

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Kateřina Martinková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SRDEČNÍM
SELHÁNÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pinkasová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 16.3.2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Dagmar Pinkasové za odborné vedení, poskytování materiálu, cenné rady, připomínky a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Ruslaně Svatošové a MUDr. Zdeňku Princovi za jejich čas věnovaný odborným konzultacím. Velké díky patří také mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali během studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Kateřina Martinková

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelská péče u pacienta se srdečním selháním

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pinkasová

Počet stran – číslované: 54

Počet stran – nečíslované: 17

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: srdce – psychika – edukace

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na biologické, psychologické a sociální prožívání pacienta po srdečním selháním. V teoretické části se zaměřuji na anatomii a fyziologii oběhové soustavy, srdeční selhání, diagnostiku, rizikové a preventivní faktory a zejména na psychiku kardiologického pacienta.

V praktické části jsem aplikovala výzkumné šetření, které jsem provedla kvalitativním způsobem. Výzkum jsem prováděla u dvou pacientů s podobnými obtížemi avšak s úplně odlišnými sociálními a rodinnými podmínkami, formou polostrukturovaného rozhovoru. Vypracovala jsem dvě kazuistiky, které mezi sebou hodnotím. Z pohledu sestry hodnotím, jak hodně nemoc ovlivnila život a jestli došlo u pacienta k nějaké změně. Bakalářskou práci uzavírá diskuze a zhodnocení výsledků.

Annotation

Surname and name: Kateřina Martinková

Department: Nursing

Title of thesis: Nursing care for patients with heart failure

Consultant: Mgr. Dagmar Pinkasová

Number of pages – numbered: 54

Number of pages – unnumbered: 17

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 20

Keywords: heart – psyche - education

Summary:

This bachelor thesis is focused on patient's biological, psychological and social experience after cardiac failure. The theoretical part is focused on the anatomy and physiology of the circulatory system, cardiac failure, diagnosis, risk and preventive factors and in particular on the psyche of a cardiologic patient.

I applied research survey in the practical part, which I performed by a qualitative way. The research was performed on two patients with similar problems but with completely different social and family conditions, in the form of semi-structured interview. I worked out two case studies that I evaluate to each other. From the perspective of a nurse I evaluated how much the disease has affected the patient's life, and whether the patient had any change. This thesis is concluded with a discussion and evaluation of results.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE	10
1.1 Rozdělení srdečních oddílů.....	10
1.2 Chlopně.....	10
1.3 Srdeční krevní oběh	11
1.3.1 Malý krevní oběh.....	11
1.3.2 Velký krevní oběh	11
1.4 Převodní systém srdeční	11
2 SRDEČNÍ SELHÁNÍ	12
2.1 Akutní srdeční selhání	12
2.1.1 Akutní levostranné srdeční selhání.....	12
2.1.2 Akutní pravostranné srdeční selhání.....	14
2.2 Chronické srdeční selhání	14
2.2.1 Chronické srdeční selhání levostranné	15
2.2.2 Chronické pravostranné srdeční selhání	15
3 DIAGNOSTIKA.....	19
3.1 Neinvazivní metody.....	19
3.2 Invazivní metody	20
4 PREVENCE A RIZIKOVÉ FAKTORY U PACIENTA SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM 22	
4.1 Režimová opatření	22
4.2 Pohybová aktivita	22
4.3 Dieta.....	23
5 PROBLEMATIKA NEMOCI U KARDIOLOGICKÉHO PACIENTA.....	24
5.1 Rizikové faktory	24
5.1.1 Vliv psychologických faktorů	25
5.1.2 Hostilita	26
5.1.3 Zlost.....	26
PRAKTICKÁ ČÁST	27
6 FORMULACE PROBLÉMU	28
7 CÍL VÝZKUMU	29
8 METODA	30
8.1 Výběr případu	30
8.2 Způsob získávání informací.....	30
8.3 Organizace výzkumu	30

9 KAZUISTIKA	31
9.1 Údaje o pacientovi	31
9.2 Anamnéza	31
9.3 Použití modelu do ošetrovatelské péče o klienta O.M.....	32
10 KAZUISTIKA 2	45
10.1 Údaje o pacientovi.....	45
10.2 Anamnéza.....	45
10.3 Použití modelu do ošetrovatelské péče o klienta P.P.	46
11 DISKUZE	57
ZÁVĚR.....	61
SEZNAM ZKRATEK	64
SEZNAM PŘÍLOH	66

ÚVOD

Srdce. Je všeobecně známo, že srdce jako takové není jen orgán. Srdcem milujeme a ze srdce nenávidíme. Srdcem píší hudbu slavní skladatelé ze srdce nám přátele přejí to nejlepší, jakýkoliv psychický stav se odráží na výkonnosti toho vznešeného orgánu, avšak přijde-li rána osudu, říká se, že právě srdce bolí člověka nejvíce. Už staří egyptané se domnívali, že právě zde sídlí naše duše.

Nemocné se srdečním selháním můžeme najít po celém světě a nezáleží na barvě pleti, kontinentu, ekonomicko-sociálním postavení nebo pohlaví. Toto onemocnění si nevybírá. Pacientů se srdečním selháním čím dál více přibývá a všichni se ptají proč? Ano, jsou mezi námi lidé, kteří nedodržují správný životní styl, nesportují, kouří a pijí velké množství alkoholu a přitom za celý svůj život nemají žádný zdravotní problém v srdeční oblasti, ale pak jsou i mezi námi lidé, kteří pravidelně sportují, dodržují zásady zdravého životního stylu mají ideální rodinu a zázemí a přitom jim tam nahoře tikají hodiny a jednoho dne se prostě rozbijí nebo zastaví. Ptáme se proč? Proč se tak stane? Proč se to děje i malým dětem, které jsou nevinné a ničím se neprovinili? Na tyto otázky zjevně odpověď nikdy nedostaneme, ale můžeme se pokusit tomu předejít.

Téma mé bakalářské práce je „ošetřovatelská péče u pacienta se srdečním selháním“ toto téma jsem si vybrala právě z důvodu jak náhlé a překvapující toho onemocnění může být. Ačkoli ve světě medii, je toto téma velmi často zpracovávané, ale lidé jakoby neslyšeli co se jim říká. Domnívám se, že kdyby byli lidé více informovaní o důležitosti prevence v kardiální oblasti a věděli jaké následky to pro ně a jejich rodinu může mít začali by si více vážit samy sebe.

TEORETICKÁ ČÁST

1 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE

Srdce je dutý svalový orgán, umístěný pod hrudní kostí v střední axilární čáře, levé oblasti mediastina. Pracuje v pravidelných rytmech, kdy každý srdeční stah vypuzuje krev do celého organismu. Má tvar nepravidelného kužele. Srdeční sval je tvořený z třech vrstev, které se nazývají endokard, myokard, epikard. Celý orgán je uložen v ochranném vaku zvaném perikard, ten chrání srdce před nárazy, otřesy. Myokard, srdeční sval, který má své vlastní zásobení krve dvěma hlavními koronárními tepnami (pravá a levá koronární tepna), ty odstupují jako první tepny z aorty a vyživují celý sval myokardu. Pravá koronární tepna vyživuje a zásobuje krví pravou síň, část levé síně, většinu pravé komory a spodní část levé komory. Levá koronární tepna se dělí na ramus intraventricularis anterior a ramus circumflexum, zásobuje krví levou síň, většinu levé komory a většinu mezikomorového septa. (1)

1.1 Rozdělení srdečních oddílů

Srdce neboli cor můžeme rozdělit různými způsoby, nejčastěji ho ale dělíme na pravé srdce, kam patří pravá síň a pravá komora (kde proudí odkysličená krev) a na levé srdce, zde patří levá síň a levá komora (v této části proudí krev okysličená). Levá část srdce je větší než pravá, z důvodu dostatečné síly na vypuzení okysličené krve do celého organismu. (1)

1.2 Chlopně

Mezi další důležité části srdce patří srdeční chlopně. Jsou to vlastně takové srdeční ventily, které zabraňují, zpětnému toku krve. Nemají žádnou inervaci ani jimi neprochází žádné cévy, pracují na podkladě tlaku. Jsou tvořeny z endokardu a horní vrstva je tvořena z endotelu. Máme dva typy srdečních chlopní, poloměsíčité a cípaté. Chlopně poloměsíčité se nazývají mitrální (valva trunci pulmonalis) a aortální (valva aortae), tyto chlopně se nachází vždy při vypuzení krve ze srdce. Druhým typem chlopní jsou chlopně cípaté a to trikuspidální (trojcípé, valva trikuspidális) a mitrální (dvojcípé, valva atrioventricularis). Nacházíme je mezi síněmi a komorami. Trikuspidální chlopeň mezi pravou síní a pravou komorou a atrioventrikulární mezi levou síní a levou komorou. (1)

1.3 Srdeční krevní oběh

Krevní oběh dělíme na dva typy, malý neboli plicní krevní oběh a velký jinak řečeno tělní krevní oběh. Oba mají svá specifika a je zapotřebí je dodržet. Mají pravidelný rytmus, můžeme je, třeba přirovnat k tanci valčíku. (1)

1.3.1 Malý krevní oběh

Malý krevní oběh jinak řečeno plicní oběh je okysličení odkysličené krve. Začíná v pravé komoře. Krev prostupuje skrz plicní chlopeň do plicnice až do plic. Tam dojde k okysličení a vrací se čtyřmi plicními žilami do levé síně. (1)

1.3.2 Velký krevní oběh

Velký krevní neboli tělní oběh je vypuzení okysličené krve z levé komory přes aortální chlopeň do aorty a dále pak do celého těla. Po-té co okysličená krev doputuje k všem orgánům, které ji potřebují, vrací se zpět žilami a slévá se jako řeka do hlavních, největších žil v těle, horní a dolní duté žile. Skrz ně přichází do pravé síně. V levé síni dochází opět k plnění krve ale okysličenou, ze čtyř plicních žil. K plnění krve do síní dochází v momentě diastoly komor. Dalším krokem je kontrakce síní, krev vypudí do komor přes trikuspidální a mitrální chlopně a dojde k naplnění příslušných komor. Jako poslední krok je vypuzení odkysličené krve z pravé komory skrz plicnici do plic s následným okysličením, s tímto dějem dochází zároveň ke kontrakci v levé komory, ve které je okysličená, krev z plicních žil a vypuzení okysličené krve do celého tělního oběhu. (1)

1.4 Převodní systém srdeční

Srdce na rozdíl od jiných orgánů musí pracovat 24hodin denně, 7dní v týdnu, je závislé na našem fyzické a psychickém stavu, svoji činnost přesně přizpůsobuje našemu organismu a jeho potřebám. Tuto funkci má na starosti převodní systém srdeční, který se skládá z hlavních pěti částí, které na sebe postupně navazují, vydávají různě velké impulzy (od nejsilnější po nejslabší) a na navzájem se ovlivňují. Jako primární srdeční pacemaker je sinoatriální (SA) uzel, který nalezneme ve stěně pravé předsíně mezi ústí vena cava superior a odstupem auricula dextra. Na SA uzel je napojen Atrioventrikulárního (AV) uzel, který je uložený v předsíňovém septu. Jako další v pořadí je Hissův svazek, který odstupuje z AV uzlu a prochází síňokomorovou přepážkou další jsou Tawarova raménka (pravé a levé) a jako poslední Purkyňova vlákna. (1)

2 SRDEČNÍ SELHÁNÍ

V naší populaci se stav po srdečním selháním objevuje čím dál častěji a neustále se zvyšuje. Jeho běžný výskyt je kolem 0,4-2 %, a s přibývajícím věkem stoupá. Srdeční selhání je stav, kdy srdce není schopno přečerpávat krev a selhává jako pumpa. Znamená to, že nestíhá přečerpávat dostatečné množství krve do oběhové soustavy. Rozsah a hloubku srdečního selhání určujeme dle subjektivní klasifikace dušnosti tabulkou NYHA, která se dělí do čtyř tříd, kdy stupeň NYHA I. je bez dušnosti při běžné zátěži a žádném omezení denních aktivit a stupeň NYHA IV. je těžké až úplné omezení denních aktivit s trvalou dušností. (7), (9)

Příloha 1: Funkční klasifikace srdečního selhání podle New York Heart Association (NYHA) 1994

Tabulka: Funkční klasifikace srdečního selhání podle New York Heart Association (NYHA) 1994		
NYHA	definice	činnost
Třída I	Bez omezení činnosti. Každodenní námaha nepůsobí pocit vyčerpání, palpitace nebo anginu pectoris.	Nemocní zvládnou práci, jako je shrabování sněhu, rekreační sporty, běh 8 km/h.
Třída II	Menší omezení tělesné činnosti. Každodenní námaha vyčerpává, způsobuje dušnost, palpitace nebo anginu pectoris.	Nemocní zvládnou práci na zahradě, sexuální život bez omezení, chůze 6 km/h.
Třída III	Značné omezení tělesné činnosti. Již nevelká námaha vede k vyčerpání, dušnosti, palpitacím nebo anginózním bolestem. V klidu bez obtíží.	Nemocní zvládnou základní domácí práce, obléknou se bez obtíží, chůze 4 km/h.
Třída IV	Obtíže při jakékoli tělesné činnosti invalidizují. Dušnost, palpitace nebo angina pectoris se objevují i v klidu.	Nemocní mají klidové obtíže a jsou neschopni samostatného života.

