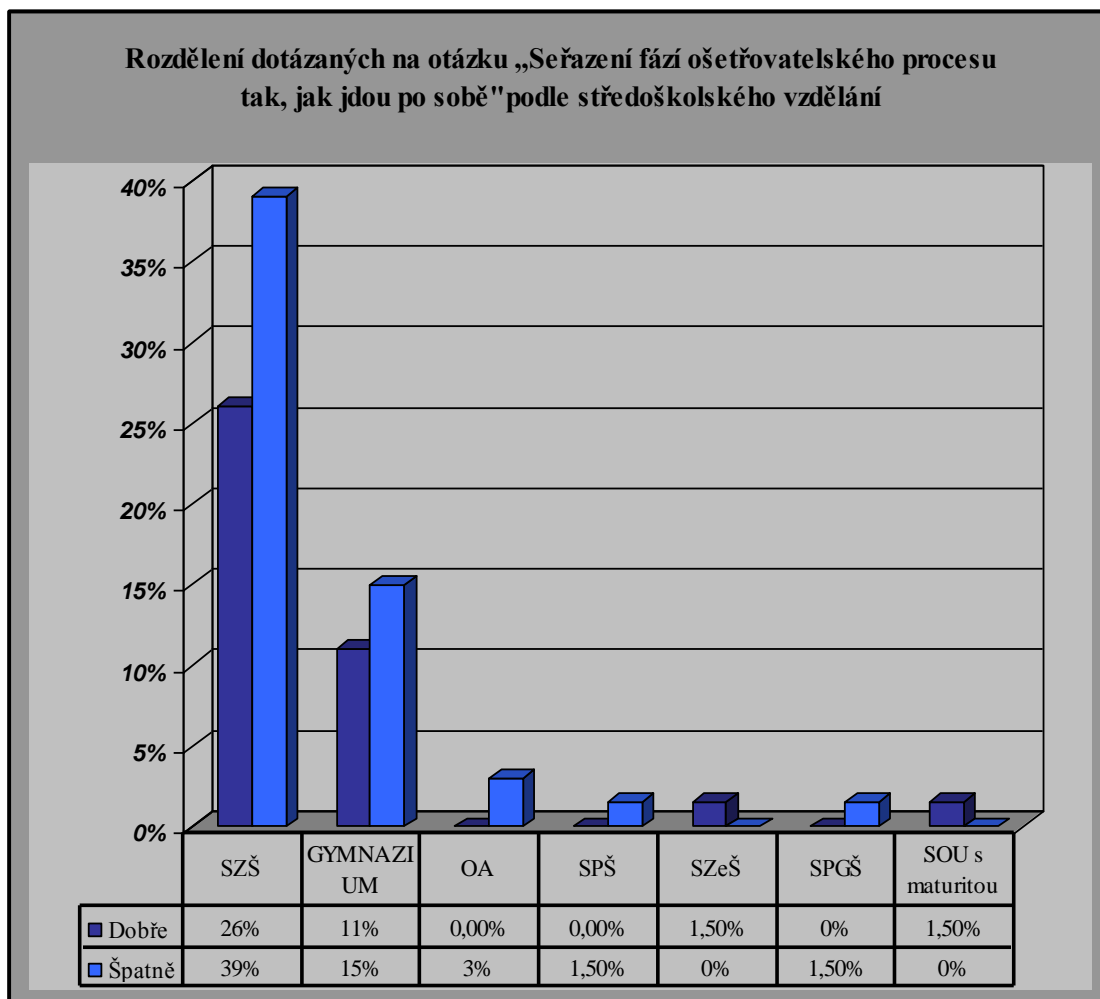
**Graf 23 Seřazení fází ošetrovatelského procesu tak jak jdou po sobě**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 65 (100%) dotázaných seřadilo správně fáze ošetrovatelského procesu 26 (40%) dotázaných a 39 (60%) dotázaných seřadilo špatně.