2.1 Akutní srdeční selhání

Akutní srdeční selhání je život ohrožující stav ať už mluvíme o levostranné srdeční selhání nebo pravostranné srdeční selhání. Jedná se o různé zdravotní stavy s klinickým obrazem, patofyziologií i prognózou. (6)

2.1.1 Akutní levostranné srdeční selhání

Akutní levostranné srdeční selhání vzniká u poměrně zdravého člověka, selhání vzniká náhle. Jedná se o akutní selhání levé strany srdce, dochází k prudkému poklesu srdeční činnosti a to jako pumpy, tím pádem není schopné přečerpávat krev do krevního

oběhu. Mezi nejčastější onemocněním řadíme akutní infarkt myokardu, významná mitrální a aortální srdeční vada, kardiomyopatie nebo myokarditida, hypertenzní krize. (6)

Mezi nejhlavnější příznaky patří dušnost, která je zpočátku záchvatovitá, přichází v noci jako *asthma cardiale*, neboli noční dušnost, až několik hodin po ulehnutí. Nemocný má tendenci vyhledat ortopnoickou polohu už před spaním si preventivně dává hodně polštářů pod hlavu, aby byl výše, má kašel a tachypnoe. Při vzniku akutního plicního edému má nemocný i těžkou klidovou dušnost a jako další hlavní příznak vykašlává růžově zpěněné sputum. Jako objektivní příznaky můžeme vidět tachypnoe, studenou opocenou akru a bledou kůži, velmi těžké stupni může mít nemocný až periferní cyanózu. Velmi často má tachykardii, objevují se u něj arytmie, může dojít i k velkému rozdílu v kolísání tlaku. Poslechové vyšetření odpovídá základnímu onemocnění a při poslechu plic nacházíme poslechovou záplavu chrupků a chropů, můžeme tam i slyšet prodloužen expirium. (6)

Léčba u pacientů s akutní levostranný srdečním selháním spočívá v posazení a snížení žilního návratu (v přednemocniční léčbě můžeme použít podvaz 3končetin například šátkem ale po maximální dobu 15minut, rotací pozvolna měníme podvázané končetiny. Snažíme se dbát o pacientovu psychickou pohodu a hlavně ho uklidňovat. Pokud nemá nemocný hypotenzi, můžeme mu pod jazyk podat nitroglycerin. Okamžitě voláme rychlou záchranou pomoc, která nemocného transportuje do nemocnice na jednotku intenzivní péče. Po přijetí na jednotku intenzivní péče, by měl být nemocný monitorován. Mezi nejzákladnější monitoraci patří hodnoty krevního tlaku, srdeční pulz, saturace kyslíkem, EKG, příjem a výdej tekutin a základní krevní odběry (krevní obraz, hemokoagulace, sedimentace, glykemie, biochemické vyšetření krve, enzymy, Troponin I nebo Troponin T, krevní plyny a jaterní testy). (6)

Snažme se, aby pacient po celou dobu kritického období zaujímal polohu v polosedě, zároveň je to pro pacienta i úlevová poloha. Dle ordinace lékaře podáme 100% kyslík 6-8l/min. pomocí kyslíkových brýlí nebo kyslíkovou maskou. Pokud se situace zhorší a u pacienta se objeví edém plic, lékař zvažuje umělou plicní ventilaci. Můžeme podat dolsin nebo morfin intravenózním vstupem, ovšem jen tehdy pokud u pacienta nenastane hypoventlace. Jako další důležitý lék podáme žilním vstupem diuretika (nejčastěji se podává furosemid 40-80 mg). Jestliže pacient nemá žádnou kontraindikaci, můžeme podat intravenózně nitráty. Lék digitális podáváme při fibrilaci síní s rychlou

odpovědi komor. Pokud se dostaví hypotenze, aplikujeme pacientovi léky zvaná inotropní léčiva, mezi nejčastěji používaná léky této skupiny patří dopamin nebo dobutamin. Jako další příznak se velmi často dostaví bronchospasmus, pokud je významný podáme teofylinové deriváty, nejběžnějším derivátem je syntofilin. Lékař by měl všechny příznak léčit, ale zároveň by měl řešit současné onemocnění, a co ho způsobilo. (6)

2.1.2 Akutní pravostranné srdeční selhání

Vzniká v okamžiku, kdy druhá/pravá polovina srdce není schopná dostatečně velké kontrakce vypudit určité množství krve do plic. Jako nejčastější příčinu bereme akutní plicní embolii, rozsáhlý pneumotorax nebo status astmaticus. (6)

Jako hlavní příznaky se objevují tachypnoe, dušnost, nemocný může mít pocit tlaku na hrudi a pleurální bolest, objevuje se kašel a centrální cyanóza. Celkový stav může vyústit až v kardiogenní šok a náhlou smrt. Mezi specifické příznaky řadíme zvýšenou náplň krčních žil, tachypnoe, tachykardii, akcentaci II. ozvy nad plicnicí a přítomnost IV. ozvy. (6)

Jako primární léčba masivní plicní embolie je preferovaná fibrinolýza, pokud není kontraindikována. Jako dalším krokem je podání heparinu v určité dávce, která prodlužuje PTT na 2-3násobek základní hodnoty, nebo můžeme nemocnému podat nízkomolekulární heparin v léčebné dávce. Po stabilizaci stavu, přecházíme na perorální léčbu neboli léčbu kumarinovými deriváty jako je například warfarin. Při přechodu mezi heparinovou léčbou a kumarinovou je rozdíl 3dnů a léky se navzájem překrývají. Léky podáváme pacientovi tak, aby po následném laboratorním vyšetření bylo INR v hodnotě 2-3. Léčba kumariny trvá přibližně 6měsíců. U většiny pacientů se ale může nastat vrácení embolie nebo rizikové faktory jsou tak vysoké, že léčba kumariny pokračuje až po zbytek života. U rizikových pacientů, kteří jsou například na antikoagulační léčbě, u nichž je zjištěný zdroj embolie z oblasti dolních končetin lze zavést kavální filtry, jedná se o „deštník“, který zabraňuje embolu docestovat až do plicních cév ale umožňuje normální proudění krve. Jako dalším způsobem léčby je, plicní embolektomie, která je používána při masivní plicní embolii a kontraindikací fibrinolytické terapie, tento výkon má ale vysokou úmrtnost (50-60 %). (6)

2.2 Chronické srdeční selhání

Chronické srdeční selhání se rozvíjí nejčastěji jako přidružené onemocnění u jiných chorob. Mezi další významné ukazatele patří stárnutí populace, modernější diagnostické

metody, léčebné plány a nová účinnější farmaka. V ČR každým rokem stoupá počet nemocných se srdečním selháním, za rok přibude až 40 000 nemocných. (8)

2.2.1 Chronické srdeční selhání levostranné

Vzniká pomalu a přichází plíživě, z počátku si nepatrných příznaků nemusíme ani všimnout. Můžeme ho chápat jako stávající důsledek po akutním selháním. Mezi nejčastější onemocněním toho druhu můžeme stavu po infarktu myokardu se sníženou ejekční frakcí levé komory, kardiomyopatie, hypertenze nebo i významné srdeční vady. (6)

Z pravidla bývají pacienti málo výkonní, stěžují si na únavu, námahovou dušnost nebo ortopnoe spojené s kašlem, spojením všech výše zmíněných příznaků může vyústit až v astma cardiale. (6)

2.2.2 Chronické pravostranné srdeční selhání

Nejčastější příčinou pravostranného selhání, je nahromadění krve v levé části srdce, dochází k výraznému zpětnému toku krve zaviněným levostranným selháním. Jako nejčastější nemoc se v odborné literatuře udává plicní hypertenze. Ta bývá nejčastěji způsobena onemocněním plicního cévního řečiště nebo plicního parenchymu. Mezi tyto typy onemocnění patří například plicní fibrózy, plicní embolizace, primární plicní hypertenze. (6)

Subjektivní příznaky jsou mnohdy zastřeny příznaky primárního onemocnění. K nejčastější objektivním příznakům patří, vznik otoků při zadržování soli a tekutin. Jako další jsou únava a ztráta výkonnosti, nechutenství, nadýmání, zácpa. Nárůst tělesné hmotnosti, má za následek zadržování tekutin v těle. Postupně rostoucí břicho je tvorbou ascitu. Mezi objektivní příznaky patří otoky dolních končetin, u ležících pacientů ale chybí, měli bychom je hledat v bederní oblasti. Játra jsou často zvětšená a bolestivá, při stlačení jaterní krajiny, být přítomen hepatojugulární reflux. Na krk je zvýšená náplň krčních žil v poloze polosedě, v důsledku nedomykavosti trikuspidální chlopně žíly pulzují. (10)

Druh léčby chronického srdečního selhání ať už levostranného nebo pravostranného, je velmi podobný. Základem léčby je dobré nejprve zjistit vyvolávající příčinu srdečního selhání (nemoci plic, srdce a dalších) a odstranit provokující činitel (vynechání terapie, nadměrná fyzická nebo psychická zátěž, infekční nemoci, endokrinní poruchy, arytmie a další jiné onemocnění). (6)

Hlavní možnosti léčby srdečního selhání řadíme farmakologická léčiva a to přímo antiarytmika, inotropní léky, antianginózní léky, antihypertenziva, vazodilatační. Farmakologická léčba je velmi důležitou součástí léčby srdečního onemocnění. Jako další druh léčby srdečního selhání může být i léčba nefarmakologická mezi tuto skupinu řadíme umělou plicní ventilaci, eliminační metodu a kardiochirurgické výkony. (15, 2)

Antiarytmika

Léková skupina používající se k poruchám srdečního rytmu, dělíme ji do čtyř skupin.

I.třída blokátory sodíkových kanálů Jedna z největších skupin antiarytmik. Pomáhá snižovat automaticitu, pohotovost vedení a rychlost membrány reagovat na daný problém. Podáváme ho při síňové a komorové arytmii, akutní komorové arytmii nebo těžké refrakterní komorové arytmii.(2)

II.třída betablokátory. Tento typ léku je charakteristický pomalou automaticitou sinoatriálního uzlu, dále pomáhá navozovat sníženou vodivost atrioventrikulárního uzlu a pacemakerových buněk. Lékař ho může předepsat například u probíhajícího flutteru a fibrilací síní nebo u paroxysmální síňové tachykardii.(2)

III.třída různorodá skupina antiarytmik Tyto léky mají vlastnost zpomalování repolarizace a mohou prodlužovat refrakterní periodu, ovšem mechanismus jejich působení není již zcela jasný. Podávají se u komorové arytmie. (2)

IV.třída blokátory kalciových kanálů Snižují srdeční kontraktilitu a spotřebu kyslíku, navozují dilataci koronárních arterií a arteriol. Tento druh léčiva je indikován hlavně při supraventrikulární arytmii s rychlou komorovou odpovědí. (2)

Inotropní léky

Pomáhají navyšovat sílu srdečních kontrakcí. Prozatím máme dva druhy inotropních léků a to je Digoxin a inhibitory fosfodiesterázy (PDE). (2)

Digoxin lék, který má za následek zpomalení srdeční frekvence a vedení elektrického impulzu sinoatriálního uzlu a atrioventrikulárního uzlu. (2)

Inhibitory fosfodiesterázy (PDE) používají se krátkodobě u srdečního selhání nebo dlouhodobě u nemocných čekajících na transplantaci srdce. Tento typ léku by se měl podávat pouze intravenózně. (2)

Antiaginózní léky

Jsou typem léku, který odstraňuje bolest na prsou, a to principem snížení spotřeby kyslíku v myokardu, nebo zvýšením dávky kyslíku srdci, nebo oběma způsoby. Mezi tři nejdůležitější druhy tohoto léku patří Nitráty, Betablokátory a blokátory kalciových kanálů. Nitráty se především používají při léčbě akutní angíny pectoris. Máme dlouhodobě působící nebo krátkodobě působící, záleží však na způsobu podání léku. Betablokátory jsou předepisovány k dlouhodobé prevenci angíny pectoris. Blokátory kalciových kanálů uplatňujeme nejvíce v prevenci angíny pectoris, pokud už ostatní léky nezabírají. (2)

Antihypertenziva

Jsou považována za velmi širokou skupinu léčiv. Pokud lékař diagnostikuje hypertenzi, je třeba upravit dietu, dále je potřeba zvýšit fyzickou aktivitu a při nadměrné hmotnosti je zapotřebí redukce hmotnosti pacienta. Jestliže, pacient vyzkouší všechny výše zmíněné typy, a přesto nedochází k snížení tlaku, přichází na řadu antihypertenziva. Máme několik druhů antihypertenziv. (2)

Blokátory kalciových kanálů Jsou doporučovány k snížení krevního tlaku dilatací arterií a snižují srdeční kontraktilitu. (2)

ACE inhibitory. Druh antihypertenziv podávaný zvláště k snížení vazokonstrikce, jsou renoprotektivní. Terapie je zahájena nízkou dávkou, která je postupem času zvyšována. Je důležité provádět pravidelné laboratorní kontroly hodnot minerálů v séru a ledvinné funkce. Jako nejčastější nežádoucí účinek se uvádí kašel. (2)

Betablokátory se postupem času staly jedním ze základních léků u chronického srdečního selhání. Lék, který pomáhá k snížení krevního tlaku, které způsobují katecholamíny. Betablokátory byly testovány v řadě klinických studiích a byl dokázán jejich pozitivní vliv na mortalitu a morbiditu nemocných. (2)

Blokátory receptoru pro angiotenzin II (sartany) Jsou léky inhibující vazokonstrikci. Léky se podávají u nemocných s diabetes 2. typu, protože ho chrání před selháním ledvin. (2)

Sympatolytika jsou léky, které snižují periferní cévní rezistenci inhibicí sympatického nervového systému. (2)

Selektivní antagonisté receptoru pro aldosteron Jeho využití je v momentě, kdy jiné léky nestačí nebo nezabírají. (2)

Přímé inhibitory reninu Pomáhají k blokaci reninu a relaxování krevní cévy. (2)

Diuretika je druh léku, který pomáhá vylučovat ledvinám vodu a elektrolyty, tím dochází k poklesu tlaku. Diuretika dělíme do třech zásadních skupin a to jsou, thiazidová, šetří kálium nebo nešetří. (2)

Vazodilatační léky. Relaxují arterie, veny nebo obojí, používají se při hypertenzní krizi. (2)

3 DIAGNOSTIKA

3.1 Neinvazivní metody

Po přijetí pacienta do nemocnice začínáme základní diagnostikou.

Osobní anamnéza při vyšetřování pacienta je důležitá osobní anamnéza (Proč jste dnes přišel?, Jaké máte potíže?, Kde přesně cítíte bolest?, Zhoršují se problémy? A další), nesmíme zapomenout ani na rodinnou anamnézu. (2)

Fyzikální vyšetření (auskultace, aspekce, perkuse, palpce). (2)

Laboratorní vyšetření soubor vyšetření určených u akutního srdečního selhání: krevní obraz, hemokoagulace, FW neboli sedimentace a glykemie, biochemické vyšetření krve enzymy (kreatinkináza CK a CK-MB, ALT, AST), bílkoviny (Troponin I nebo Troponin T, myoglobin) biochemické ukazatele (Na, K, Cl, Mg, Ca, urea a kreatin) APTT, INR, CRP, D-dimery, ionty, BNP a ANP, krevní plyny, jaterní testy, moč+sediment. (2), (12)

Elektrokardiografie (EKG) je vyšetřovací metoda, která zaznamenává bioelektrické potenciály ze srdeční činnosti. 12ctí svodový systém pro standardní elektrokardiografické vyšetření obsahuje končetinové bipolární svody I., II., III., končetinové unipolární svody aVR, aVL, aVF a hrudní unipolární svody V1-V6. EKG patří mezi nejzákladnější diagnostiku, právě EKG bývá u pacienta provedeno jako jedno z prvních vyšetření. Lékař ale i zkušená sestra dokáže zhodnotit jak hodně je situace kritická. Můžeme vidět, jaké jsou srdeční změny na záznamovém archu EKG, srdeční činnost, měření a popis intervalů, určení srdečního rytmu. Ovšem mezi přesnější diagnostickou metodu patří echokardiografie. (11), (20)

RTG patří mezi nejčastější a zároveň nejméně nákladná vyšetření. Zde provádíme RTG plic. RTG pomáhá určit velikost a tvar srdce, tepen, ale ukazuje i perikardiální výpotek. Dokáže odhalit i nádorové bujení nebo kalcifikace, dává zpětnou kontrolu lékaři po zavedení stimulátoru, invazivního katetru ale i defibrilátoru. Vypomáhá k diagnostice vrozené vady, aneuryzma, kardiomyopatie, srdečního selhání, různých chlopenních vad a různým plicním onemocnění objevují u akutního levostranného srdečního selhání. Přínos RTG je také při diagnostice pleurálního výpotku. (12)

Echokardiografie (ECHO) u ECHA, jsou použity zvukové vlny ultravysokých frekvencí k vyšetření velikosti, tvaru a pohybu srdečních struktur. Vyšetření se provádí speciální sondou, kde nesmí být ani kost ani plicní tkáň, je podrobnější než RTG záznam, vypomáhá určovat stav srdečních chlopní, velikost, tvar, tlaky v srdci a prodění krve srdcem. (12)

Spiroergometrie neboli bicyklová ergometrie, je zátěžové vyšetření, může se provádět na rotopedu nebo na běháku. Pomáhá k určení ICHS, ICHSDK, zjištění tolerance zátěže ať už psychické nebo fyzické. Před samotnou diagnostikou lékař provede různá vyšetření (anamnéza, fyzikální vyšetření). Lékař nemocného připraví, poučí a během spirometrie ho pravidelně kontroluje. (6)

3.2 Invazivní metody

Monitorace centrálního žilního tlaku. Zavedení katetru nejčastěji do vena subclavice nebo vena jugularis interna přes vena cava až do prave síně. Dochází k následné monitoraci přitékající krve k srdci a tlakových poměrech. (13)

Monitorace arteriálního tlaku. Používá se ke kontrole srdeční funkce a účinnosti léčby. Arteriální katetr se zavede buď do arteria radialis nebo arteria femoralis. V takto zavedené arterii se měří systolický, střední a diastolický tlak. Systolický arteriální tlak je síla maximálního stahu levé komory. Střední arteriální tlak je průměrný tlak mezi systolou a diastolou. A jako poslední diastolický arteriální tlak nám znázorňuje rychlost proudu krve a elasticitu arteriol. Výsledná křivka s hodnotami je vyobrazena na monitoru u pacienta. (6)

Hemodynamické monitorování. Pro hemodynamické monitorování se nejčastěji používá metoda Swanova- Ganzova katétru. Jedná se o kontinuální měření tlaku v plicnici (PAP) a tlaku v plicnici (PAWP) v nafouknutí balonku v plicnici neboli zaklínění. Poskytuje nám důležité informace o funkci levé komory a preloadu. Jedná se o katetrizační výkon, kdy se zavede nafouknutý balonek skrz horní dutou žílu do pravé síně, přes pravou komoru až do plicnice. Indikace Swanova- Ganzova katetru je nemocných s těžkým srdečním selháním. (2), (16)

Koronarografie vyšetření koronárních tepen vyživující srdce za pomoci kontrastní látky. Používá se při uzávěru nebo zúžení koronárních cév. Koronarografie je indikovaná

u pacientů s nestabilní angínou pectoris, stenokardií nebo akutním infarktem myokardu.
(14)

4 PREVENCE A RIZIKOVÉ FAKTORY U PACIENTA SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM

4.1 Režimová opatření

U pacientů se srdečním selháním by mělo patřit mezi první předpoklady úspěšné léčby pozitivní přístup k nemoci a hlavně spolupráce ať už se zdravotnickým personálem nebo rodinou. Je důležité, aby měl nemocný dostatečně velkou míru informací o svém onemocnění a důvodech proč je nutné je dodržovat. Sestra nebo lékař by si měli vyhradit na pacienta dostatek času a vysvětlit důležitost režimového a jaká všechna režimová opatření se ho budou týkat. (8)

Je důležité, aby se pacient vážil každý den. Nárůst hmotnosti signalizuje o tom, že v organizmu se hromadí tekutina a často je to alarm k navýšení diuretik dříve než dojde ke zhoršení klinického stavu. Při zvýšení hmotnosti o 2kg denně, si může nemocný sám zvýšit dávku diuretik a zároveň by měl kontaktovat sestru nebo lékaře ze své specializované ambulance. (8)

Nemocný by měl být informován o tom jaké léky užívá a jaké mohou mít nežádoucí účinky. Pravidelně monitoroval krevní tlak v domácím prostředí a jeho následný záznam do sešitu. (8)

4.2 Pohybová aktivita

Je dokázáno, že pohybová aktivita celkově působí na prevenci proti srdečnímu selhání. Pokud ale k srdečnímu selhání dojde ať už k chronickému nebo akutnímu, je potřeba se fyzickou aktivitu zaměřit. Je důležité začít na specializovaném pracovišti, kde pacientovi poradí a přesně přizpůsobí fyzickou aktivitu jeho síle, nemoci a aktuálnímu stavu. Fyzická aktivita se pohybuje od klidového režimu na křesle až po normální den s každodenní zátěží, zaleží na stavu pacienta. Fyzické cvičení je indikováno nemocným z tabulky NYHA I.- III.třída a jiných omezeních, které by bránili cvičení. (6), (8)

Základem je 3-5krát týdně cvičení po 20-30minut dynamickou zátěží, což znamená rytmické stahování svalových skupin s jejich následným uvolňováním. Při typu toho cvičení není tolik zadržován dech. Jako příklad dynamické zátěže nordic walking, kondiční turistika, plavání, golf, rekreační běh na lyžích, stolní tenis, rekreační volejbal bez výskoků, lehký fotbal na malém hřišti, jízda na kole. Mezi nevhodnou zátěž

pro pacienta se srdečním selháním řadíme kulturistiku, posilování a nošení těžkých předmětů, odklizení sněhu, sekání trávy. (17)

Ohledně cestování se nedoporučuje jezdit do oblastí s vysokou vlhkostí vzduchu a tropů, pobyt ve vysoké nadmořské výšce. Dlouhé lety, díky následné dehydrataci, otokům dolních končetin a vzniku hluboké žilní trombóze. (8), (17)

4.3 Dieta

Mezi další důležité změny do pacientova života patří změna jídelníčku. Nejvíce se to týká obsahu soli v jídle a minerálních vodách, ty jsou přímo zakázané. Jestli pacient snížil příjem soli a stále se nedostavilo žádného efektu, je třeba sůl z jídelníčku úplně vyřadit. Je důležité upozornit pacienty na takzvanou „skrytou sůl“, která je obsažena v potravinách jako jsou uzeniny, nakládané potraviny, sýry. U obézních pacientů bereme jídelníček úplně od začátku a to přímo od kalorických hodnotných potravin, které přispívají k nadměrné váze. Základem stravy je racionální strava vyvážená na všechny živiny, vitamíny a minerály. Stravování by mělo být 5krát- 6krát denně, v menších porcích s dostatkem vlákniny, ovoce a zeleniny. Nemocný by se měl vyvarovat nadýmavým a dráždivým jídlům. Černá káva je povolena ale pouze 1-2šálky denně. Tekutiny by měly být zásadně omezeny na 1,5-2litry denně. (6), (8)

5 PROBLEMATIKA NEMOCI U KARDIOLOGICKÉHO PACIENTA

Kardiovaskulární onemocnění patří mezi jedno z nejvíce diskutovaných témat. Na tento druh onemocnění umírá celosvětově nejvíce lidí. Do této kategorie se počítají nejenom nemoci srdce (infarkt myokardu, ischemické choroby srdeční) ale i onemocnění oběhového systému (cévní mozkové příhody). Kardiologické onemocnění je odlišné a zároveň tak typické od jiných druhů onemocnění, zde se nejedná jen o působení bakterií, které bychom mohli vykultivovat nebo nějakým jiným způsobem zjistit, ale mluvíme tu hlavně o onemocnění, které můžeme ovlivnit hlavně životním stylem, a právě to má svá pozitiva i negativa. Jako hlavní negativum je, že o tom lidé vědí a nic s tím nedělají. Oproti tomu pozitiva, jsou taková, že pokud změním životní styl, je velmi pravděpodobné, že dojde k snížení tohoto činitele. U většiny kardiálních onemocnění se jedná o nemoci s multifaktoriální etiologií. Kardiologické onemocnění, je velmi často uváděno jako psychosomatické onemocnění, to znamená propojení a vzájemné ovlivnění psychiky a sociálního diskomfortu, právě dlouhodobé působení všech těchto vlivů, vytváří nejčastěji kardiální onemocnění. Jako nejčastější kardiovaskulární onemocnění patří hypertenze ať už esenciální hypertenze nebo sekundární hypertenze a nesmíme zapomenout na koronární sklerózu. (4)

5.1 Rizikové faktory

Mezi nejhlavnější rizikové faktory řadíme:

Vrozené faktory, projevující se v rodinné anamnéze kardiologických onemocnění. (4)

Obezita je dalším rizikovým faktorem, který je třikrát častější u osob s esenciální hypertenzí. Je dokázáno, že při poklesu hmotnosti, klesá i vysoká hodnota tlaku v krvi. (4)

Nadměrná **konzumace alkoholu** v pravidelných dávkách. (4)

Vyšší obsah soli ve stravě ale i cukru a tuku, celkově špatné stravovací návyky. (4)

Soubor psychosociální faktorů

Ačkoliv by se mohlo z prvního pohledu zdát, že tyto rizikové faktory nemají spolu nic společného a nepůsobí na sobě nijak závisle, opak je pravou. Zejména psychosociální

faktory. Zde byla největší pozornost věnovaná nepřátelství, rozmrzelosti, agresivitě, velkým ambicím a potlačení vnitřních emocí. (4)

U lidí s esenciální hypertenzí byla zjištěna charakteristická vlastnost, jako je, přehnaná pečlivost, svědomitost, puntičkářství a odpovědnost. Další typickou vlastností lidí byla jejich mimořádná snaha prosadit sám sebe, která se ale v mnoha případech nenaplnila. Docházelo ke ztroskotání ambicí. Výsledkem toho všeho byl vysoký krevní tlak z důsledku negativních emocí. U nemocných s esenciální hypertenzí byla často zjišťována vyšší míra strachu a obav. Z tohoto důvodu si většina lidí s esenciální hypertenzí udržuje odstup od druhých lidí, cítí z nich nebezpečí, nepřátelství a nedůvěru. (4)