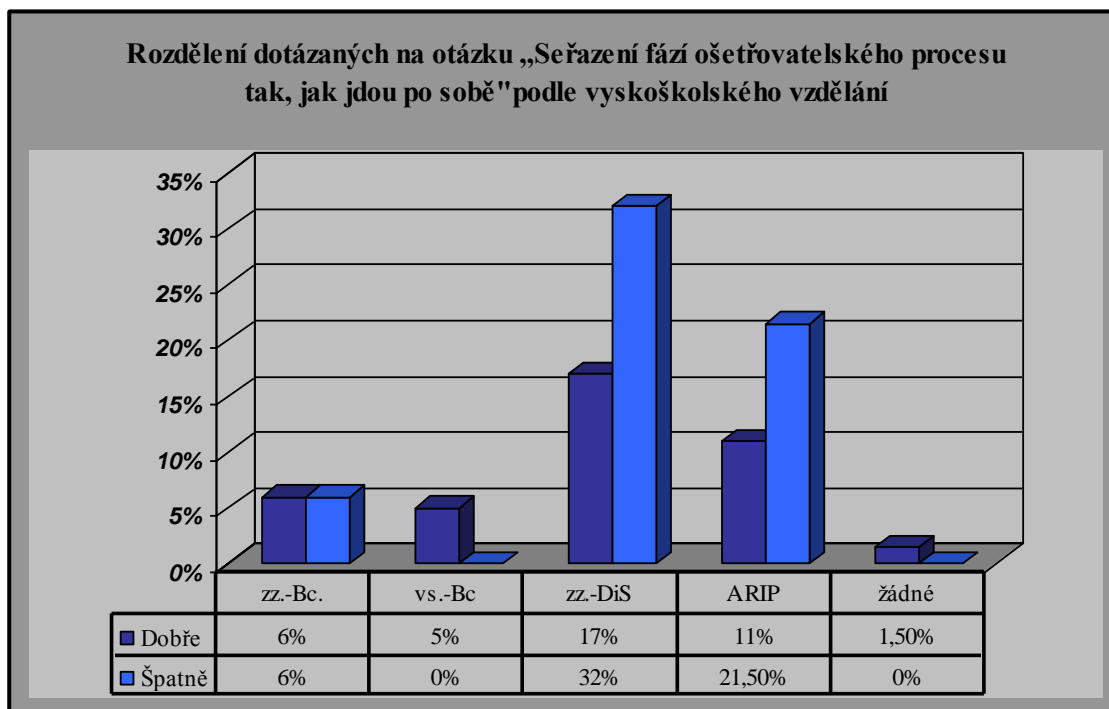
**Graf 24 Rozdělení dotázaných na otázku „Seřazení fází ošetřovatelského procesu tak, jak jdou po sobě“ podle středoškolského vzdělání**



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 65 (100%) dotázaných dobře odpovědělo 17 (26%) dotázaných, kteří absolvovali střední zdravotnickou školu, 7 (11%) dotázaných, kteří absolvovali gymnázium, 1 (1,5%) dotázaný, který absolvoval střední zemědělskou školu a 1 (1,5%) dotázaný absolvoval střední odborné učiliště s maturitou. Špatně odpovědělo 25 (39%) dotázaných, kteří absolvovali střední zdravotnickou školu, 10 (15%) dotázaných, kteří absolvovali gymnázium. 2 (3%) dotázaní, kteří absolvovali obchodní akademii, 1 (1,5%) dotázaný, který absolvoval střední pedagogickou školu a 1 (1,5%) dotázaný, který absolvoval střední průmyslovou školu.

**Graf 25 Rozdělení dotázaných na otázku „Seřazení fází ošetrovatelského procesu tak, jak jdou po sobě“ podle vysokoškolského vzdělání**