Dle knížky Jaro Křivohlavého „*Psychosomatika zde naznačuje běh dění: ohrožení vede k úzkosti a strachu. Tím se stimuluje sympatikus vegetativního nervového systému. Činnost srdce se zaktivizuje, zvyšuje se krevní tlak a srdeční tep, krev stahuje z periferie do vnitřních orgánů, kůže bledne, v ústech cítíme sucho, trávení je zpomalováno obdobně jako i vyprazdňování. Dýchání se zrychluje a prohlubuje, zvyšuje se pocení, zvyšuje se hladina cukru v krvi, roste bdělost a koncentrace pozornosti na zdroj ohrožení.*“ (4, s. 113) Po určité době začne pracovat parasympatikus vegetativního nervového systému. Lidé zrudnou, svěrače povolí, někdy může přijít i pocit na zvracení, lidé lapají po dechu, velmi pomalu a těžce dýchají, pravděpodobnost omdlení narůstá. Pokud tyto jevy trvají dlouho a zvýšená aktivita sympatiku a parasympatiku se často opakuje, stává se situace nebezpečná pro organismus. (4)

5.1.1 Vliv psychologických faktorů

Postupem času se začíná ukazovat, že lidé volí různé způsoby zvládnání stresu. Lidé hodně často žijí *rizikovým typem chování* jako je například kouření, konzumace alkoholu a nevhodných potravin pro náš organismus a výjimku netvoří ani drogy. Tento druh rizikového chování převládá spíše v mužské populaci. U žen se objevuje spíše nadměrná konzumace stravy. Vědci zjistili, že formy rizikového chování jsou úzce spojeny se negativními zážitky nálad. Na výskyt psychosociálních faktorů mají vliv spíše psychosociální faktory nežli jen rizikové chování. Chování, které je typické pro kardiovaskulární obtíže se nazývá *hostilita*. (4)

5.1.2 Hostilita

Z psychologického hlediska je chápána jako soupeřivý až nepřátelský postoj daného člověka k druhému. Jde o dlouho dobý problém člověka. Uvažovalo se i o tom, jakou cestou působí hostilita na organismus. Nejvíce se ukazuje na kortizol a adrenalin. Výsledky ukázaly, že muži mají vyšší jak hostilitu, tak i kardiovaskulární onemocnění. Hostilita jako taková se zvyšuje po 40. roku života. To probíhá současně s výskytem srdečních onemocnění. Hlubší studie ukázali na úzce spjatý se stresem. Postupně se ale přišlo na to, že je různorodým psychosomatickým jevem a důležité je soustředit se na její jádro a to zlost. (4)

5.1.3 Zlost

Zlost je psychologicky brána jako krátkodobá negativní reakce jedince na určitý podnět. Setkáváme se s ní tam, kde se člověk brání nebo dostává do ohrožení. Při sledování zlosti u srdeční činnosti je třeba od sebe odlišit zlost člověkem produkovanou (vyjádření zlosti navenek) a zlost člověkem pociťovanou (zážitek zlosti například neoprávněné napadení druhé osoby). Podíváme-li se na vznik zlosti u kardiovaskulárního onemocnění je to právě produkovaná zlost, která ukazuje ovlivnění srdeční činnosti. U této zlosti se zvýší jak systolický ale i diastolický krevní tlak, srdeční pulz zůstává stejný, bez změny. V experimentech, kde byli pozorovány reakce organismu na zlost vyjádřenou navenek u mužů a žen, byl výsledek, že fyziologické reakce mužů jsou výrazně vyšší než reakce žen, zejména v manželských hádkách. (4)

Zaměříme-li se ale na zlost potlačenou, je tu více rizik spojených s potlačenou zlostí. Dembroski se svými spolupracovníky (1991) však ke konci svého výzkumu uzavírá konstatováním: „*Potlačená zlost je toxickým prvkem při srdečních onemocnění*“. *Dembroski a Costa (1987)* vyslovují teorii, že potlačená zlost není důvodem kardiovaskulárních onemocnění, jako spíše dopad kardiovaskulárního onemocnění. V další teorii k této problematice je riziková komunikace mezi lékařem a pacientem, kdy lékař nešetrně sděluje pacientovi informaci, která může u pacienta vyvolat začátek zlosti. (4)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Srdeční selhání je způsobeno strukturálním a funkčním poškozením srdce. Funkční porucha srdce může být systolická nebo diastolická. Srdeční selhání patří mezi nejvíce diskutovatelná téma jak v České republice také i po celém světě. Z toho to důvodu je důležité se zaměřit hlavně na prevenci. Pro nemocné to znamená: změnit stravovací návyky, zvýšit svou fyzickou aktivitu, snížit přebytečná kila a tím ulevit práci srdce, změnit svůj životní styl a režim dne v této hektické a uspěchané době.

Do nejčastější skupiny srdečního selhávání patří: *akutní infarkt myokardu, levostranné srdeční selhání akutní a chronické, pravostranné srdeční selhání akutní a chronické, ischemická choroba srdeční, angina pectoris, chlopenní vady, poruchy srdečního rytmu a plicní embolie*. Příznaky u těchto onemocnění přicházejí pomalu a nemocný jim často nevěnuje pozornost. Pokud nejsou dlouhodobě neřešeny, může stav nemocného vyústit až v kardiogenní šok (akutní cirkulační selhání). Právě proto je důležitá prevence, která může upozornit nemocného na přicházející problém.

Mezi nejčastější příznaky patří únava a nevykonnost, dušnost, otoky, kašel anebo bolest hlavy, cyanóza, bledost, zvýšená náplň krčních žil, zvyšování hmotnosti, slabost, tachykardie, ascites nebo hepatomegalie.

Ošetrovatelská péče o nemocné se srdečním selháním je velmi náročná ze strany samotného klienta, ale také i rodiny a přátel. Je důležité se zaměřit na vzájemné propojení fyzických a psychických složek, neboť nemocní se srdečním selháním často trpí úzkostí a strachem ze smrti, která může nastat vlivem rozvoje kardiogenního šoku. Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy se kterými se nemocní potýkají, patří: úzkost a strach, bolest, nauzea, snížený srdeční výdej, únava, porušený spánek, deficit sebepéče při koupání a hygieně, při oblékání a úpravě zevnějšku, neefektivní tkáňová perfúze (kardiopulmonální) a další. Vzhledem k takové spektrum různých příznaků si kladu otázku: „ Jaké jsou nejčastější dotazy klienta po prodělání srdečního selhání? “

7 CÍL VÝZKUMU

Dílčí cíle

Zjistit specifické potřeby pacientů se srdečním selháním.

Získat podvědomí o kvalitě života nemocného po srdečním selhání

Vytvořit edukační materiál se zaměřením na prevenci kardiálního selhání.

Operacionalizace pojmů

- Kardiogenní šok- závažný, život ohrožující stav s akutní nebo subakutní změnu mikro a makrohemodynamiky snížení perfúze orgánů, s následnou hypoxií buněk a kumulací toxických metabolitů.
- Ošetrovatelská péče = uspokojování potřeb nemocného za pomoci ošetrovatelského procesu.
- Ošetrovatelský proces = soubor úkonů poskytované péče, často založen na sesterském modelu.
- Systolický- je nejvyšší tlak krve, kterého je dosaženo během srdeční systoly.
- Diastolický- nejnižší tlak krve, kterého je dosaženo během srdeční diastoly.

Výzkumné otázky

Došlo ke změně soběstačnosti po prodělání srdečního selhání?

Jaké jsou specifické potřeby u pacientů se srdečním selháním?

Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum ve formě dvou kazuistik, které odeberu v kardiologické ordinaci. V každé kazuistice se zaměřím na anamnézu, průběh hospitalizace z pohledu pacienta, po hospitalizovanou péči a změnu životního stylu. Dále se zaměřím na vytvoření ošetrovatelského modelu dle Nancy Roperové, který hodnotí 12 životních aktivit, vyzdvihující lidské potřeby a propojení psychologie, fyziologie a ošetrovatelství. V závěru práce se zaměřím na vytvoření edukačního materiálu pro laickou veřejnost.

8 METODA

V praktické části se budu ze začátku věnovat podrobným osobním anamnézám a aktuálním problémům klienta. Zaměřím se na počátky vzniku problému, jeho postupný vývoj až do současné doby. Následně, s použitím dokumentace, budu sledovat průběh léčby a pomocí rozhovorů a škál zhodnotím bio-psycho-sociální potřeby klienta.

8.1 Výběr případu

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila pacienty se srdečním onemocněním zejména levostranným selháním. Mezi hlavní kritéria mé bakalářské práce patří stejný typ onemocnění, a to s levostranným srdečním selháním, stejné pohlaví a stejný postup léčby. Velmi důležitý je aktivní přístup k pacientovi a navázání důvěrného vztahu s klientem a jeho rodinou.

8.2 Způsob získávání informací

Informace do mé praktické části bakalářské práce budu získávat z dokumentace a polostrukturovaným rozhovorem s oběma pacienty. Zhodnotím oblasti týkající se zdraví klientů za pomoci těchto škál: Glasgow Coma Scale a Barthelův test všedních činností. Každé setkání s pacientem bude trvat přibližně 40 minut. Při první schůzce s pacientem proběhne rozhovor, kde použiju připravené otázky z 12 životních potřeb (aktivit) podle ošetřovatelského modelu Nancy Roperové. Na druhé setkání zhodnotím všechny výše uvedené škály. Na třetí schůzce proběhne rozhovor, jak pacienta a jeho rodinu ovlivnila jeho nemoc. Všechna data budou celkově vyhodnocena za použití ošetřovatelského modelu Nancy Roperové.

8.3 Organizace výzkumu

Sledování pacientů proběhne v kardiologické ambulanci v Hradci Králové, kde si s nimi předem sjednám schůzku, kde mi podepíší informovaný souhlas s rozhovorem. Pacienti musí splňovat předem dané požadavky a také musím souhlasit s výzkumem. Pro praktickou část mé bakalářské práce jsem si vybrala dva pacienty mužského pohlaví docházející do kardiologické ambulance v Hradci Králové.

9 KAZUISTIKA

9.1 Údaje o pacientovi

Muž (O.M.) ve věku 65 let, ženatý, dvě děti. Je plně orientován osobou, místem a časem. Pan P. prodělal v dubnu 2014 levostrannou dekompenzaci srdečního selhání s diastolickou dysfunkcí a kombinovanou aortální vadou s převahou regurgitace. Aktuálně hraniční kardiální dekompenzace, ikdyž nelze zcela vyloučit psychosomatici. Saturace v normě. Ke zhoršení stavu došlo náhle v dopoledních hodinách v práci, sanitka byla přivolána spolupracovníky. Pacient dříve problémy se zdravotním stavem pociťoval, ale nestěžoval si na ně. Pan P. dále užívá léky na vysoký krevní tlak, astma bronchiale, diabetes mellitus II.typu na PAD, stav po cholecystektomii a anemie po krvácení ze střev po polypektomii.

9.2 Anamnéza

Osobní anamnéza

Muž 65 let, prodělal běžné nemoci, léčen na vysoký krevní tlak od roku 2001, od roku 2007 diagnostikován diabetes II.typu na PAD. Dále od prosince 2012 si stěžuje na námahovou dušnost. Pacient nekouří, alkohol a kávu pouze příležitostně. Svůj volný čas tráví hlavně s rodinou nebo přáteli.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 75letech ve spánku, matka v 55letech na infarkt myokardu.

Manželka, bez výrazných obtíží.

Pacient má dva sourozence sestru a bratra, oba jsou živi a oba jsou léčeni na vysoký krevní tlak, jinak bez větších obtíží.

Pracovní anamnéza

Pacient pracuje jako strojní zámečnick. Pracující důchodce.

Sociální anamnéza

Pacient žije v rodinném domku s manželkou. Dcera se synem a vnoučaty za ním pravidelně dochází na návštěvu.

Lékařské diagnózy

I489 Fibrilace a flutter síní

I259 Chronická ischemická choroba srdeční

I351 Insuficience aortální (chlopně) středně význ.

I340 insuficience dvojcípé chlopně středně význ.

I10 Esenciální (primární) hypertenze

E118 DM nezávislý na inzulínu s neurčenými komplikacemi

J449 Chronická obstrukční nemoc

J459 Astma bronchiale

D649 Anemie

E660 obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií

9.3 Použití modelu do ošetrovatelské péče o klienta O.M.

Model Nancy Roper - Winifred Logan - Alison Tierney neboli model životních aktivit jsem si vybrala z důvodu jejího poukazování na dvanáct životních aktivit denního života, které se projevují lidskými potřebami s manifestací určitým typem lidského chování. Zaměřuje se na 3 hlavní faktory (biologický, společenský, kulturní). Tyto faktory se navzájem různě ovlivňují a jedinci je různě realizují.

Následující informace, které jsem získala z rozhovoru s pacientem, využívám k popisu zdravotního stavu a dále s nimi pracuji i v ošetrovatelském modelu. Rozhovor popisují níže.

- 1) Udržování bezpečného prostředí

Tazatel: Došlo ke změně vašeho prostředí u Vás doma v souvislosti s vaším onemocněním?

Pacient: „Ne, žádné změny nebyly.“

(chvilka mlčení a přemýšlení)

Pacient: Vlastně když o tom teď tak přemýšlím, rodina se více semkla. Né, že by předtím nefungovala ale po mé nemoci, spolu najednou všichni začali lépe komunikovat “

Tazatel: Kdo se o Vás staral v době nemoci?

Pacient: „Manželka. Ona je už v důchodu a zatím vše zvládá docela dobře sama, sice pomaleji než dříve, ale zvládá. A taky děti a vnoučata, pravidelně za mnou jezdili, vlastně pořád jezdí a hlavně volají, v dnešní době mobilů, to všechno jde dobře.“

Tazatel: Máte ještě nějaké jiné zdravotní problémy, které přetrvávají od té doby?

Pacient: „Hůř se mi dýchá, zadýchám se do kopce, často musím zvolnit chůzi. Už prostě nestíhám to co dříve ale nestěžuju si.“

Zjištěné výsledky:

Pacient udává míru svého zdraví za kvalitní. Udává, že už před onemocněním měl problémy s dušností a po prodělání onemocnění se dušnost ještě více zhoršila, avšak neztěžuje si a je spokojený. Sám říká, že nemoc sjednotila rodinné vztahy. Pacient pravidelně užívá léky k udržení pravidelného srdečního rytmu dále na hypertenzi, diabetes mellitus, chronickou obstrukční plicní nemoc a anemii. To vše je zaznamenané v dokumentaci. Léky pacient užívá a připravuje sám. U pacienta jsem provedla fyzikální vyšetření, kde jsem zaznamenala velmi dobře udržovaný vzhled. Pacient působil mile a vyrovnaně, byl orientován místem, časem a osobou.

2) Komunikace

Tazatel: Máte mobilní telefon? Nosíte ho stále u sebe, abyste si byl schopen přivolat pomoc?

Pacient: „Mám mobilní telefon a nosím ho stále u sebe. Dříve jsem ho nenosil, však to znáte důchodci, za nás dříve takové vymoženosti nebyli, ale teď ho už u sebe nosím, řekl bych i pravidelně“

Tazatel: Komunikujete se svým ošetřujícím lékařem o změnách Vašeho zdravotního stavu?

Pacient: „Jo, byl jsem na kontrole u doktora v Hradci Králové, nezlepšilo se to ani nezhoršilo, jen mi dal jiné prášky na vysoký tlak. Taky jsem byl na tom vyšetření srdce, jak na Vás dávají ten gel, (**Tazatel:** myslíte ultrazvuk?), jo to je ono, no. A ten byl v pořádku.“

Tazatel: Chodíte na pravidelné preventivní prohlídky? Například zubař, praktický lékař, diabetologie?

Pacient: „Chodím na pravidelné prohlídky, dělám si test na tlustý střevo, vlastně je to na krvácení ze střeva, že jo. To mi dává můj doktor praktickej. Pak chodím na diabetologii, k zubaři to hlídá zase babča.“

Zjištěné výsledky:

Pacient po prodělání ataky onemocnění používá a nosí mobilní telefon, stále u sebe. Dochází pravidelně na preventivní prohlídky, na které docházel už před onemocněním. Některé si zvládá hlídat sám, jiné mu hlídá manželka. Je si vědom důležitosti těchto prohlídek a váží si zdraví.

3) Dýchání

Tazatel: Jak se Vám v poslední době dýchá?

Pacient: „No, dýchá se mi dobře, nesmím ale dělat velké zátěže, dostal jsem dechátka od doktora, mám dvě, jedním si dýchám jak chci, a druhým ráno a večer.“

Tazatel: Býváte dušný při chůzi? Vyjdete schody bez zastavení? Kolik pater?

Pacient: „Chůzi zvládám dobře po rovině, ale musel jsem chůzi trochu zvolnit, schody mi dělají menší problém, chodím pomalu a zastavuji se v druhém patře, jako vyšel bych je bez zastavení, ale musel bych jít fakt hodně pomalu“

Tazatel: Byl jste v nemocnici informován rehabilitačním pracovníkem o různých druzích dechového cvičení, cvičíte si je i doma?

Pacient: „No ano, ty cviky s dýcháním. Ano, ty používám každý den, no je pravda, že to někdy flinkám, ale aspoň jednou denně si je zacvičím.“

Tazatel: Jak často je provádíte?

Pacient: „No, jak už jsem říkal alespoň jednou denně, měl bych víc krát, jak mi to vyjde no.“

Tazatel: Pomáhají Vám?

Pacient: „Dalo by se říct, že cejtím úlevu, těžko říct“

Zjištěné výsledky:

Pacientovi dýchání po prodělání nemoci nedělá větší problémy, rychlost při chůzi po rovině si pacient přizpůsobí svému fyzickému stavu. Sám říká, že chodí pomaleji,

aby se nezadýchá. Pacient pociťuje při chůzi do schodu v prvním patře mírnou dušnost, v druhém patře se musí zastavit a nabrat dech. Je informován o dechovém cvičení a jeho různých druzích. Cvičení si pamatuje a minimálně jednou denně cvičí.

4) Jídlo a pití

Tazatel: Dodržujete dietu?

Pacient: „Dietu, přímo nedodržuji ale jím více zeleniny a ovoce, pravidelně, menší porce. Dopoledne jím ovoce, odpoledne jím zeleninu, pravidelně večeřím, kolem páté a pak už nejím. Někdy si vezmu k televizi kyselý zelí nebo červenou řepu.“

Tazatel: Jaké všechny změny nastaly ve vašem jídelníčku ohledně příjmu soli a tuků?

Pacient: „Tuk jsem omezil co nejvíc, pokud možno tak vůbec nemastím. A sůl. No oni mě chytali křeče, když jsem přestal solit a ani mi to moc nechutnalo, takže jsem sůl zmínil na minimum. Beru minerály vápník, hořčík, zinek.“

Tazatel: Dodržujete je sám nebo Vám v tom pomáhá i rodina?

Pacient: „Dodržuji ji sám, manželka začala vařit spíše kuřecí, libový maso, salámy vynechávám.“

Tazatel: Jaký je Váš pitný režim? Dostal jste od lékaře doporučení ohledně množství tekutin? Kolik toho přes den vypijete? Pijete pravidelně? Jaký druh nápojů pijete?

Pacient: „Piju podle potřeby, tvrdý alkohol jsem vyřadil úplně, vlastně jakýkoliv alkohol. Pivo bych neměl pít.“

(Chvilka mlčení a pousmání)

Pacient: „Bylo to velmi těžké, ale ani když jsme s klukama na rybách si pivo nedám, jen pito. A z nealkoholických nápojů preferuju obyčejnou vodu z kohoutku. Většinou vypiju kolem jeden a půl litru za den určitě, spíš víc.“

Tazatel: Jste spokojený se svoji váhou?

Pacient: „No, moc ne, teď, potřeboval bych to dát dolů. Po svátcích mi vylítla váha, chtěl bych shodit. Bejvalo to lepší.“

Zjištěné výsledky:

Pacient striktně dietu nedodržuje, omezil tuky a soli a je informován, sám si hledá informace na internetu a zajímá se o dietu. Stravuje se po malých dávkách, spíše více krát denně, poslední jídlo večeri dostává kolem páté hodiny večerní. Pravidelně dodržuje pitný režim, nepije alkohol pouze pito, ale sám říká, že to pro něj bylo velmi těžké skončit s alkoholem

5) Vylučování

Tazatel: Jak často chodíte na stolicí?

Pacient: „Jednou denně a někdy ani vůbec. Dřív jsem chodil každé ráno, ale po nemocnici se to změnilo, nevím proč“

Tazatel: Je pravidelná?

Pacient: „Jo, je stejná“

Tazatel: Ovlivňuje vaše psychické rozpoložení vylučování?

Pacient: „Ne, neovlivňuje, to jsem nikdy neměl, ani před svatbou“

Zjištěné výsledky:

V době před onemocněním a pobytu v nemocnici pacient udává chození na stolicí pravidelně každý den ráno. Po prodělání léčby dochází k úpravě pravidelnosti. Pacient chodí na stolicí stále pravidelně ale méně než jedenkrát denně, pocit zácpy a plnosti však nemá a nezpůsobuje mu to žádné problémy a obtíže. Barva a konzistence stolice je normální. Jeho psychický stav nemá vylučování žádný vliv.

6) Osobní hygiena a oblékání

Tazatel: Zvládáte hygienu a oblékání sám nebo potřebujete pomoc?

Pacient: „Ne, všechno zvládám sám, bez problému“

Tazatel: Při koupání preferujete spíše teplou či vlažnou vodu?

Pacient: „Aby mě to nestudilo, ale abych se ani nespálil, vlastně musí být akorát“

Tazatel: Používáte zdravotnickou obuv?

Pacient: „Ano, chodím do své oblíbené obuvi, prodávají tam zdravotnickou obuv a paní prodavačka mě tam už zná“

Zjištěné výsledky:

Pacient je samostatný v hygieně a oblékání. Při koupání preferuje raději teplou vodu, kolem 37C, pravidelně každý den pečuje o pokožku své kůže a kontroluje místa vzniku různých otlaků, to jak celého těla ale hlavně na nohách, proto si kupuje zdravotnickou obuv a dbá o kůži na nohách.

7) Kontrola tělesné teploty

Tazatel: Přijde Vám, že se nadměrně potíte?

Pacient: „Potím se normálně, ale je mi spíše teplo než zima, to babičce je spíše zima než tělo.“

Tazatel: Trpíte návaly horka?

Pacient: „někdy ano“

Tazatel: Měříte si při návalech horka tlak?

Pacient: „Ne vždy, ale když o tom teď tak přemýšlím, tak asi máte pravdu, začne mi bejt teplo, automaticky vezmu tlakoměr a změřím si tlak“

Tazatel: Poznáte na sobě, máte-li vysoký krevní tlak? Jak se to projevuje?

Pacient: „Ano, vysoký tlak na sobě poznám, většinou se mi motá hlava, cítím v hlavě takový tlak, dřív mi i přišlo, jako by mi mělo srdce vyskočit z hrudi ven.“

Zjištěné výsledky:

Pacientova tělesná teplota se pohybuje kolem 36,5C, netrpí nadměrným pocením, ale jednou za čas na sobě pozoruje nával horka, ze kterého ze svých předchozích zkušeností vydedukuje vysoký krevní tlak, který si během několika minut zkontroluje vlastním elektrickým tonometrem.

8) Pohyb

Tazatel: Provozoval jste nějaký sport před onemocněním?

Pacient: „nevím, jestli to mám brát jako sport ale chodil jsem každý víkend na delší procházky do lesa“

Tazatel: Provozujete aktivně nějaký sport?

Pacient: „Ano, chodím pravidelně plavat, začal jsem jezdit znova na kole a každý den chodím na třiceti minutové procházky se svým Badikem (pes)“

Tazatel: Víte, na co si máte dát pozor u sportování ohledně onemocnění?

Pacient: „Nejsem si jistý, ale myslím, že je to pulz, abych ho neměl moc rychlý, aby mi srdíčko neběželo moc rychle.“

Tazatel: Informoval Vás lékař, jaké sporty byste měl preferovat?

Pacient: „Už v nemocnici mi to řekla ta sestřička jak se mnou cvičila, zmiňovala plavání, kolo, rychlou chůzi vlastně všechny tyhle věci teď dělám.“

Zjištěné výsledky:

Pacient měl před onemocněním mírnou sportovní aktivitu, ale přímo na sport jako takový moc nedbal. Po prodělání svého onemocnění, změnil svoji sportovní aktivitu, chodí pravidelně plavat, na procházky se svým psem, který je pro něj velkou motivací a podporou. Hlídá si hlavně srdeční frekvenci. Pacient vychází z informací, které mu byly podány v nemocnici, plně naslouchá a ptá se, pokud mu není něco jasné.

9) Práce a hry

Tazatel: Chodíte stále do práce?

Pacient: „Ano, do práce jsem chtěl začít chodit co nejdříve, nastoupil jsem hned po lázni.“

**Tazatel: Nepřemýšlel jste nad tím, jestli Vás nebude nemoc v práci omezovat?
Například o zkrácení pracovního úvazku?**

Pacient: „ano, jednu chvíli mě to napadlo, ale pak jsem si řekl, že uvidím jak celá ta situace dopadne, no a teď, chodím a jsem moc spokojený“

Tazatel: Jak reagovali Vaši kolegové v práci, po tom co se Vám stalo?

Pacient: No byli v šoku, tehdy pořádně nevěděli, co mají dělat, pak se za mnou byli podívat i v nemocnici a teď už dobrý, ale je fakt, že když jsem nastoupil do práce, tak se hodně zajímali, jestli zvládám, jestli mi není špatně. Bylo to moc milé.

(chvilka mlčení a přemýšlení)

Pacient: „Vlastně se mě ptal mistr, jestli nebudu chtít nastoupit do důchodu nebo aspoň na zkrácení úvazek, a to jsem mu řekl, že ne“

Zjištěné výsledky:

Pacient po své nemoci nastoupil zpět do své práce. Práce na něj působí z části jako terapie, je to pro něj motivace. V práci mají dobrý pracovní kolektiv spoluzaměstnanci ho podporují a pomáhají mu překonat mu těžké období a zařadit ho zpět do pracovního procesu.

10) Projevy sexuality

Tazatel: Máte v nynější době aktivní sexuální život?

Pacient: „Sexuální život mám aktivní ale ne, žádný bláznění s babičkou.“

(Upřímný smích)

Tazatel: Jaký je Váš rodinný stav?

Pacient: „ženatej“

Zjištěné výsledky:

Pacient je ženatý 45let, žije ve spokojeném manželství. Po prodělání onemocnění a následné léčbě stále udržuje aktivní sexuální život a však přiznává, že vše s mírou a rozvahou.

11) Spánek

Tazatel: Spíte dobře?

Pacient: „No jak kdy, ale většinou se mi spí dobře.“

Tazatel: Nemáte zlé sny?