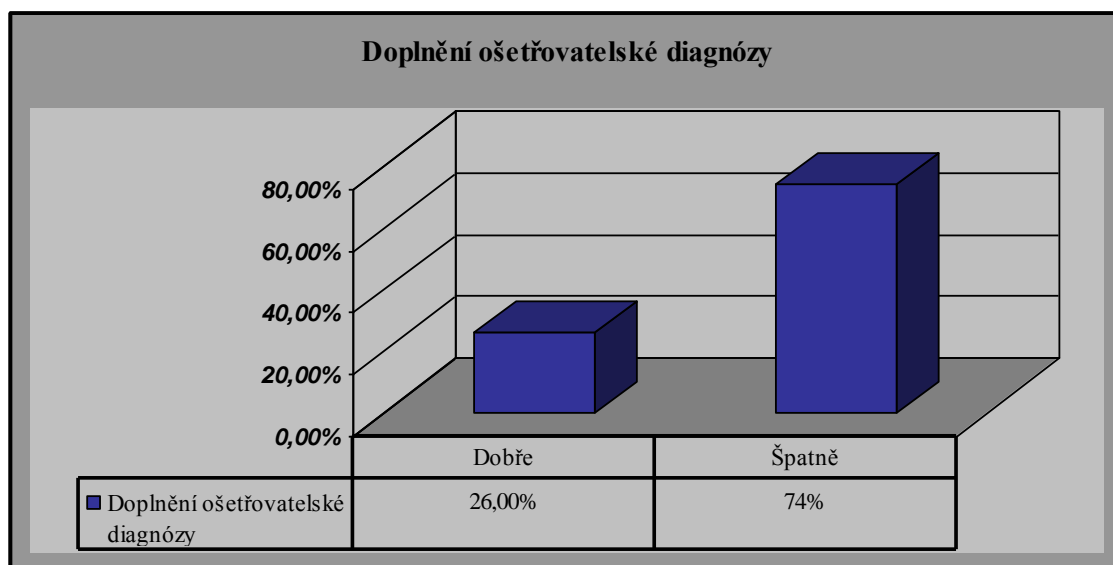


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 65 (100%) dotázaných dobře odpověděli 4 (6%) dotázaní, kteří absolvovali vysokou školu bakalářský obor Zdravotnický záchranář, 3 (5%) dotázaní, kteří absolvovali vysokou školu bakalářský obor Všeobecná sestra, 11 (17%) dotázaných, kteří absolvovali vyšší odbornou zdravotnickou školu obor Diplomovaný záchranář, 7 (11%) dotázaných, kteří absolvovali specializační studium ARIP. 1 (1,5%) dotázaný, který neabsolvoval žádné vysokoškolské studium. Špatně odpověděli 4 (6%) dotázaní, kteří absolvovali vysokou školu bakalářský obor Zdravotnický záchranář, 0 (0%) dotázaných, kteří absolvovali vysokou školu bakalářský obor Všeobecná sestra, 21 (32%) dotázaných, kteří absolvovali vyšší odbornou zdravotnickou školu obor Diplomovaný záchranář, 14 (21,5%) dotázaných, kteří absolvovali specializační studium ARIP, 0 (0%) dotázaný, který neabsolvoval žádné vysokoškolské studium.



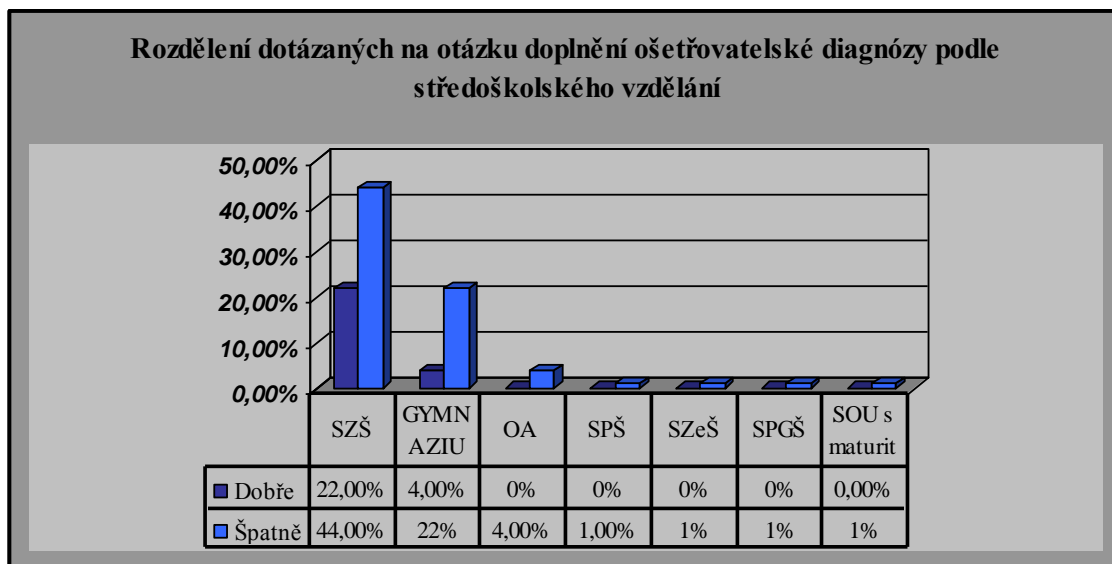
**Graf 26 Doplnění ošetrovatelské diagnózy**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 65 (100%) dotázaných správně doplnilo diagnózy 17 (26%) dotázaných a špatně doplnilo 48 (74%) dotázaných.