Pacient: „Nene, zlé sny nemám“

Tazatel: Máte nějaký rituál, který děláte před spánkem?

Pacient: „Nevím, jestli se tomu říká rituál, ale spím s otevřeným oknem, čerstvý vzduch mi dělá fakt dobře, ale zároveň mám teplou peřinu a babička mi teď nově ušila meduňkový polštářek, takže spím i s ním.“

Tazatel: Budíte se odpočatý?

Pacient: „Ano, budím se odpočatý, po obědě si jdu někdy lehnout“

Zjištěné výsledky:

Pacient oblast spánku udává jako bezproblémovou, usíná kolem desáté hodiny večerní, spí celou noc a probouzí se odpočatý až k ránu kolem půl sedmé ráno. Pacient si na noc otevírá okno pro lepší pocit dýchání z čerstvého vzduchu. Objektivně pacient vypadá odpočatý a pozitivně naladěný.

12) Umírání

Tazatel: Jste věřící?

Pacient: „No, katolík jsem ale normálně, abych to nějak přeháněl tak ne.“

Tazatel: Máte strach ze smrti?

Pacient: „Ano mám. Když si vzpomenu na ten den, kdy mě odvezli, co dělo, jak se mě vše na prsou sevřelo, bylo to strašně, jak když máte obrovský kámen na prsou a nemůžete dýchat. Byla to strašná bolest, taková, že ani nevím, k čemu bych Vám ji měl přirovnat nebo popsat. Strašně moc jsem se bál.“

Tazatel: Máte nějaké přání nebo něco co byste si chtěl splnit?

Pacient: „Ještě bych se chtěl jet podívat do Norska, ale nevím, za bráchou ale už se tam asi nedostanu, no uvidím.“

Zjištěné výsledky:

Pacient není věřící, sám ale přiznává, že když mu bylo nejhůř obrátil se na víru. Má strach ze smrti z předešlé zkušenosti, vše se vrací zpět k situaci, kdy ho odvezla záchranná služba z práce. Jako poslední přání by chtěl odjet za bratrem do Norska, má však, ale obavy, že přání se neuskuteční z důvodů zdravotního stavu. S tou to situací je, smířený a vyrovnaný.

Analýza rozhovoru

Rozhovor u prvního respondenta probíhal v klidném prostředí, u respondenta doma. S pacientem jsem se znala už dřívějších setkání. Rozhovor trval 40minut, kdy jsem zmapovala jeho 12 oblastí životních aktivit dle Nancy Roperové. Pacient působil klidně a vyrovnaně, byl pozitivně naladěný, avšak při položení některých otázek, zejména v oblasti umírání, jsem mohla zaznamenat na jeho tváři negativní emoce, které již s onemocněním zažil. Spolupráce byla pro obě strany příjemná a během rozhovoru se nevyskytl žádný problém. Pacient odpověděl na všechny výše zmíněné otázky a žádné mu nedělali problém. Rodina respondenta na mě působila velmi přátelsky. Pacient je velmi aktivní důchodce. Dalo by se říci, že nemoc změnila jeho pohled na život. Po prodělání nemoci pacient komplet změnil svůj životní styl, zapojil i rodinu, kterou je podporován a která mu pomáhá.

10 KAZUISTIKA 2

10.1 Údaje o pacientovi

Muž (P.P.) ve věku 65 let, svobodný, bezdětný. Pacient je orientovaný místem, časem a osobou. Pacient v březnu 2014 přichází k obvodnímu lékaři, stěžuje si na týden zhoršenou výraznou dušnost bez bolesti na prsou, obvodní lékař diagnostikoval srdeční selhání a zařídil okamžitou hospitalizaci ve fakultní nemocnici v Hradci Králové, závěr aortální kombinovaná vada na kalcifikované chlopni, významná stenóza, středně významná insuficience, nemocný s HYHA III. Pacient odeslán k operaci náhrady aortální chlopně s mechanickou protézou s následnou léčbou v lázních Poděbrady. Jako vedlejší diagnózy vysoký krevní tlak a DM II.typu na PAD.

10.2 Anamnéza

Osobní anamnéza

Muž 65 let, prodělal běžné nemoci, léčen na vysoký krevní tlak od roku 2001, od roku 2000 diagnostikován diabetes II.typu na PAD. Od července 2013 pocítuje dušnost, kterou prozatím zvládal sám. V březnu 2014 přichází k obvodnímu lékaři se zhoršenou dušností, odeslán k hospitalizaci do nemocnice FN v HK. Pacient kouří 37let, každý den vypije 3piva, kávu pětkrát denně silnou. Žije v bytové jednotce v 5. patře s výtahem. Svůj volný čas tráví doma sledováním televize. Alergie neguje.

Rodinná anamnéza

Otec žije bez větších potíží, matka CA lymfatických uzlin

Svobodný, bezdětný.

Pacient má sourozence o roky staršího bratra, ale nebaví se s ním.

Pracovní anamnéza

Důchodce. Dříve zaměstnaný jako řidič kamionu.

Sociální anamnéza

Žije sám v bytovce ve třetím patře s výtahem, při komplikacích s léčbou se stará o něj sousedka.

Lékařské diagnózy

I10 Esenciální (primární) hypertenze

E118 DM nezávislý na inzulínu s neurčenými komplikacemi

10.3 Použití modelu do ošetrovatelské péče o klienta P.P.

Následující informace, které jsem získala z rozhovoru s pacientem, využívám k popisu zdravotního stavu a dále s nimi pracuji i v ošetrovatelském modelu. Rozhovor popisují níže.

- 1) Udržování bezpečného prostředí

Tazatel: Došlo ke změně vašeho prostředí u Vás doma v souvislosti s vaším onemocněním?

Pacient: „Ne, žádné změny, jen sousedka se na mě chodí teď častěji dívat, jestli je mi dobře.“

Tazatel: Kdo se o Vás staral v době nemoci?

Pacient: „Sousedka za mnou chodila do nemocnice a kamarádi rybáři. Moje rodina moc v posledních pár letech nefunguje“

(odmlčení)

Pacient: „Je to složité“

Tazatel: Máte ještě nějaké jiné zdravotní problémy, které přetrvávají od té doby?

Pacient: „Nene, nic mě netrápí, rychlost chůze se mi zlepšila a vše mi přijde takové lepší, tak uvidíme na jak dlouho“

Zjištěné výsledky:

Pacient udává míru svého zdraví za kvalitní v mnoha případech, ještě lepší než před onemocněním. Pacient si sám všiml zrychlení chůze bez nastoupení dušnosti. Dle mého názoru ho tíží rodinné vztahy, které nemá vyřešené a to ho sužuje a vytváří u něj smutek, který se ale snaží skrýt.

2) Komunikace

Tazatel: Máte mobilní telefon? Nosíte ho stále u sebe, aby jste si byl schopen přivolat pomoc?

Pacient: „Mám mobilní telefon, ale nenosím ho u sebe. Nevím, jak bych si jinak přivolał pomoc, prostě by to muselo být na náhodě.“

Tazatel: Komunikujete se svým ošetrujícím lékařem o změnách Vašeho zdravotního stavu?

Pacient: „Tak k doktorovi sem, tam zajdu, změří mi tlak a když mi není dobře, můžu mu zavolat a domluví se s ním co a jak dál.“

Tazatel: Chodíte na pravidelné preventivní prohlídky? Například zubař, praktický lékař, diabetologie?

Pacient: „K zubaři chodím, až když už mě bolí hodně zuby, jinak ne, bojím se ho jako čert kříže, k praktikovi teď jo, kvůli onemocnění a diabetolog jo, k tomu chodím pravidelně na kontrolu.“

Zjištěné výsledky:

Pacient vlastní mobilní telefon ale u sebe ho pravidelně nenosí, sám ale přiznává, že kdyby došlo k nějaké kritické situaci, neví jak by ji řešil. Pacient díky své

nemoci pravidelně komunikuje se svým praktickým lékařem, kam dochází na preventivní prohlídky, dále chodí pravidelně také do diabetologie.

3) Dýchání

Tazatel: Jak se Vám v poslední době dýchá?

Pacient: „Ale jo, docela to jde“

Tazatel: Býváte dušný při chůzi? Vyjdete schody bez zastavení? Kolik pater?

Pacient: „Při chůzi většinou dušný nejsem, ale po operaci chodím rychleji než před operací. Schody vyjdu do třetího patra, ale tam se už musím zastavit a prodýchat to.“

Tazatel: Byl jste v nemocnici informován rehabilitačním pracovníkem o různých druzích dechového cvičení, cvičíte si je i doma?

Pacient: „Ne, nic takového jsem neměl, nikdo za mnou nepřišel, nejsem informován o dechovém cvičení.“

Tazatel: Jak často je provádíte?

Pacient: „Nezodpovězeno viz předchozí otázka“

Tazatel: Pomáhají Vám?

Pacient: viz. Předchozí odpověď

Zjištěné výsledky:

Pacientovi dýchání po prodělání nemoci nedělá větší problémy, pacient si sám všimnul změny rychlosti v chůzi a udává ji rychlejší než před operací. Schody pacient zvládá bez dušnosti do třetího patra. Bohužel nebyl pacient v nemocnici informován o dechovém cvičení a ani praktický lékař ho neupozornil. Pacient tedy dechové cviky nezná.

4) Jídlo a pití

Tazatel: Dodržujete dietu?

Pacient: „Ani ne, jako vím, že v nemocnici o ní celkem dost mluvili, tak jsem ji chvíli držel, ale přišlo mi to všechno pořád stejný, tak už teď jím zase normálně“

Tazatel: Jaké všechny změny nastaly ve vašem jídelníčku ohledně příjmu soli a tuků?

Pacient: „Skoro žádné, solit jsem nepřestal a co se týče tuku, tak asi taky ne, já mám pořád rád sádlo, škvarky nebo domácí tlačenu.“

Tazatel: Dodržujete je sám nebo Vám v tom pomáhá i rodina?

Pacient: „Dodržuji ji sám, jelikož rodina se mnou nemluví.“

Tazatel: Jaký je Váš pitný režim? Dostal jste od lékaře doporučení ohledně množství tekutin? Kolik toho přes den vypijete? Pijete pravidelně? Jaký druh nápojů pijete?

Pacient: „Piju si jak chci, většinou kolem 1,5litrů denně. Nejradši mám černý čaj s cukrem a citronem. A co se týče alkoholu, piju pivo, toho se nevzdám. Většinou vypiju tři piva denně.“

Tazatel: Jste spokojený se svoji váhou?

Pacient: „Ale jo, docela jsem.“

Zjištěné výsledky:

Pacient dietu nedodrží, ze začátku léčby měl snahu si ji udržet, ale po pár dnech přestal a stravu je se opět jako před onemocněním. Pacient dodrží pitný režim, denně vypije až dva litry, černého čaje s cukrem a citronem. Z alkoholických nápojů pije pacient pivo pětkrát denně. Se svoji váhou je spokojený, pacientova křivka BMI je v normě 24,5.

5) Vylučování

Tazatel: Jak často chodíte na stolicí?

Pacient: „Chodím každé ráno, po snídani a k večeru ani mi nepřijde, že by se to nějak změnilo po onemocnění“

Tazatel: Je pravidelná?

Pacient: „Ano, pravidelně dvakrát denně.“

Tazatel: Ovlivňuje vaše psychické rozpoložení vylučování?

Pacient: „Někdy se mi stává, že když jsem ve stresu, mám průjem, ale to se za chvíli zase srovná.“

Zjištěné výsledky:

Pacient udává pravidelné chodění na stolicí. Sám říká, že se od onemocnění nic nezměnilo a vše zůstává stejné jako před onemocněním. Pacient chodí pravidelně dvakrát denně, vždy ráno po snídani a k večeru. Stolica je má normální tuhou konzistenci

i barvu. Jeho psychika hraje velkou roli na vylučování, nejvíce na něj působí stres, který u pacienta vyvolá průjem, většinou po odeznění stresoru se vše vrací zpět do původního stavu.

6) Osobní hygiena a oblékání

Tazatel: Zvládáte hygienu a oblékání sám nebo potřebujete pomoc?

Pacient: „jasně, hygienu s oblékáním zvládám sám, s ničím pomoc nepotřebuju“

Tazatel: Při koupání preferujete spíše teplou či vlažnou vodu a pečujete o pokožku své kůže?

Pacient: „Vodu mám raději vlažnou až studenou. Já ty všechny možný krémičky a olejíčky nemám rád, nebaví mě se mazat.“

Tazatel: Používáte zdravotnickou obuv?

Pacient: „Ne, nemám, nepoužívám. Mám normální boty.“

Zjištěné výsledky:

Pacient je samostatný v oblasti hygieny a oblékání, nepotřebuje žádnou pomoc. Při koupání preferuje raději studenou nebo vlažnou vodu. Kůže pacienta je šupinatá, suchá a hrubá. Pacient je informován o důležitosti péče o svojí pokožku v souvislosti s přidruženým onemocněním DM II. typu.

7) Kontrola tělesné teploty

Tazatel: Přijde Vám, že se nadměrně potíte?

Pacient: „Ne, to mi nepřijde“

Tazatel: Trpíte návaly horka?

Pacient: „Ne, vůbec.“

Tazatel: Měříte si při návalech horka tlak?

Pacient: „Tlak si změřím, ale ne kvůli návalům, pokud se necítím dobře, ale pravidelně si ho neměřím.“

Tazatel: Poznáte na sobě, máte-li vysoký krevní tlak? Jak se to projevuje?

Pacient: „Ne, nepoznám.“

Zjištěné výsledky:

Pacientova tělesná teplota se pohybuje kolem 36,0C, tyto informace jsem zjistila z dokumentace pacienta, netrpí nadměrným pocením ani na sobě nepozoruje návaly horka. Pacient si jednou za čas změřil tlak, pokud mu není dobře, jinak si ho neměří. Vysoký tlak na sobě nepozná ani nepocítuje.

8) Pohyb

Tazatel: Provozoval jste nějaký sport před onemocněním?

(smích)

Pacient: „Ne.“

Tazatel: Provozujete aktivně nějaký sport?

Pacient: „Ne, no sport, chodím na ryby a sedím u vody, rybařina s chlapama.“

Tazatel: Víte, na co si máte dát pozor u sportování ohledně onemocnění?

Pacient: „Ne, nikdo mě neinformoval, ale tak to by bylo zbytečně, vždyť já stejně nesportuji“

Tazatel: Informoval Vás lékař, jaké sporty byste měl preferovat?

Pacient: „Ne, nic, to je pro mě zbytečné“

Zjištěné výsledky:

Pacient před onemocněním nevykonával žádný aktivní sport. Po onemocnění se to nezměnilo, pacient aktivně žádný sport neprovozuje. Pravidelně chodí se svými vrstevníky rybařit, to ho velmi pozitivně dobíjí, ale fyzická zátěž je téměř nulová. Zároveň jsem zjistila, že praktický lékař neinformoval pacienta o žádném aktivním sportu, který by mohl pacient provozovat. Pacienta mé otázky spíše pobavili.

9) Práce a hry

Tazatel: Chodíte stále do práce?

Pacient: „Do práce nechodím, už jsem v důchodu, ale u bytovky mám malou zahrádku, kterou si opečovávám.“

Tazatel: Nepřemýšlel jste nad tím, jestli Vás nebude nemoc v práci omezovat?

Pacient: „Po pravdě mě to napadlo, jestli se budu moc vrátit zpět do svého života, protože do důchodáku nechci.“

Zjištěné výsledky:

Pacient je aktivní, nepracující důchodce. Po prodělání nemoci, měl obavy, zda se bude moc vrátit zpět ke své oblíbené práci na zahrádce. Ta má na něj velmi pozitivní vliv a rád se k ní vrací.

10) Projevy sexuality

Tazatel: Máte v nynější době aktivní sexuální život?

Pacient: „Ne, nemám a víc Vám tuhle otázku neodpovím, je pro mě až moc osobní“

(rozmrzelost)

Tazatel: Jaký je Váš rodinný stav?

Pacient: „Jsem svobodný a děti nemám“

Zjištěné výsledky:

Pacient je svobodný, bezdětný. Otázky ohledně jeho sexuálního života byly na pacienta hodně osobní, proto odmítl odpovídat.

11) Spánek

Tazatel: Spíte dobře?

Pacient: „Spím, špatně, málo, o půlnoci jsem vzhůru, teď často ve třeba ve 4:00 jsem vzhůru, pak usnu někdy ani neusnu, teď jsem třeba čtyry dny nespal“

Tazatel: Nemáte zlé sny?

Pacient: „Ne, nic, zlé sny nemám, jen prostě nemůžu spát. No když nemůžu spát, sednu si k počítači nebo k televizi a v momentě když zjistím, že jde na mě spaní, utíkám rychle do postele to zaspat“

Tazatel: Máte nějaký rituál, který děláte před spánkem?

Pacient: „Smích... ne, čumím na bednu a pak si jdu lehnout“

Tazatel: Budíte se odpočatý?

Pacient: „No, jsem odpočatý a vzbudím se, vždyť teď nic nedělám, teď ani venku nic nedělám, až bude jaro, léto bude to lepší. Teď zatopím, dojdu ke kotli a jedu na ryby, copak můžu dělat teď v zimě.“

Zjištěné výsledky:

Pacient udává oblast spánku jako nedostačující, často v noci nemůže usnout, budí se několikrát za noc, pokud usne, budí se brzo k ránu kolem čtvrté hodiny ranní. Své problémy se spánkem přisuzuje k tomu, že je zima nemůže pracovat venku. Pacient před spánkem pravidelně sleduje televizi, tu samou aktivitu používá i v noci, kdy nemůže spát.

12) Umírání

Tazatel: Jste věřící?

Pacient: „Ne, věřící nejsem, ale na boha se někdy obracím, když něco potřebuju“

(skeptický sarkastický smích)

Tazatel: Máte strach ze smrti?

Pacient: „Ještě jsem nad tím nepřemýšlel. Na to jsem ani nemyslel.“

Tazatel: Máte nějaké přání nebo něco co byste si chtěl splnit?

Pacient: „Nějaké přání? Chtěl bych dožít v klidu bez žádných větších komplikací.“

(chvilka mlčení)

Pacient: Nevím, možná ta rodina, kdyby se dala trochu do kupy, ale to je fuk, lepší být v klidu“

Zjištěné výsledky:

Pacient není věřící, víru prožívá spíše skepticky. Strach ze smrti nemá, přiznává, že nad smrtí nepřemýšlel, ani v době onemocnění. Jeho největším přáním je dožít klidný život u sebe doma. Pacient na lidi v okolí působí, že ho jeho vlastní rodina nezajímá a že je s tou situací smířený a vyrovnaný, dle mého názoru by byl rád, kdyby se dala rodina dohromady a vztahy se urovnaly.

Analýza rozhovoru

Na rozdíl od respondenta č. 1 (O.M.) jsem se s respondentem č.2 (P.P.) sešla v ordinaci praktického lékaře, kde jsem s ním měla předem domluvenou schůzku a byl mi tu vymezen prostor k rozhovoru. Druhého respondenta jsem před schůzkou znala pouze z dokumentace, avšak všechny potřebné informace o naší schůzce mu byly předány praktickým lékařem a dále několika informativními mobilními zprávami. Zatím co respondent č. 1 měl kvalitní rodinné zázemí, respondent č. 2 bydlí sám v bytové jednotce v třetím patře s výtahem. Respondent č. 2 nemá dobré rodinné vztahy, po nemoci o něj starala sousedka, která mu stále pomáhá a motivuje ho k uzdravení. Rozhovor trval 50 minut, kdy jsem si všimla, že pacienta nejvíce trápí ani ne onemocnění, jako neúplnost rodiny. Pacient při rozhovoru však nebyl naplno otevřený, tudíž některé otázky zůstaly nezodpovězeny. Při našem rozhovoru pacient působil spíše sarkasticky, odpovídal spíše krátkými větami. Pacient působil někdy až negativně, dle mého názoru mi to přijde spíše jako jeho „ochranná ulita“, aby na něj nikdo nemohl a psychicky mu neublížil. Po propuštění z nemocnice se respondent č.2 snažil dodržovat nový životní styl, ale nevydržel a sklouznul zpět do starého. Dle mého názoru mu chybí motivace právě z výše zmíněné rodiny.

11 DISKUZE

V mé bakalářské práci pojednávám o kvalitě života pacienta se srdečním selháním. Cílem mé bakalářské práce bylo, jestli u pacienta po srdečním selhání došlo k nějaké změně v oblasti jejich životního stylu. Dále mě zajímaly jejich specifické potřeby a reakce na probíhající léčbu a jak tuto onemocnění vnímá sám pacient. Srdeční selhání se stalo v posledních letech jedním z nejrozšířenějších onemocnění a jeho mortalita s přibývajícím věkem stoupá. Jen v Evropě zemře více než 4 miliony lidí na srdeční selhání. Už tak vysoké číslo stojí za postavení a zamyšlení. A přitom dle různých světových výzkumů lze z části kardiologickému onemocnění předejít. Vždyť mezi lidmi je toto téma tak moc rozšířené, stále narážíme na reklamy týkající se lepšího životního stylu, obezity, kouření, lepšího stravování, vyhýbání se stresu ale lidstvo jako by neslyšelo. Spotřeba zeleniny a ovoce klesá a fyzická aktivita je u žen menší než u mužů. Je zřejmé, že se doba změnila. Výzkum léčby srdečního selhání šel rapidně vpřed, ale i to někdy úplně nestačí. Samotný průběh léčby je hodně ovlivněný tím jakým životním stylem žil pacient před onemocněním a jakým bude žít po onemocnění. Správný přístup k nemoci může život několikanásobně prodloužit, proto si myslím, že je důležitá informovanost jak nemocného tak i celého jeho blízkého okolí. (20)

V mém výzkumu jsem prováděla rozhovor s předem připravenými otázkami. Otázky jsem zaměřila do dvanácti životních aktivit v oblasti denního života dle modelu Nancy Roper. Mými respondenty byli dva muži stejného věku, oba měli levostranné srdeční selhání avšak sociální a rodinné podmínky měli odlišné.

První respondent O.M., muž 65let, po levostranném srdečním selhání, dříve léčen na vysoký krevní tlak a DM II. typu. Respondent zkolaboval v práci, kde mu spolupracovníci přivolali rychlou záchrannou službu a poskytli první pomoc. Muž byl rychlou záchrannou službou transportován do fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde podstoupil výkon náhrady aortální chlopně. Při hodnocení první oblasti mě nejvíce zajímalo, kdo se o respondenta po propuštění z nemocnice nejvíce staral a jestli zaznamenal nějaké změny související s jeho zdravotním stavem. Respondent č. 1 byl orientovaný místem časem a prostorem, udával, že už před onemocněním trpěl dušností a po výkonu se dušnost nezlepšila ba naopak, ale neztěžuje si. Sám říká, že vztahy a komunikace se změnily k lepšímu. Ve druhé oblasti mi pacient přiznal, že od prodělání onemocnění používá mobilní telefon a nosí ho stále u sebe, dále mi prozradil, že chodí

na preventivní prohlídky. Respondentovo dýchání je i po výkonu zhoršené, sám respondent ale udává, že dýchání mu nedělá takový problém a že rychlost chůze po rovině přizpůsobí svému fyzickému stavu. Dušnost začíná respondent pociťovat kolem druhé patra. Denně cvičí dechová cvičení. V oblasti stravování respondent č. 1 udává změnu jídelníčku, a úplné vyloučení alkoholu, došlo k zapojení i rodiny, která ho podporuje. V oblasti vylučování udává respondent č. 1 změnu s pravidelností stolice, jeho psychický stav nemá žádný vliv na vylučování. V oblasti osobní hygieny a oblékání jsem zaznamenala respondentovu samostatnost v této oblasti, dále jsem zjistila, jak moc je pro respondenta č. 1 důležité dbát o svoji pokožku a to zejména kůži na nohách. Jako sedmou oblast jsem hodnotila tělesnou teplotu, kde mě nejvíce zajímalo, zda respondent č. 1 na sobě pozná vysoký krevní tlak. Na tuto otázku mi respondent odpověděl, že vysoký tlak na sobě pozná z předchozích zkušeností. V oblasti pohybu uvádí respondent největší změnu. Při srovnání před onemocněním a po onemocnění, zvýšil respondent mnoho násobně svoji fyzickou aktivitu, respondent ví, že nejdůležitější je hlídání tepové frekvence. Respondent č. 1 je pracující důchodce, proto v oblasti práce a hry jsem poznala jak důležitá je pro něj práce a pracovní nasazení, byla to pro něj zároveň i motivace pro uzdravení ale zároveň obava, jestli se bude moc vrátit zpět do pracovního procesu. Oblast číslo deset se nazývá projevy sexuality, sama jsem byla překvapená, jak otevřeně o této oblasti respondent č. 1 mluvil, zde respondent přiznal stále aktivní sexuální život. Spánková oblast, je u respondenta č. 1 neporušená, respondent č. 1 nemá s usínáním sebemenší problém, budí se odpočatý a svěží, zároveň mi ale prozradil, že má i své rituály, které před spaním provádí. Jako poslední úsek otázek byly otázky týkající se umírání. Respondent č. 1 není věřící, ale zároveň přiznává, že v době, kdy mu bylo nejhůře na boha vzpomenu. Zároveň přiznává, že díky své nemoci a toho co si prožil, se bojí smrti.

Respondent č. 1 je milý pozitivně naladěný muž, který má obrovskou oporu ve své rodině a blízkém okolí. Dle mého názoru mu nemoc přinesla starosti, které dokázal využít ve svůj prospěch a změnit tak z části svůj osud.