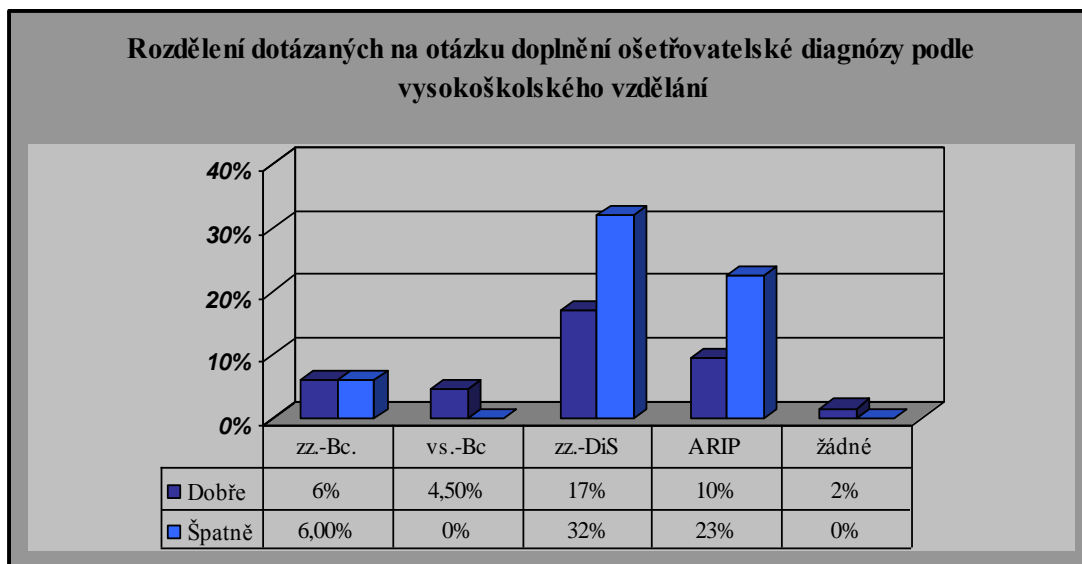
**Graf 27 Rozdělení dotázaných na otázku doplnění ošetrovatelské diagnózy podle středoškolského vzdělání**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 65 (100%) dotázaných správně doplnilo diagnózy 14 (22%) dotázaných, kteří absolvovali střední zdravotnickou školu a 3 (4%) dotázaní, který absolvovali gymnázium. Špatně vyplnilo 29 (44%) dotázaných s absolvovanou střední zdravotnickou školu, 14 (22%) dotázaných, kteří absolvovali gymnázium, 2 (4%), kteří absolvoval obchodní akademii, 1 (1%) dotázaný, který absolvoval střední průmyslovou školu, 1 (1%) dotázaný, který absolvoval střední zemědělskou školu, 1 (1%) dotázaný, který absolvoval střední pedagogickou školu a 1 (1%) s absolvovaným středním učilištěm s maturitou.

**Graf 28 Rozdělení dotázaných na otázku doplnění ošetrovatelské diagnózy podle vysokoškolského vzdělání**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 65 (100%) dotázaných správně doplnili diagnózy 4 (6%) dotázaní, kteří absolvovali vysokou školu bakalářský obor Zdravotnický záchranář, 3 (4,5%) dotázaný, který absolvoval vysokou školu bakalářský obor Všeobecná sestra, 11 (17%) dotázaných, kteří absolvovali Vyšší odbornou zdravotnickou školu, obor Diplomovaný záchranář, 6 (10%) dotázaných, kteří absolvovali specializační studium ARIP, 1 (2%) dotázaných, který neabsolvoval žádné vysokoškolské studium.

Špatně vyplnili 4 (6%) dotázaní, který absolvoval vysokou školu bakalářský obor Zdravotnický záchranář, 21 (32%) dotázaných, kteří absolvovali vyšší odbornou zdravotnickou školu obor Diplomovaný záchranář, 15 (23%) dotázaných, kteří absolvovali specializační studium ARIP, 0 (0%) dotázaných, který neabsolvoval žádné vysokoškolské studium.

## 5. Diskuze

V naší bakalářské práci Akutní ischemická choroba srdeční – optimalizace ošetrovatelského procesu v přednemocniční neodkladné péči je výzkum převážně zaměřený na ošetrovatelský proces. I přes to, že v názvu je obsažena akutní ischemická choroba srdeční, rozhodli jsme se věnovat plnou pozornost ošetrovatelskému procesu. Spojení zdravotnických záchranářů a ošetrovatelského procesu je nanejvýš zajímavé a proto akutní ischemickou formu zkoumáme jen okrajově a plnou pozornost věnujeme výzkumu ošetrovatelského procesu. Snažili jsme se prozkoumat znalosti zdravotnických záchranářů a zmapovat, jestli dokážou prakticky realizovat ošetrovatelský proces. Z těchto cílů jsme si stanovili dvě hypotézy. První hypotéza zní, zdali zdravotničtí záchranáři mají dostatečné znalosti týkající se realizace ošetrovatelského procesu a druhá, je-li ošetrovatelský proces nedílnou součástí přednemocniční péče.

Výzkum probíhal dotazníkovou metodou, kde respondenti odpovídali na jednotlivé otázky, které měly potvrdit nebo vyvrátit stanovené cíle a hypotézy. Dotazník obsahoval celkem patnáct otázek. Prvních pět otázek bylo zaměřeno na identifikaci respondentů. Poté následovaly čtyři otázky zjišťující znalosti ohledně akutní ischemické choroby srdeční. A posledních šest otázek mapovalo znalosti záchranářů o ošetrovatelském procesu.

Z analýzy dat, získaných dotazníkovým šetřením jsme objevili, že nadpoloviční většina respondentů jsou ženy v průměrném věku třicet let, kdy převážná většina absolvovala střední zdravotnickou školu a následně vyšší odbornou školu obor Diplomovaný zdravotnický záchranář nebo specializaci ve zdravotnictví ARIP.

Další část výzkumného dotazníku se týkala znalostí akutní ischemické choroby srdeční. Čtyři výzkumné otázky zjišťují znalosti definice, příznaků, diagnostiky a léčby v přednemocniční péči zdravotnickým záchranářem. První otázka zjišťovala, zdali respondenti znají pojem akutní ischemická choroba srdeční a dokážou určit onemocnění, která do této skupiny zapadají (graf 6). Malá skupina respondentů - 3% mylně označila náhlou srdeční smrt, u které se domnívali, že nepatří do akutního

ischemické choroby srdeční. A 85% správně dokázalo určit stabilní angínu pectoris jako onemocnění nezapadající do akutního koronárního syndromu.

Otázka číslo sedm zkoumala, jakou důležitost přisuzují záchranáři jednotlivým příznakům při podezření na akutní infarkt myokardu. Převážná většina respondentů 75% (graf 9) při podezření na infarkt myokardu přisoudila stenokardii velkou důležitost. A 12% středně velkou. Bolest na hrudi je klíčovým příznakem, jak to popisuje Pavel Klener ve své knize Vnitřní lékařství - kardiovaskulární onemocnění s. 121. Z Výsledku vyplynulo, že záchranáři dávají největší význam bolesti na hrudi při podezření na infarkt myokardu. Z analyzovaných dat je patrné, že zdravotníci záchranáři znají akutní ischemickou chorobu srdeční.

V poslední části výzkumu se věnujeme ošetrovatelskému procesu. U první otázky na toto téma jsme zjišťovali, jestli se respondenti setkali s pojmem ošetrovatelský proces. Překvapivým zjištěním byla odpověď 20% jedinců, kteří odpověděli ne, až v tomto dotazníku (graf 17). Domnívám se, že tento výsledek má na svědomí fakt, že 25,5% dotázaných má absolvované gymnázium jako střední školu plus dalších 6%, kteří absolvovali jinou střední školu než zdravotnickou (graf 4).

Po zjištění, že převážná část záchranářů se setkala s pojmem ošetrovatelský proces, bylo naším dalším cílem prozkoumat znalost definice ošetrovatelského procesu. Na otázku, co je to ošetrovatelský proces, převážná většina záchranářů 69% (graf 19) dokázala správně definovat ošetrovatelský proces jako sérii vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně s jeho spoluprací při individuální péči. Tak to popisuje Marta Staňková ve své knize České ošetrovatelství 3 - jak zavést ošetrovatelský proces s. 7.

Po zjištění, že skoro dvě třetiny záchranářů dobře definovali proces, byl další výzkum zaměřen na jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu a jejich následné uspořádání (jak postupují po sobě). Na otázku, jaké jsou fáze ošetrovatelského procesu, dobře odpovědělo jen 40% dotázaných (graf 20). Zbytek 60% dotázaných zaměňoval ošetrovatelskou diagnózu za lékařskou a jiné další postupy spojené s medicínou. Překvapivé zjištění pro nás bylo, že z 39 respondentů, kteří odpověděli špatně, bylo 25 jedinců, kteří absolvovali střední zdravotnickou školu (graf 21).

U této skupiny jsme předpokládali vyšší procento úspěšnosti. Stejná neúspěšnost byla i u úkolu na seřazení fází procesu po sobě jdoucích (grafy 23, 24). 40% respondentů dokázalo seřadit správně ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelskou diagnózu, plánování, realizaci a vyhodnocení jako fáze ošetřovatelského procesu, tak jak je udává Valerie Tóthová ve své knize Ošetřovatelský proces a jeho realizace s. 38.

Posledním úkolem jsme se snažili zmapovat, jestli zdravotničtí záchranáři dovedou prakticky realizovat ošetřovatelský proces. Měli za úkol doplnit do zčásti vyplněné tabulky ošetřovatelské diagnózy, cíle, výsledná kritéria, intervence a hodnocení. Tento úkol se zdařil pouze jedné čtvrtině záchranářů 26% (graf 26), zbytek dotázaných nedokázal v tomto úkolu uspět. Nejčastější chybou, kterou se dopouštěli záchranáři, bylo stanovení ošetřovatelské diagnózy. Především vypisování lékařské diagnózy, které nikterak nesouvisí s ošetřovatelskou diagnózou, jak udává ve své knize Valerie Tóthová: Ošetřovatelský proces a jeho realizace s. 66. Při pokusech vytvořit ošetřovatelskou diagnózu nesprávně použili aktuální nebo potencionální diagnózu, nedokázali správně uplatnit metodu „PES“. Z diagnóz, které měly být tří složkové, vytvořili dvousložkové a naopak. Nesprávně spojovali problém s etiologií a se symptomy, nepoužívali výrazy, jako vzhledem na..., ve vztahu... nebo ve spojitosti..., jak udává opět ve své knize Valerie Tóthová: Ošetřovatelský proces a jeho realizace s. 88.

Z celého šetření jsme zjistili, že jediný kdo neměl problém s ošetřovatelským procesem, byli zdravotničtí záchranáři, kteří absolvovali vysokou školu bakalářský obor Všeobecná sestra (grafy 22, 25, 28)

## 6. Závěr

Cílem naší bakalářské práce bylo zjistit znalosti zdravotnických záchranářů o ošetrovatelském procesu. Dále zjistit praktickou realizaci ošetrovatelského procesu u zdravotnických záchranářů. K těmto cílům byly vytvořeny dvě hypotézy. Hypotéza 1: Zdravotnický záchranář má dostatečné znalosti týkající se realizace ošetrovatelského procesu a Hypotéza 2: Ošetrovatelský proces je nedílnou součástí přednemocniční péče.

Hypotéza 1 Zdravotnický záchranář má dostatečné znalosti týkající se realizace ošetrovatelského procesu se nepotvrdila. Výzkum dokázal, že nadpoloviční většina nezná ošetrovatelský proces a nemá potřebné teoretické a praktické znalosti k jeho zvládnutí. Myslím si, že hlavní roli zde sehrálo dosažené nejvyšší vzdělání. Převážná část záchranářů, kteří absolvovali vyšší odbornou školu zdravotnickou, obor Zdravotnický záchranář a specializační studium ARIP, měli největší problémy definovat ošetrovatelský proces a vytváření ošetrovatelských diagnóz. Zato záchranáři, kteří absolvovali vysokou školu obor Všeobecná sestra měli 100% úspěšnost. Ti byli jen tři z celkového počtu 65. Z toho lze usoudit, že na oborech věnujících se ošetrovatelství je kladen větší důraz na znalosti ošetrovatelského procesu než na oboru zdravotnický záchranář.

Hypotéza 2 Ošetrovatelský proces je nedílnou součástí přednemocniční péče se také nepotvrdila. Protože zdravotničtí záchranáři nemají dostatečné znalosti týkající se ošetrovatelského procesu jak po stránce teoretické, tak i po stránce praktické. V takovém případě není možné aplikovat ošetrovatelský proces v přednemocniční péči. Dle mých zkušeností a praxe na záchranné službě se domnívám, že na ošetrovatelský proces v přednemocniční a neodkladné péči není místo a ani čas. Takovouto úlohu přebírají zdravotnická zařízení, kde je pro ošetrovatelský proces více prostoru.

Myslím si, že by má bakalářská práce mohla pomoci studentům se zdravotně sociálním zaměřením, všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům k většímu porozumění a ucelení znalostí ošetrovatelského procesu, jak po stránce teoretické, tak i praktické. Seznámením a vštípením si zásad ošetrovatelského procesu, v sestavování

krátkodobých a dlouhodobých ošetrovatelských plánů, i porozumění sestavování ošetrovatelských diagnóz



## 7. Použitá literatura

1. BALL, M. CH., *Akutní medicína do kapsy*. Praha, Grada, 2004. ISBN 80-247-0928-7. 196 s.
2. BYDŽOVSKÝ, J., *Akutní stavy v kontextu*. Praha, Trion, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6. 450 s.
3. DÍTĚ, P. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha, Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-496-6. 586 s.
4. DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha, Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-024208. 565 s.
5. DRÁBKOVÁ, J. *Akutní stavy v první linii*. Praha, Grada, 1997. ISBN 80-7169-238-7. 330 s.
6. DOBIÁŠ, V. a kol. *Urgentná prednemocničná medicína*. 1. vyd. Martin, Osveta, 2007. ISBN 80-8063-255-7. 381 s.
7. HAMPTON, J. R. *Ekg stručně, jasně, přehledně*. 2. vyd. Praha, Grada, 2005. ISBN 80-247-0960-0. 152 s.
8. HRADEC, J., BÝMA, S., *Ischemická choroba srdeční*. Praha, CDP-PL, 2007. ISBN 80-86998-14-2. 14 s.
9. CHEITLIN, M. D., McILROY, M. B., SOKOLOW, M. *Klinická kardiologie*. Praha, H+H, 848 s. ISBN 80-7319-005-2. 848 s.
10. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha, Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9. 488 s.
11. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství díl I. Kardiovaskulární onemocnění*. Praha, Karolinum, 1997. ISBN 382-126-97. 205 s.
12. KOLÁŘ, J. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha, Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-604-5. 480 s.
13. KOZIEROVÁ, B., a kol. *Ošetrovatelstvo I*. Martin, Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0. 836 s.

14. KOZLOVÁ, L., *Jak psát diplomovou a bakalářskou práci* . 2. vyd. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta 2008. ISBN 978-80-7394-155-0. 55 s.
15. MAREČKOVÁ, J. *Internacionální diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava, Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-109-9. 80 s.
16. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D., *NANDA domény v posouzení a diagnostické fáze ošetrovatelského procesu*. 2. vyd., Ostrava, 2005. Repronis. ISBN 80-7368-058-0. 86 s.
17. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha, Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3. 264. s.
18. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl- Systémové přístupy*. Praha, Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0429-9. 187 s.
19. NANDA INTERNATIONAL. *Nursing Diagnoses, Wiley-Blackwell*. 2008. ISBN: 978-1-4051-8718-3. 464 s.
20. NAVRÁTIL, L., KOLEKTIV AUTORŮ. *Vnitřní lékařství pro nelékařské obory*. Praha. Grada. 2008. ISBN. 978-80-247-2319-8. 424 s.
21. POKORNÝ, J., et al. *Urgentní medicína*. Praha, Galén, 2004. ISBN 80-7262-259-5. 547 s.
22. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha, Grada, 2004. ISBN 80-247-1009-9. 164 s.
23. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3 - jak zavést ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno, NCO NZO, 2004, ISBN-10: 80-7013-282-5. 49 s.
24. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno, NCO NZO, 2004. ISBN-10: 80-7013-283-3. 66 s.
25. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha, Trion, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1

26. TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno, Mikadepress, 2005. ISBN 80-7013-324-4. 186 s.
  
27. ŠČEPĚŇCOVÁ, S., *Nanda taxonomie II. Sestra-Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Mladá fronta, a. s. 2009, roč. 9, č. 11, s. 20- 21, ISSN 1214-7664
  
28. VÖRÖSOVÁ, G. a kol. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminologie v ošetrovatel'stve*. Matin, Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-242. 112 s.
  
29. ZEMAN, K., *Poruchy srdečního rytmu v intenzivní péči*. Mikadapress s. r. o.. 1. vyd. Brno, 2005. ISBN 80-7013-222-1

## **8. Klíčová slova**

Akutní infarkt myokardu

Akutní ischemická choroba srdeční

Nestabilní angína pectoris

Ošetřovatelská diagnóza

Ošetřovatelský proces

## **9. Přílohy**

*Příloha číslo 1- Dotazník*

## *Příloha číslo 1- Dotazník*

Vážená paní, pane, studente,

tento dotazník je určen pro zdravotnické záchranáře.

Jmenuji se Radek Baloun a jsem studentem ZSF, JCU V ČB obor Zdravotnický záchranář. Touto cestou bych Vás chtěl požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí výzkumu mé bakalářské práce na téma „Akutní ischemická choroba srdeční – optimalizace ošetřovatelského procesu v přednemocniční a neodkladné péči“

Vyplňte prosím základní identifikační údaje. U dalších konkrétních otázek jsou pak uvedeny pokyny k vyplnění.

Předem děkuji za ochotu a spolupráci.

1. Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk?

- a) 20-28
- b) 29-36
- c) 37-44
- d) 45-55
- e) 55 a více

3. Jak dlouho pracujete u zdravotnické záchranné služby?

- a) 0-6měsíců
- b) 7-11 měsíců
- c) 1-2 roky
- d) 3-5 let
- e) 6-10 let
- f) 11-15 let
- g) 16-20 let
- h) 21 let a více

4. Jakou jste absolvoval(a) střední školu?

- a) střední zdravotnická škola
- b) gymnázium
- c) jinou, napište

jakou.....

5. Jaké máte další vzdělání?

- a) vysoká škola, zdravotnický záchranář Bc.
- b) vyšší odborná škola, zdravotnický záchranář Dis.
- c) žádné
- d) jinou,

napište.....

6. Do akutního koronárního syndromu nepatří?

*(jedna možná správná odpověď)*

- a) náhlá koronární smrt
- b) akutní infarkt myokardu
- c) stabilní angína pectoris
- d) nestabilní angína pectoris

7. Jakou důležitost dáváte těmto příznakům při podezření na akutní infarkt myokardu?

*od 1.(malé) do 5. (velké) ohodnoťte*

- |  |           |
|--|-----------|
| a) nauzea  | 1-2-3-4-5 |
| b) dyspnoe   | 1-2-3-4-5 |
| c) intenzivní bolest v prekordiu<br>s iradiací do levé horní končetiny | 1-2-3-4-5 |
| d) strach ze smrti   | 1-2-3-4-5 |
| e) neustupující bolest po podání nitrátů                               | 1-2-3-4-5 |
| f) poruchy vědomí  | 1-2-3-4-5 |
| g) zmatenost   | 1-2-3-4-5 |
| h) opocení, bolesti břicha   | 1-2-3-4-5 |

8. Jaké vyšetření v přednemocniční péči využijete při podezření na akutní infarkt myokardu?

*(pouze jedna možná správná odpověď)*

- a) RTG S+P
- b) echokardiografii
- c) dvanácti svodové EKG
- d) jiné, napište

9. Jak budete postupovat při léčbě akutního infarktu myokardu?

*(pouze jedna možná správná odpověď)*

a) požádáme pacienta, aby rychle přešel do záchranářského vozu, kde následně zjistíme fyziologické funkce, podáme inhalačně kyslík, zajistíme žilní vstup, natočíme končetinové EKG, které pošleme ke konzultaci na specializované koronární pracoviště a podáme léky dle konzultace s lékařem

b) pacientovi nařídíme tělesný klid, zjistíme fyziologické funkce, podáme inhalačně kyslík, zajistíme žilní vstup, natočíme dvanáctisvodové EKG, které pošleme ke konzultaci na specializované koronární pracoviště, podle konzultace s lékařem podáme léky a na nosítkách pacienta transportujeme do záchranářského vozu s následným transportem na specializované koronární pracoviště.

c) pacientovi nařídíme tělesný klid, zjistíme fyziologické funkce, podáme inhalačně kyslík, zajistíme žilní vstup, natočíme dvanáctisvodové EKG, které konzultujeme po telefonu s lékařem na dispečinku a podáme léky dle konzultace s lékařem

10. Setkal(a) jste již s pojmem ošetrovatelský proces?

- a) ano
- b) ne – až v tomto dotazníku

11. Kde jste se setkal poprvé s pojmem ošetrovatelský proces?

*(možno více odpovědí)*

- a) škola
- b) praxe
- c) odborný materiál
- d) odborný seminář
- e) jiné.

napište.....

12. Ošetrovatelský proces?

*(jedna správná odpověď)*

a) je zjišťování informací o nemocném a na jejich základě vytváření lékařské diagnózy, od které se odvíjí následná léčba pacienta,

b) jsou různé ošetrovatelské činnosti, nikterak na sobě závislé, které se provádějí ve prospěch nemocného, bez jeho aktivní spolupráce při ošetrovatelské péči,

c) je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individuální péči.

13. Jaké jsou fáze ošetrovatelského procesu?

*(možno více odpovědí)*

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| a) lékařská anamnéza                   | f) plánování lékařské péče       |
| b) lékařská diagnóza                   | g) výzkum                        |
| c) realizace plánovaných oše. činností | h) ošetrovatelská anamnéza       |
| d) plánování ošetrovatelské péče       | i) hodnocení účinnosti oše. péče |
| e) hodnocení účinnosti lékařské péče   | j) ošetrovatelská diagnózy       |



14. Vámi označené odpovědi v otázce číslo 13. nyní seřadte podle toho, jak jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu jdou po sobě  
vypište:.....

.....  
.....  
.....  
.....

15. V následující tabulce doplňte prázdná políčka (šedé barvy) s chybějícími údaji tak, aby ošetrovatelská diagnóza byla správně

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl			Hodnocení
		Klient zná projevy infekce do 30 minut.	Pátrej po místních známkách infekce v místě i. v. kanyly!	U klienta nevznikla infekce po dobu hospitalizace.
		Klient dbá zvýšené opatrnosti v místě vpichu.	Denně očisťuj kontroluj místo zavedení i.v kanyly!	
		Klient má místo vpichu sterilně ošetřené do 5 minut	Sleduj délku zavedení i.v kanyly!	
Akutní bolest v souvislosti s frakturou projevující se slovní stížností, bolestivým výrazem v obličeji, neklidem, podrážděností, strachem, pláčem.	Klient nemá bolest.	Klient si nestěžuje na bolest.		
		Klient je klidný.		
		Klient nepláče.		
Úzkost v souvislosti se změnou zdravotního stavu projevující se pocitem strachu, nervozitou, bezradností			Zjistí co, klientovi přináší uklidnění do 3 dnů.	Cíl nesplněn, problém u klienta přetrvává.