Respondent č. 2 pan P.P. se svými problémy přichází k praktickému lékaři. Respondent č. 2 je bezdětný, svobodný 65letý důchodce. Stěžuje si na týden zhoršenou dušnost. Po vyšetření praktickým lékařem, je odeslán do nemocnice v Hradci Králové pro náhradu aortální chlopně s mechanickou protézou a následnou léčbou v lázních Poděbrady. Respondent č. 2 je orientován místem, časem a prostorem. V první oblasti udává míru svého zdraví za kvalitní a v mnoho případech lepší než před onemocněním

a to hlavně v oblasti chůze, která se zrychlila. V oblasti komunikace, respondent komunikuje a pravidelně konzultuje svůj zdravotní stav se svým praktickým lékařem. Ve třetí oblasti dýchání respondent pocítil jednu z největších změn. Zatím co respondent před výkonem udával obrovské problémy se schody a ve funkční klasifikaci NYHA měl III. stupeň, po výkonu a následné léčbě se jeho příznaky zlepšily o jeden stupeň, to znamená NYHA II. Bohužel dle informací od respondenta vím, že nebyl informován o důležitosti dechového cvičení ani od praktického lékaře. Ve čtvrté oblasti se zaměřuji na dietní opatření. Respondent udává, že nedodrжуje dietu s omezením soli a tuků ale ani z důvodu diabetu. Dle mého názoru bych předpokládala, že po předchozí zkušenosti bude pacient důslednější a pečlivější, bude více dbát o své zdraví, jelikož je o dopadu nedodržování diety informován. Pátým bodem mého šetření bylo vyprazdňování, které respondent udává jako nezměněné, ale v jeho případě často psychicky ovlivnitelné. Problémy se stolicí ustanou stejně, jak začaly s nervovým vypětím po psychické stránce. Dle dokumentace má pacient močení bez problému. V oblasti hygieny a oblékání mě nejvíce zajímala otázka péče o pokožku respondenta. Jak už bylo výše zmíněno, pacient nedodrжуje péči o sebe samého ohledně diabetu a nepečuje o svoji pokožku. Už na první pohled jeví pokožka respondenta známky suchosti, šupinatosti a nedostatečné péče. V otázce v oblasti kontroly tělesné teploty, pokud respondent na sobě pozná vysoký krevní tlak a jestli dochází k jeho pravidelnému měření, respondent přiznává, že si pravidelně tlak neměří, ale pokud se dostaví nějaká obtíž, respondent si ho změří, aby se ujistil, zda je vše v pořádku. Před onemocněním respondent neměl téměř žádnou fyzickou aktivitu, po onemocnění se to nezměnilo, respondent nevykonává žádnou fyzickou aktivitu, podle mého zjištění ho ani praktický lékař neinformoval o důležitosti aktivního přístupu ke sportu. Respondent udává v oblasti sportu jako svoji největší fyzickou aktivitu rybaření se svými vrstevníky. V oblasti práce respondent vzpomíná na léto na práci na zahrádce, kterou má hned vedle bytové jednotky, na kterou se těší a která je pro něj motivací. Na oblast zvanou projevy sexuality respondent odpověděl, aktivitu svého sexuálního života, však více se zmiňovat nechtěl z důvodů citlivého tématu k jeho osobě. V oblast spánku respondent udává problém a to s usínáním a pravidelném se v noci buzením, své problémy přisuzuje k ročnímu období zimě, protože nemůže pracovat na výše zmíněné zahrádce. Jako poslední oblast, byla oblast umírání, zde respondent udává, že věřící není, ale pokud se mu nějak přitíží nebo je bezradný a zoufalý k bohu se obrací, jeho největším přáním by bylo dožít v klidu u sebe doma.

Při rozhovoru s respondentem č. 2 jsem si všimla jeho citlivé stránky, kterou nedává pro veřejnost najevo a snaží se jí zakrývat nedbalým někdy až arogantním chováním. Na první pohled by mohl působit jako negativistický starý muž. Po bližším poznání a projevu zájmu o jeho osobu, je však znát respondentovu citlivou duši. Dle mého názoru po bližším poznání ho stále trápí nevyřešené vztahy v rodině a to ho velmi sužuje.

Jako první dílčí cíl jsem si stanovila zjistit specifické potřeby pacientů se srdečním selháním. Při rozhovoru respondentů jsem zjistila, že jeden z nejdůležitějších faktorů je pro ně rodina.

U respondenta č. 1 jsem postřehla, jak se rodina semkla v období, kdy se respondentovi nejvíce přitížilo a jak moc důležitým faktorem pro něj byla jejich podpora. Zatím co u respondenta č. 2 nejsou rodinné vztahy zcela vyřešené, to respondenta nejvíce trápí a ubírá mu na motivaci se uzdravit.

Jako druhý dílčí cíl jsem si stavila získat podvědomí o kvalitě života nemocného se srdečním selháním.

Z mého výzkumu bakalářské práce a během mé praxe v rámci studia na vysoké škole jsem postřehla, jak hodně záleží na druhu a závažnosti onemocnění. Zatímco prvnímu respondentovi se dýchání nezlepšilo a respondent musí rychlost své chůze přizpůsobit svému zdravotnímu stavu. Respondent č. 2 po prodělání výkonu cítí lépe než před výkonem. Z toho usuzuji, že srovnávat kvalitu života kardiaka je velmi individuální, záleží na mnoha faktorech, ať už zdravotních, rodinných, pracovních nebo sociálních.

Každý je individuální bytost, na kterou je potřeba, dle mého názoru, se dívat objektivně a mít k nim individuální přístup.

Jako třetí dílčí cíl jsem si stanovila, vytvoření edukačního materiálu se zaměřením na prevenci srdečního selhání. Viz příloha číslo 2 a příloha číslo 3.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo vypracování dvou kazuistik u pacientů se srdečním selháním. Toto téma jsem si vybrala, protože srdeční selhání patří mezi civilizační onemocnění a jedno z nejvíce rozšířených onemocnění, na které umírá nejvíce lidí a jeho nárůst stále stoupá. Proto si myslím, že je důležitá informovanost a prevence lidí nejen v České republice ale na celém světě. To mě také přimělo se zamyslet nad problematikou a vytvořit jednoduchý edukační leták s rizikovými a preventivními faktory srdečního selhání.

Bakalářská práce, kterou jsem vypracovala, se dělí na dvě části, teoretickou a praktickou část. V první teoretické části popisu anatomii a fyziologii srdce, dále je zde popsáno a rozděleno srdeční selhání, diagnostika, léčba ať už u akutního srdečního selhání nebo chronického srdečního selhání, rizikové faktory a prevence. V závěru teoretické části mé bakalářské práce jsem vypracovala kapitolu o psychice kardiologického pacienta, jelikož jak je již dokázáno v mnoha studiích psychický stav nemocného působí zároveň na pacientovu fyzickou stránku. Ve druhé praktické části jsem vypracovala kazuistiky a odebrala rozhovor od dvou pacientů. Rozhovor jsem rozdělila do dvanácti oblastí dle modelu Nancy Roperové. Oba pacienti byli stejný ročník, mají stejnou diagnózu a oba podstoupili stejný výkon. Na první pohled by se mohlo zdát, jak moc si jsou podobní, ale při podrobnějším náhledu je každý z nich úplně jiný, každý má své individuální potřeby, každý je osobností jako taková. V praktické části jsem se dozvěděla, jak moc je důležité mít rodinu, která Vás motivuje a podpoří v momentě, kdy Vám není nejlépe.

K tomu, aby člověk dobře viděl, nestačí mít otevřené jen oči.

K tomu je třeba otevřít i srdce.

Paul Cézanne

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČIHÁK, Radomír. Anatomie 3. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 673 s. ISBN 80-247-1132-X.
- [2] Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, viii, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-836.
- [3] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.
- [4] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [5] BERAN, Jiří. Lékařská psychologie v praxi. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 140 s. ISBN 978-802-4711-256.
- [6] SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. Kardiologie pro obor ošetrovatelství. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 255 s., viii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4748-238.
- [7] PLHOŇOVÁ, Iva a Mgr. Jana KLIMEŠOVÁ. Péče o pacienta při chronickém srdečním selhání. In: [Http://zdravi.e15.cz](http://zdravi.e15.cz) [online]. 2011 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-pri-chronickem-srdecnim-selhani-461386>
- [8] KŘEČKOVÁ, Bc. Markéta a MUDr. Jan BĚLOHLÁVEK, PH. D. Chronické srdeční selhání v ambulantní péči. In: Chronické srdeční selhání v ambulantní péči [online]. [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/chronicke-srdecni-selhani-v-ambulantni-peci-457275>
- [9] ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, xxxiii, 722 s. ISBN 9788024713854.
- [10] MEDICÍNA, Postgraduální. Chronické pravostranné srdeční selhání - klinický obraz a léčba. In: [online]. 2007 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/chronicke-pravostranne-srdecni-selhani-klinicky-obraz-a-lecba-302314>

- [11] SOVOVÁ, Eliška. EKG pro sestry. Praha: Grada, 2006, 112 s. Sestra. ISBN 8024715422.
- [12] SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 188, [4] s. Sestra. ISBN 9788024717753.
- [13] MINAŘÍKOVÁ, Petra. Monitorace pacienta. In: [online]. 2008 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/monitorace-pacienta-374788>
- [14] KOTÍKOVÁ, Kateřina. Selektivní koronarografie z pohledu zdravotníka. In: [online]. 2010 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/selektivni-koronarografie-z-pohledu-zdravotnika-455013>
- [15] WIENDL, MUDr. Martin, MUDr. Jan KOHOUTEK a Doc.MUDr.Jan ŠOCHMAN, CSC. Léčba akutního srdečního selhání. In: Léčba akutního srdečního selhání [online]. 2010 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-akutniho-srdecniho-selhani-454033>
- [16] KUČEROVÁ, Alena a MUDr. Mgr. Jiří PAŘENICA. Využití pravostranné srdeční katetrizace v léčbě akutního srdečního selhání na koronární jednotce. In: [online]. 2009 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyuziti-pravostranne-srdecni-katetrizace-v-lecbe-akutniho-srdecn-418590>
- [17] Cvičení pro kardiaky [online]. 2009 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://www.kardiocviky.cz/sportovani/>
- [18] VOKURKA, Martin a Jan HUGO. Praktický slovník medicíny. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, xv, 518 s. ISBN 9788073451592.
- [19] European society of cardiology: European Cardiovascular Disease Statistics [online]. 2012 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://www.escardio.org/ABOUT/WHAT/ADVOCACY/EUROHEART/Pages/2012-CVD-statistics.aspx>
- [20] MAT. EKG a EEG vyšetření. In: [Http://zdravi.e15.cz](http://zdravi.e15.cz) [online]. 2009 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/ekg-a-eeg-vysetreni-447373>

SEZNAM ZKRATEK

SA - sinoatriální uzel

AV - atrioventrikulární uzel

NYHA - tabulka hodnocení na základě míry poškození srdečního selhání - New York Heart Association

EKG - elektrokardiogram

Min - minuta

mg - miligram

aPTT - druh vyšetření na srážlivost krve

INR - druh vyšetření na srážení krve

ČR - Česká republika

PDE - inhibitory fosfodiesterázy

FW - sedimentace

CK - kreatinkináza

CK-MB - druh srdečního enzymu

ALT - alanin

AST- asparát

Na - sodík

K - draslík

Cl - chlor

Mg - hořčík

Ca - vápník

CRP - C reaktivní protein

BNP - Natriuretický peptid typu B

ANP - natriuretický peptid typu A

aVR - zvýšený svod na pravé horní končetině u EKG

aVL - zvýšený svod na levé horní končetině u EKG

aVF - zvýšený svod na levé dolní končetině u EKG

RTG - rentgenové vyšetření

ECHO - echokardiografie

ICHS - ischemická choroba srdce

ICHSDK - ischemická choroba dolních končetin

PAP - kontinuální měření tlaku v plicnici

PAWP - měření tlaku v plicnici při zaklínění balónku

PAD - perorální antidiabetika

DM - diabetes mellitus

kg - kilogram

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Funkční klasifikace srdečního selhání podle New York Heart Association (NYHA) 1994

Příloha 2 Edukační leták - Jak předejít srdečnímu selhání - vnitřní strana

Příloha 3 Edukační leták - Jak předejít srdečnímu selhání - přední a zadní strana

Příloha 4 Glasgow coma scale


Příloha 5 Bartelův test základních všechních činností ADL

Tak NE!!!

Rizikové faktory

- **Stres**
(v dnešní uspěchané době velmi častý např. nechávání věcí na poslední chvíli)
- **Obezita**
(přibývá stále více lidí s obezitou díky „fastfoodům“)
- **Velký příjem alkoholu**
(alkohol zdravému srdci nevádí, ale pro nemocné to může mít fatální následky)
- **Špatná životospráva**
(nadměrný kalorický příjem přispívá k obezitě a ke kornatění cév)

Příznaky srdečního selhání



Levostranné srdeční selhání

- úzkost
- noční dušnost
- zvýšená poloha vleže pod hlavou
- pocení
- studená a vlhká kůže
- kašel
- zvýšený pulz
- cyanóza nehtových lůžek

Pravostranné srdeční selhání


- úzkost
- nevolnost
- bolest na hrudi
- kašel
- zvýšený pulz a tlak
- zvýšená náplň krčních žil
- otoky dolních končetin
- zvýšení tělesné váhy

Tak ANO!!!


Prevence


- **Sportovat**
(plavání, cyklistika, běhání, rychlá chůze)
- **Životospráva**
(jíst hodně zeleniny a ovoce, vynechat pečivo nebo nahradit celozrnnými výrobky, omezit soli a tuky)
- **STOP kouření**
(úplné vyřazení kouření)
- **STOP alkoholu**
(úplné vyřazení alkoholu)
- **Stres**
(zbytečně nevyvolávat stres a s ním i vysoký krevní tlak, je zbytečně se nervovat pokud mohu věci naplánovat)

srdečnímu selhání



Jak předejít srd





*Cytil jsem motýla - zahynul. Utrhl jsem květinu - zvadla.
Poznal jsem, že všeho co je krásné, se mohu dotknout
pouze srdcem.*

John Lennon

Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	
orientován	5
dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů: 15 = normální stav
13 = vyžaduje hospitalizaci
8 = mez kritického stavu mozku
Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

zdroj: Glasgow coma scale. In: [Www.ose.zshk.cz](http://www.ose.zshk.cz) [online]. [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý