

Jiho-**eská univerzita v** **eských Budjovicích**
Zdravotn- **sociální fakulta**

Specifika o-et** o-**vatelské pé** e u pacient **s** **chronickým srde** **ním**
selháním**

Bakalá **ská práce**

Vedoucí práce:
Mgr. Lucie Rolantová

Autor práce:
Michaela Gegnerová

2012

Abstract

This Bachelor Thesis deals with the issue of chronic heart failure during which the heart cannot pump blood in the amount sufficient for the organism in the given moment. In most cases this disease represents the issue concerning especially elderly people. The theoretical part of the thesis describes the definition, classification, causes, symptoms, diagnostics and treatment of this heart disease. The specific needs and nursing care of patients with chronic heart failure are also characterised in the given work.

Chronic heart failure requires many preventive health measures to be observed by the patients. Their health conditions might deteriorate case of non-respect of such rules (smoking, alcohol consumption, minimum or excessive physical activity, stress or non-compliance with diet). Pharmacological treatment represents an inseparable part of therapy which extends and improves patient's life. Chirurgical treatment is provided to the patients with worsening health condition. For this reason, nurses are required to have enough information in order to educate and support their patients.

The main objective of this thesis is to find out whether the patients suffering from chronic heart failure require specific needs. On the basis of identified outputs nursing care of the patients with chronic heart failure are surveyed.

Research question are answered by means of qualitative inquiry with the use semi-structured interview with the patients suffering from chronic heart failure which is later elaborated into casuistries. The most important results are recorded as data categorization in the charts. Self-care, sufficient movement, physiological importance of breathing, as well as safety and security needs.

Specific needs which are identified in this thesis may be helpful to the nurses in order to understand better the problems arising from this disease. The work can thus serve as an important source of information not only for the patients suffering from chronic heart failure, but also for the nurses and health and medical science students.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s chronickým srdečním selháním“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích:

Michaela Gegnerová

Pod kování

Touto cestou d kují vedoucí práce Mgr. Lucii Rolantové za ochotu, odborné vedení a cenné rady p í psaní mé bakalá ské práce. Dále d kují respondent m za v novaný as a ochotu.

OBSAH

Úvod	6
1. Sou asný stav	7
<i>1.1 Definice a rozd lení.....</i>	<i>7</i>
<i>1.2 Etiologie a rizikové faktory.....</i>	<i>8</i>
<i>1.3 Klinický obraz.....</i>	<i>9</i>
<i>1.4 Diagnostické metody.....</i>	<i>11</i>
<i>1.5 Lé ba.....</i>	<i>15</i>
<i>1.5.1 Režimová a dietní opat ení.....</i>	<i>15</i>
<i>1.5.2 Farmakologická lé ba.....</i>	<i>17</i>
<i>1.5.3 Chirurgická a p ístrojová lé ba.....</i>	<i>19</i>
<i>1.6 Pot eby.....</i>	<i>22</i>
<i>1.7 O-et ovatelská pé e o pacienty s chronickým srde ním selháním</i>	<i>24</i>
<i>1.7.1 O-et ovatelská pé e p i hospitalizaci.....</i>	<i>25</i>
<i>1.7.2 Úloha sestry u vybraných vy-et ovacích metod.....</i>	<i>26</i>
<i>1.7.3 Komunikace</i>	<i>28</i>
2. Cíl práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3. Metodika	31
3.1 Metodika a technika výzkumu	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	31
4. Výsledky výzkumu.....	32
4.1 Kazuistiky respondent	32
4.2 Kategorizace dat v tabulkách.....	45
5. Diskuze	53
6. Záv r	59
7. Seznam poufíté literatury	60
8. Klí ová slova	64
9. P ílohy.....	65

Úvod

Motto: Zdravý člověk má tisíce problémů, nemocný jen jedno...

(Indické přísloví)

Chronické srdeční selhání je onemocnění, které je záleženo mezi kardiovaskulární onemocnění. Existují také názvy jako srdeční insuficience nebo srdeční nedostatečnost.

Prevalence tohoto onemocnění je v naší populaci 0,4 až 2% a má vzestupnou tendenci. V ČR je podle odhadů 100 000 až 150 000 nemocných a každým rokem se tato nemoc nově diagnostikuje asi u 40 000 obyvatel. V důsledku toho narůstá počet hospitalizací, a tím se zvyšují i finanční náklady na léčbu. Onemocnění představuje medicínský, společenský i ekonomický problém. Vyspělá léčba akutních stavů, hlavně akutního infarktu myokardu, způsobuje nevratné poškození srdečního svalu, a tím i rozvoj chronického srdečního selhání, nebo ti pacienti jsou k onemocnění náchylnější. Onemocnění má špatnou prognózu, proto je velmi důležitá primární prevence (ovlivňování reflowových opatření). Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je vysoký věk, který nelze ovlivnit. Léčba chronického srdečního selhání je zaměřena na ovlivnění symptomů a na ovlivnění výskytu a progresi onemocnění. Cílem léčby je zlepšit kvalitu a prodloužit délku života, snížit počet hospitalizací a úmrtnost pacientů.

Bakalářskou práci na téma Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s chronickým srdečním selháním jsem si vybrala proto, že s těmito pacienty přicházím každodenně do styku. Pacienti s tímto onemocněním jsou často léčeni doma a docházejí pouze na lékařské kontroly. Při zhoršení zdravotního stavu jsou hospitalizováni na příslušném oddělení. S těmito pacienty se setkávám i na jiných odděleních, a to v důsledku přidružených onemocnění. Vzhledem k tomu, že již několikátým rokem docházím na praxi a při výkonu svého budoucího povolání s nimi budu i nadále v kontaktu, rozhodla jsem se hlouběji proniknout do této problematiky.

V bakalářské práci bych rovněž chtěla poukázat na specifické potřeby pacientů s chronickým srdečním selháním a na ošetřovatelské problémy, které se u nich vyskytují.

1. Současný stav

1.1 Definice a rozdělení

Chronické srdeční selhání se označuje jako stav, kdy srdce selhává jako pumpa. Srdce je sval, který přeerpává krev do krevního oběhu. Tento dutý sval není schopný přeerpávat krev v takové míře, jakou organismus potřebuje v danou chvíli. Nastává stav, kdy srdce není schopné udržet minutový srdeční výdej i přes dostatečně plněné komory. Minutový srdeční výdej je množství krve, které srdce odevzdá za jednu minutu. Normální hodnoty jsou 4 až 8 litrů za minutu. Při chronickém srdečním selhání srdce není schopno uspokojit tělesnou potřebu kyslíku za různých okolností (1, 2, 3).

Levostranné chronické srdeční selhání

Je charakterizováno postupným vzestupem plicního tlaku levé srdeční komory, městnáním v malém plicním oběhu a hypoxií v důsledku sníženého minutového srdečního výdeje (1, str. 154). (1).

Pravostranné chronické srdeční selhání

Je charakterizované postupným vzestupem plicního tlaku pravé komory srdeční a městnáním v systémových žilách, v povodí horní a dolní duté žíly (1, str. 158). (1).

Chronické srdeční selhání se rozděluje dle vyvolávající příčiny na pravostranné a levostranné. Vzácněji se vyskytuje i oboustranné selhání, které kombinuje příznaky plicní a systémové venostázy. Forma může být jak akutní, tak chronická, dle rychlosti vzniku. Podle obnovení výkonu srdce se srdeční selhání dělí na kompenzované a dekompenzované. Kompenzované chronické srdeční selhání je stav, kdy vlivem léky dojde u pacienta ke zlepšení srdečního výkonu. Dekompenzované chronické srdeční selhání je stav, kdy dochází ke zhoršení stavu. Podle charakteru srdeční dysfunkce onemocnění dělíme na systolické a diastolické. Systolické je charakterizované vysokými hodnotami tlaku v síni i v komoře, klesá staflivost myokardu, snižuje se

minutový srdeční výdej a ejectionální frakce, což je podíl krve, která je vypuzena stahem z komory na konci diastoly. Diastolické má vysoký tlak na konci diastoly, kde je ztížené plnění komory i zvýšení tuhosti myokardu (2, 4, 5).

Funkční klasifikace srdečního selhání se hodnotí podle New York Heart Association (NYHA). NYHA je zanesena v tabulce, ve které se srdeční selhání rozděluje do čtyř tříd. Třída I je klasifikována bez omezení činnosti. Nemocní zvládnou všechny domácí práce i zvýšenou tělesnou aktivitu. Třída II se hodnotí jako menší omezení tělesné činnosti, každodenní činnosti pacienti vykonávají. Pro třídu III je charakteristické značné omezení v tělesné činnosti, nemocní zvládají jen základní domácí činnosti. Třída IV je nejzávažnější klasifikací. Nemocní mají potíže, je-li vznikají při jakékoliv činnosti, mají i klidové potíže a nejsou schopni flit samostatný flivot. Přechod z NYHA IV do NYHA III není výjimečný (3, 6, 7).

1.2 Etiologie a rizikové faktory

Chronické srdeční selhání se řadí pod chronickou formu ischemické choroby srdeční. Existuje mnoho příčin, které s ischemickou chorobou srdeční nesouvisí. U chronického srdečního selhání se vždy pátrá po příčinách a vyvolávajících faktorech. Některé vyvolávající faktory jsou léčitelné a po jejich odstranění může dojít ke zlepšení stavu (2, 6).

Chronické srdeční selhání může být vyvoláno řadou poruch, které souvisí se srdeční funkcí, srdečním onemocněním nebo chlopenními vadami. Je velmi důležité samotnému vzniku onemocnění předcházet, tzn. dle sledných léčitelných onemocnění, která by mohla vést k chronickému srdečnímu selhání. Hlavním rizikovým faktorem je však, je-li je neovlivnitelný. Existuje ale řada rizikových faktorů, které jsou ovlivnitelné nebo léčitelné. Jedná se o objemové přetížení, tlakové přetížení a deprese myokardu. Do objemového přetížení patří tělesná a emocionální zátěž, infekce, horečka, nadměrné solení, zvýšený příjem tekutin a tlakotenství. Do tlakového přetížení patří hypertenze, akutní infarkt myokardu nebo embolizace. Do deprese myokardu patří porušení léky, požívání alkoholu, užívání nesteroidních antirevmatik, minerální nebo acidobazická nerovnováha, toxické nebo závažné postižení myokardu, retence moči, cévní mozková

příhoda a nádorové onemocnění (6, 8, 9).

Mezi nejčastější příčiny levostranného chronického srdečního selhání patří ischemická choroba srdeční, hypertenze, stav po infarktu myokardu, kardiomyopatie a vady aortální chlopně. Méně často je příčina způsobena levoprávním zkratem, vrozenými vývojovými vadami, tyreotoxikózou, infekční endokarditidou, trombózą anémií nebo myokarditidou (4, 10).

Pravostranné chronické srdeční selhání obvykle nasedá na chronické levostranné srdeční selhání. ŠU levostranného srdečního selhání dochází ke zvýšení tlaku v levé síni, čímž se zvyšuje dotížení pravé komory a nakonec vzniká srdeční selhání pravého srdce (3, str. 379). Dalšími příčinami jsou chronická plicní onemocnění. Jsou to onemocnění, která vedou k plicní hypertenzi, což je zvýšený plicní odpor. Plicní hypertenze může být prekapilární a postkapilární. U prekapilární hypertenze je příčina vždy způsobena plicními kapilárami, to jest v plicích, v průduchách nebo v plicních cévách. Patří sem chronická obstrukční plicní nemoc, cystická fibróza, plicní emfyzém nebo embolizace plic. Postkapilární hypertenze je způsobena levostranným srdečním selháním s plicní hypertenzí, jež je způsobena doprava. Další příčiny jsou zúžení trikuspidální nebo mitrální chlopně, defekty septa, síní nebo komor, vrozené vývojové vady (levoprávné zkraty) nebo perikarditida (3, 11).

1.3 Klinický obraz

Levostranné chronické srdeční selhání může zpočátku probíhat bezpříznakově, pouze se sníženým minutovým srdečním objemem. Rozvíjí se hypoxie, kdy je pacient nesoustředěný, nevykonný, zmatený a unavený (únava 00093 v NANDA doménách). Srdce při námaze nestačí vyčerpat minutový srdeční objem, proto se krev hromadí v malém plicním oběhu. V důsledku toho vzniká námahová dušnost, která může být spojena se suchým kašlem způsobeným zúžením bronch (oslabené dýchání 00033 v NANDA doménách). V pozdějším stádiu se dušnost objevuje i v klidu, hlavně vleže. Vzniká tzv. paroxysmální noční dušnost (pacient usne, ale za pár hodin ho probudí dušnost). Tato dušnost může být provázená s nádechovým nebo výdechovým stridorem při bronchospasmu, čímž vzniká kardiální astma. Nakonec se dušnost objevuje všude i ve

stojí, vzniká akutní plicní edém. Plicní edém je stav, kdy se vlivem vysokého plicního kapilárního tlaku tekutina permeuje do alveol, pacient lapá po dechu a je úzkostný. Tyto záchvaty ve většině případů sami ustoupí, ale vlivem rychle slábnoucí levé komory může plicní edém vést k šoku a poté ke smrti. U pokročilého levostranného chronického srdečního selhání se objevuje Cheyneho-Stokesovo dýchání, způsobené prohlubující se hypoxií. Vyskytují se i doprovodné příznaky nemoci, kam patří zrychlená srdeční frekvence, zúžení periferních cév, zvedavý úder srdečního hrotu, bledá a studená periferie, zvětšené srdce, třetí a čtvrtá srdeční ozva. Chřipky a vrzoty se mohou objevovat v pozdějším stádiu nemoci, kdy se tekutina permeuje do alveol. Chřipky mohou být slyšitelné nad oběma plicemi, může dojít až ke vzniku pleurálního výpotku. V pokročilém stádiu onemocnění dochází k hypoxii ledvin. Z nedokrevnosti ledvin se snižuje diuréza přes den a vzniká nykturie. Šest nocí, v klidu se zmenší nároky na práci srdce a zvýší se proto filní návrat, a tím i průtok ledvinami (1, str. 156). Nedokrevnost trávicího traktu způsobuje nechutenství, hubnutí a malabsorpci (1, 3, 4, 12, 13).

U pravostranného chronického srdečního selhání se vlivem sníženého srdečního výdeje stává pacient unavený a nevykonný. Šláklý minutový objem způsobí svalovou hypoxii, ta se projevuje slabostí a zvýšenou únavností svalů a svalovou atrofií (1, str. 159). V důsledku nedokrevnosti mozku se v pokročilém stádiu rozvíjí hypoxie mozku, pacient je nevykonný, nedokáže se koncentrovat, má porušený spánek (porušený spánek 00095 v NANDA doménách), je neklidný, má bolesti hlavy, je zmatený a unavený. Hlavním příznakovým souborem je systémové filní množství, extracelulární tekutina uniká z krve do tkání, a tím vznikají otoky. Otoky se dělí na místní a celkové. U chodících pacientů vznikají nejprve místní otoky, a to veškeré okolo obou kotníků (perimaleolární) jako množství prosáknutí. Později se vyskytují ve dne, na bérkách i na stehnech. Tyto otoky jsou tuhé a po vmáknutí prstu vznikají důlky. Kůže je bílá a napjatá. Otoky se vyskytují na nejnižší uložené části těla, u ležících pacientů na zádech. Při těžkém pravostranném chronickém srdečním selhání nastává celkový otok těla tzv. anasarka, což je celkové prosáknutí organismu. Množství krve v játrech vede k bolesti v pravém horním kvadrantu břicha, která bývá zaměňována s bolestí při cholecystitidě. Dále vzniká zvýšená náplň krčních filí, hepatosplenomegalie (zvětšení jater a sleziny)

nebo hepatojugulární reflux. Krev se hromadí v dutině břišní, což může vést ke vzniku ascitu. Při překrvení viscerálních orgánů se mohou u pacientů vyskytovat příznaky jako je nechutenství, pocit plnosti, zácpa, hubnutí, nauzea, zvracení, kachexie, malabsorpce a anorexie. U pacientů se dále vyskytuje hypertrofie pravé komory, zvedavý úder hrotu pravé komory, srdeční cval, pulmonální druhá ozva, –elesty a hydrotorax (pleurální a perikardiální výpotek). V pokročilém stádiu nemoci se objevuje dušnost (1, 2, 3, 13, 14).

1.4 Diagnostické metody

Anamnéza

V anamnéze se pátrá po příčině a vyvolávajících faktorech, které se v minulosti dají léčit. Při odstranění těchto vyvolávajících faktorů může samo dojít ke zlepšení stavu pacienta. Rodinná anamnéza zjišťuje, jakými nemocemi trpí příbuzní pacienta. Osobní anamnéza zjišťuje u pacienta kouření, alkohol, infekční onemocnění, hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční nebo plicní onemocnění (6).

Fyzikální vyšetření

U jednostranného chronického srdečního selhání může být pacient na pohled unavený, nevyspalý, neklidný a cyanotický. V pokročilejším stádiu onemocnění se může vyskytovat bledá a studená kůže. U pacienta se sleduje tachypnoe a obtížné dýchání. Poloha nemocného je nejčastěji ortopnoická nebo Fowlerova, při kterých se pacientovi lépe dýchá. Pohmatem se zjišťuje mlký tep, tachykardie a stídavý tep. U stídavého tepu tzv. pulzus alterans se hmatají silné a slabé údery. Dále se při pohmatu může objevit zvedavý úder srdečního hrotu. Nejprvním fyzikálním vyšetřením je poslech (auskultace) srdce a plic, při něm se hledají poslechové fenomény, třetí a čtvrtá srdeční ozva, srdeční –elesty. Při poslechu srdce mohou být slyšitelné chrpky nebo vrzoty. Poklepem se pátrá po pleurálním výpotku. Krevní tlak je základní metodou kontroly stavu krevního oběhu pacienta. Mění se průběhem onemocnění v tepně, tzv. krvavá metoda, pomocí srdečního katétru. Nejprve se měří pomocí fonendoskopu a rtuového

tonometru tzv. stetoskopickou metodou. Hodnota 140/90 mm Hg je hraniční hodnotou pro hypertenzi (1, 3, 6, 12).

U pravostranného chronického srdečního selhání se v oblasti mflé vyskytovat otok, mitrální tvář nebo ikterus. Sleduje se nápl krních flil u lefického pacienta. Pacient má podlofné horní kon etiny, zvý-ená nápl krních flil se objevuje p i tlaku, který p sobí na játra, vzniká tzv. hepatojugulární reflux. Dále se p i pohledu na pacienta sledují otoky kolem kotník a na bérkách. P i pohmatu se m flé vyskytovat bolest v pravém horním kvadrantu jako následek m stnání krve v játrech. Poslechov se m flé zachytit srde ní cval, systolický -elest, pulmonální II. ozva nebo známky systémového m stnání. P i poslechu se dále mohou vyskytovat pískoty, vrzoty nebo chropy jako následek chronického plicního onemocn ní. Poklepem se zji-uje p ítomnost hydrotoraxu (3, 6, 12).

Zobrazovací vy-etovací metody

Elektrokardiografie

šElektrokardiografie (EKG) je vy-etovací metoda, která zaznamenává elektrickou aktivitu srde ního svalu, tzn. vznik a íení ak ního proudu p evodním systémem srde ním a bu kami myokardu (1, str. 99).šProvádí se standardn u v-ech pacient p i interním nebo specializovaném kardiologickém vy-etení (4, str. 20).š Elektrody se p íkládají na k flil, EKG k ivka se zaznamenává na speciální papír. Rozd lení elektrod podle místa p ípevn ní je kon etinové a hrudní (1, 4).

Rentgen srdce a plic

Rentgen (RTG) srdce a plic je neinvazivní vy-etovací metoda, která snímá nativní snímek hrudníku, je to prostý rentgenový snímek srdce a plic. Tato nej ast j-í diagnostická zobrazovací metoda dokáfle odhalit p í inu chronického srde ního selhání. Podle RTG hrudníku lze odhadnout hodnotu tlaku v zaklín ní. Podle RTG lze zjistit známky plicní hypertenze a plicního m stnání. Srde ní stín je zv t-en p i dysfunkci komor. Dále m flé RTG srdce a plic prokázat dilataci komor nebo pravé sín (4, 6, 12).

Echokardiografie

šEchokardiografie je nejd leflit j-í neinvazivní (krom jícnového p ístupu) diagnostická metoda v kardiologii. (1, str. 104).ō Pomocí ultrazvukového vln ní dokáffe echokardiografie (ECHO) zobrazit srdce, velké cévy, sm r proud ní krve a mnofství krve v t lesných dutinách, rozm r srde ních dutin, stav chlopní, p ítomnost diastolické nebo systolické dysfunkce. ECHO dokáffe odhalit základní p í inu chronického srde ního selhání, a tím i významn ovlivnit lé bu. Pomocí ECHO se diagnostikuje plicní hypertenze, hypertrofie levé komory, závařnost chronického srde ního selhání, pleurální výpotek, stenózy i regurgitace chlopní. Podle umíst ní sondy d líme echokardiografii na transtorakální (TTE) a transezofageální (TEE). Transtorakální ECHO je neinvazivní metoda, která se provádí v tzv. akustických oknech, to je bez p ekáffe (řebra, vzduch), které by bránily v cest ultrazvukovému signálu k srdci. Transezofageální ECHO je invazivní metoda, kdy se sonda zavádí do jícnu (1, 4, 6, 12).

Centrální řilní tlak

M ení se provádí v horní duté říle, pomocí zavedeného katétru p es vena subclavia, vena jugularis nebo vena cubitalis. Toto vy-et ení podává informaci o mnofství krve, které p íteká k srdci. Centrální řilní tlak se m í bu metodou ode ítání vý-ky vodního sloupce, tlak se udává v cm vodního sloupce nebo pomocí tlakového p evodníku, kdy je normální hodnota 4 afl 6 mm Hg. U pravostranného chronického srde ního selhání je centrální řilní tlak zvý-ený (1, 15).

Pravostranná srde ní katetrizace

Pravostranná srde ní katetrizace je invazivní vy-et ovací i lé ebná metoda, která se provádí pomocí punkce vena subclavia, vena jugularis interna nebo vena femoralis. Pr svitem jehly se zavádí vodi , po kterém se zavede nej ast ji Swan v-Ganz v katétru. Tento katétru je trojcestný. Umofl uje posoudit funkci komor, m ítlak v pravé komo e, v pravé síni, m ítlak hodnoty tlaku v plicnici, tlak v zaklín ní a minutový srde ní výdej. Pomocí této metody se stanovují tlakové hodnoty a pr tokové vlastnosti srde ních oddíl . Tato metoda umofl uje i aplikaci lék do pravé sín (1, 4, 15).

Laboratorní vyšetření

Nejdříve laboratorním vyšetřením je stanovení plazmatické koncentrace natriuretického peptidu typu B (BNP) a NT-proBNP. Natriuretické peptidy BNP a NT-proBNP se uvolňují z kardiomyocytů srdečních komor při jejich zvýšeném napětí (9, str. 4). Zjišťují dysfunkci komorového myokardu. Toto vyšetření je dostupné v biochemické laboratoři. Ke stanovení BNP je k dispozici metoda šbed-side, pomocí které jsou výsledky k dispozici do 15-ti minut. Odběr se provádí ze filní krve. Zvýšená koncentrace BNP může upozornit i na jiná onemocnění. Sledování koncentrace BNP pomáhá v dalším vývoji a účinnosti léčebných postupů. Z dalších laboratorních vyšetření se kontroluje moč a sediment, hladina kreatininu a urey pro kontrolu renální funkce. Sleduje se Na, K, Cl (mineralogram), vlivem uflívání léků může dojít k hyperkalemii. Vyšetřuje se krevní obraz, nebo pokračující chronické srdeční selhání může vést k anémii. Dále se vyšetřují jaterní enzymy, acidobazická rovnováha a INR (6, 9, 16).

Zátřevé testy

Zátřevé testy nepatří ke standardním vyšetřením, slouží k objektivizaci potíží pacienta. Testy mohou být provedeny jen za určitých podmínek. Pacient musí být ve stabilizovaném stavu alespoň 2 týdny, musí být ustálená medikace, nesmí být přítomny klidové příznaky chronického srdečního selhání, musí být stabilizované renální funkce, nesmí se vyskytovat sklon k bradykardii, k tachykardii ani k hypotenzii. Pokud budou dodrženy všechny podmínky, je zátřevý test pro pacienta bezpečný. Z testů je nejvíce používána spiroergometrie, Corridor walk test a zátřevá echokardiografie (6, 17).

Spiroergometrie je vyšetření, při kterém se měří spotřeba kyslíku. Ta ukazuje poruchu tolerance zátře a poskytuje objektivní informace o klinickém a funkčním stavu pacienta s chronickým srdečním selháním. Dále se měří maximální spotřeba kyslíku, kterou ale pacienti většinou nedosáhnou kvůli chronickému srdečnímu selhání. Proto se spotřeba kyslíku na vrcholu dosažené zátře hodnotí jako vrcholová spotřeba kyslíku. Doba trvání spiroergometrie, dosažitelná zátřevá a vrcholová spotřeba kyslíku záleží na motivaci pacienta a na jeho subjektivních potížích. Spiroergometrie se nesmí

provádí u pacientů, kteří je nemají zahájenou léčbu a nemají provedené zátěžové EKG (17).

ŠCorridor walk test je oblíbený pro svou jednoduchost. Pacient chodí 6 minut po chodbě a vzdálenost, kterou ujde, je závislá na závažnosti chronického srdečního selhání. Nejprve pacient chodí co nejpohodlněji a pak co nejrychleji. Srovnává se délka, jakou pacient ušel v jednotlivých tempech (6).

Zátěžové ECHO je dle leflitou vyšetovací metodou u pacientů s chronickým srdečním selháním. Provádí se po zátěžové zkoušce, kterou pacient provádí na bicyklovém ergometru. Tato metoda slouží k prokázání ischemické choroby srdce (6, 17).

1.5 Léčba

ŠCílem léčby je zlepšit kvalitu života, snížit mortalitu a prodloužit nemocným život. Pro každého nemocného však mohou být požadány a dle leflitost těchto cílů rozdílné. Pro málo symptomatické nemocné je prioritní snížení mortality a zpomalení progresu onemocnění. Pro většinu symptomatické nemocné je však důležité, aby jim léčba předešla ulevila od jejich potíží (18, str. 1). Informovanost a edukace pacienta a jeho rodinných příslušníků je zde na prvním místě. Základem léčby je objevení a odstranění vyvolávající příčiny a odstranění vyvolávajícího faktoru, které mohou negativně ovlivnit chronické srdeční selhání. Do vyvolávajících faktorů patří nadměrná fyzická zátěž, vynechání nebo porušení léčby, arytmie nebo infekční choroba. Jde o komplexní léčbu, která se neomezuje pouze na farmakologickou léčbu. Invazivní metody léčby jsou pro pacienta náročné, proto se musí zvažovat otázka, zda invazivní metody nepovedou k prodloužení nekvalitního života pacienta (7, 9, 18, 19).

1.5.1 Režimová a dietní opatření

Strava by měla obsahovat dostatek vlákniny, je-li obsažena zejména v ovoci, neměla by být dráždivá, měla by se podávat v menších dávkách 5 až 6 krát denně. Je velmi důležité, aby pacient omezil příjem kuchyňské soli na 5 mg/denně, v případě

t flého srde ního selhání jde o omezení na 2 mg/denn . Pacienta je zapot ebí upozornit na skrytou s l v potravinách a na omezení konzumace minerálních vod. Tekutiny jsou omezeny jen v pokro ilých stádiích chronického srde ního selhání. Do reffimových opat ení pat í zákaz kou ení a zákaz pořívání alkoholu. Pacient by m l být motivován k redukci váhy. M l by si pravideln ě kontrolovat t lesnou hmotnost, m l by se vářit ve stejnou hodinu po vyprázdn ní. Zm na váhy i o jeden kilogram ze dne na den m fle sv d it o retenci tekutin. Kafdou zm nu t lesné hmotnosti by m l pacient oznámit léka i. Léka ur í zm nu v podávání diuretik, je-li pacient dob e pou en, m fle si zm ny v uřívání diuretik korigovat sám (6, 19, 20).

Nezbytnou sou ástí komplexní lé by je fyzická aktivita, ta se ídí stabilizací chronického srde ního selhání. U t flého stavu je na ízen klid na l flku, v leh ích p ípadech p i zhor-ení stavu pacienta je klid na l flku omezen na ur itou dobu. Prodloužená inaktivita m fle vést k ochabnutí sval , ke vzniku komplikací jako jsou dekubity, zán ty plic nebo filní tromboembolie. Provádí se ízený kondi ní trénink, který je indikován pouze u stabilizovaných pacient . Vyuffívá se rychlé ch ze nebo bicyklu, základem je pravidelnost 3 ó 5 krát týdn po dobu 20 - 30 minut, které jsou dopln ě denní rozcví kou. Pacient m fle provád t trénink i doma, ale musí k tomu být zacvi en v rehabilita ním za ízení, kde je mu ur ena intenzita tréninku. P i cestování by se pacienti m li vyvarovat dlouhým trasám. Umírn ná sexuální aktivita ne-kodí u mén symptomatických pacient . Doporu uje se o kování proti pneumokokovým infekcím a sezonní ch ípce vzhledem ke zvý-ené vnímavosti t chto pacient k onemocn ní dýchacích cest (4, 6, 21).

BMI je zkratka pro Body Mass Index, ten je ozna ován jako index t lesné hmotnosti a je pouříván jako m ítka obezity. BMI je zahrnut v tabulce, která ur uje pom r mezi vý-kou a váhou lov ka. BMI se vypo ítá vyd lením t lesné hmotnosti v kilogramech, které jsou p evedené do vý-ky daného lov ka, tato p evedená vý-ka je poté umocn na na druhou. Hodnota pod 18,5 je ozna ení pro podvýřivú. Normální hodnoty BMI jsou v rozmezí 18,5 ař 24,9. Hodnota 25 ař 29,9 poukazuje na nadváhu. Obezita I. stupn ě je za azena mezi hodnoty 30 ař 34,9. Hodnoty pro závařnou obezitu II. stupn ě jsou 35 ař 39,9. T flká obezita III. stupn ě je hodnota nad 40,0 (22).

1.5.2 Farmakologická léčba

Inhibitory angiotensin o konvertujícího enzymu (ACEi)

Inhibitory angiotensin o konvertujícího enzymu jsou nepochybně největším pokrokem v léčbě chronického srdečního selhání, prodlužují a zlepšují kvalitu života, zlepšují toleranci zátěže, snižují mortalitu a morbiditu nemocných. Hlavní úinky jsou vazodilatace, zabránění remodelace myokardu a svaloviny cévní stěny, obnovují normální funkce endotelu. ACEi jsou indikovány u každého pacienta se symptomatickým chronickým srdečním selháním a u pacientů s asymptomatickou systolickou dysfunkcí levé komory mají preventivní úinek na rozvoj chronického srdečního selhání nebo ho oddalují. Mezi neřádnými úinky patří suchý dráždivý kašel, přechodná hypotenze, porucha chuti nebo kožní vyrážka. Po dlouhodobé léčbě ACEi dochází u normotenzivů ke snížení krevního tlaku, který je bez příznaků (6, 19, 23).

Betablokátory

Betablokátory snižují srdeční frekvenci, snižují napětí sympatoadrenálního systému, mají antiarytmický úinek, snižují nutnost hospitalizace a zlepšují plnění komor. Dále dochází k vymizení třetího ozvy srdeční, zlepšují funkční třídu NYHA a příznivě ovlivňují mortalitu a morbiditu nemocných s chronickým srdečním selháním. Betablokátory jsou doporučeny pacientům s chronickým srdečním selháním, kteří mají stabilizovaný stav a funkční klasifikaci NYHA II o IV třídy. V prvních týdnech podávání léku může dojít ke zhoršení, které se projevuje dušností, otoky, bradykardií, nevykonností, únavou a zášívacími obtížemi, zhoršení vyplývá z úpravy dávek medikace (9, 23, 24).

Antagonisté aldosteronu

Hlavní dva zastupitelé antagonistů aldosteronu jsou starší Spironolakton a novější Eplerenon. Jsou indikovány v malé dávce u pacientů s pokročilým chronickým srdečním selháním s funkční klasifikací NYHA III o IV třídy. Neřádnými úinky u mužů jsou bolestivá gynekomastie, mastodynie a impotence, dalšími vedlejšími úinkami

je sklon k hyperkalemii. U žen se vyskytuje porucha menstruace a bolesti prsou. V těchto případech se dávka snižuje nebo se lék úplně vysadí (19, 23, 25).

Blokátory receptoru pro angiotenzin a sartany

Sartany mají podobné účinky jako ACEi, zabírají účinkem angiotensinu II. Hlavní indikací je netolerance ACEi pro suchý dráždivý kašel. Léčba se zahajuje nízkými dávkami a postupně se zvyšuje. Klinické studie prokázaly zlepšení hemodynamických parametrů, zlepšení tolerance zátěže a podobný účinek sartanů jako ACEi ve výskytu mortality a morbidity (9, 24).

Diuretika

Diuretika představují základ léčby nemocného s městnáním v plicním nebo systémovém oběhu. Užívají se v kombinaci s ACEi a betablokátozem. U pacientů s chronickým srdečním selháním dochází k retenci sodíku a vody s následným zmožením extracelulární tekutiny. Retence se projevuje městnáním v malém nebo velkém oběhu. Še bez diuretik se nemocný v plicním edému udusí a při selhání pravého srdce se v anasarce utopí (24, str. 60). Pacienti, kteří mají symptomy, si musí kontrolovat váhu, kontrolovat dietu a množství pijatých tekutin. Diuretika neovlivní prognózu, pouze zlepšují kvalitu života. Jih za několik minut ulevují od dušnosti a otoky ustupují. Nejastěji vedlejší účinek diuretik je dehydratace, ta se projevuje únavou, celkovou slabostí, nízkým tlakem a zmateností (6, 9, 23, 24).

Digoxin

Digoxin zlepšuje symptomy chronického srdečního selhání, ale neovlivní prognózu. Zvyšuje staflivost myokardu, zpomaluje tepovou frekvenci, a tím zlepšuje funkci srdce. Hlavním účinkem je zvýšení obsahu Na a Ca v cévních svalových buňkách. Še jednoznačnou indikací k chronickému podávání digoxinu je symptomatické chronické srdeční selhání při systolické dysfunkci levé komory se souasnou fibrilací síní s rychlou odpovědí komor (23, str. 263). Nevýhodou léku je malá terapeutická šířka. malé rozpětí mezi léčebnou a toxickou dávkou. Příznaky toxicity jsou arytmie,

sí ové tachykardie, komorové extrasystoly, komorové tachykardie, únava, bolesti hlavy, anorexie, závrat , nauzea a zvracení (6, 9, 19, 23).

1.5.3 Chirurgická a p ístrojová lé ba

Intraaortální balónková kontrapulzace (IABP)

Intraaortální balónková kontrapulzace je asto pouffívanou metodou, která zaji–uje mechanickou srde ní podporu p i levostranném srde ním selhání. Skládá se z ídící a pohonné jednotky, z katétru a balónku. ídící jednotka zaji–uje nafouknutí a vyfouknutí balónku dle p edem zvoleného programu, frekvence se ídí podle pulsu. Kontrapulza ní cyklus musí prob hnout v rámci srde ního cyklu. Do arterie femoralis se zavádí speciální katétr s balónkem, který jde p es sheat afl do hrudní aorty. Zde dochází ke zvý–ení diastolického tlaku, nebo je balónek pln n heliem p i diastole. Dochází ke zlep–ení pr toku v koronárních tepnách a ke zvý–ení dodávky kyslíku do myokardu. Balónek se aktivn vyprazd uje p ed systolou, tím se sníží mnoflství krve v aort a levá komora se m fle vyprazd ovat leh eji. IABP zlep–uje pacientovi prokrvení v–ech orgán , hlavn myokardu. Indikací IABP je srde ní selhání, které nereaguje na farmakologickou lé bu, nízký srde ní výdej, defekt komorové p epáfky. Dále IABP pracuje jako podpora srdce p es období p ed o ekávanou transplantací srdce, pouffívá se jako most k jinému výkonu. Mezi kontraindikace pat í aortální nedostate nost, aneurysma aorty a septický stav. Komplikace IABP jsou protrflení kontrapulza ního balónku, tepenné uzáv ry trombem, ischemie dolních kon etin, krvácení nebo lokální infekce (6, 26).

Kardiostimulace

U pacient s chronickým srde ním selháním se pouffívá kardiostimulátor se t emi elektrodami. Jedna elektroda je v pravé síni, druhá v pravé komo e a t etí je v levé komo e. Tzv. biventrikulární stimulace se pouffívá v p ípad , fle levá a pravá komora netepou sou asn . Biventrikulární stimulace vede k synchronizaci funkce komor.

Indikací jsou pacienti s těžkou dysfunkcí levé komory, typicky NYHA III a IV. Dochází ke zlepšení funkce levé komory, zlepšení klasifikace NYHA, prodloužení délky chůze při zátěhovém testu (Corridor walk test), prodloužení a zkrácení doby života (viz Příloha 1) (6, 23, 27).

Kardiomyoplastika

Kardiomyoplastika je chirurgický výkon, při kterém se kosterní sval obtočí okolo srdce. Při tomto výkonu dochází k trénování myokardu opakovanou stimulací. Kosterní sval napomáhá srdečnímu svalu při jeho selhávající funkci. Indikace jsou NYHA II a IV a správná funkce kosterního svalu. Mezi kontraindikace patří stavy, které již vyžadují mechanickou podporu. Dále sem patří selhání obou srdečních komor, kardiomyopatie, mitrální regurgitace nebo poškozený kosterní sval. Tato metoda je ve výzkumném stádiu (10).

Ultrafiltrace

Ultrafiltrace se používá u chronického srdečního selhání k léčbě otoků, které vzdorují farmakologické léčbě. Dále se používá před transplantací srdce (10).

Transplantace srdce

Transplantace srdce se indikuje u velmi těžkého symptomatického chronického srdečního selhání, u klasifikace NYHA v pozdním stádiu typicky III a IV, které nereaguje na farmakologickou léčbu, a u nichž stav nelze řešit jiným chirurgickým způsobem. Pokud pacient splňuje indikační kritéria, je zařazen do čekací listiny. Výběr pacient pro transplantaci není jednoduchou záležitostí a zahrnuje stanovení prognózy pacienta při nepřetržitě léčbě, ale také sociální, emocionální, etické a finanční otázky (3, str. 414) (3).

Největším etickým problémem je doba čekání na transplantaci. Může nastat situace, kdy pacienti, kteří se o transplantaci dozvědí později, mohou být operováni dříve, než pacienti, kteří jsou na čekací listině již déle. Taková to skutečnost může u pacientů vyvolat agresivní chování. Pacient se musí uklidňovat a opakovat se mu

musí vysvětlovat, že v této situaci nejde o zlý úmysl (28).

U pacientů se každé čtyři měsíce provádí pravostranná srdeční katetrizace ke zjištění stádia plicní hypertenze. Je-li stádium plicní hypertenze závažnější, je pacient přeřazen na přednější místo. Má-li pacient infekci, je vyřazen ze seznamu. Po uzdravení a následné kontrole lékařem je opět přeřazen na své místo (3, 27).

Absolutní kontraindikace jsou infekce, malignita nebo jiné onemocnění, které samo zhoršuje průběh nemoci. Relativní kontraindikace jsou vysoký věk, nezhojený infarkt myokardu, vedoucí choroba gastroduodena, diabetes mellitus s komplikacemi, nemoci ledvin a jater, systémová onemocnění, psychiatrické onemocnění a pacienti závislí na návykových látkách (6).

Transplantační centrum musí být informováno o pohybu příjemce. Pacient musí být telefonicky kontaktován a RZP v místě bydliště musí být informována o jeho transportu do transplantačního centra. Nejčastějšími dárci jsou ústní dopravci dopravních nehod, kteří mají potvrzenou smrt mozku, tzn., že angiograficky nesmí být prokázán průtok krve mozkem. Dárce a příjemce musí mít totožnou krevní skupinu, musí být srovnatelní v tělesné hmotnosti a dárce nesmí být nemocný. Transplantační program je omezen počtem dárců, proto je tato operace možná jen pro malý počet pacientů s pokročilým chronickým srdečním selháním. Očekává se, že po transplantaci srdce bude moci pacient vést plnohodnotný život. Operace musí být provedena rychle, protože srdce dárce nesmí být mimo tělo déle jak 4 až 5 hodin. Příjemce je v celkové anestezii a je napojen na mimotělní oběh (pístroj, který nahrazuje přeprávací funkce srdce a výměnu plynů v plicích). Po operaci je obvyklá doba hospitalizace čtyři týdny, pokud je stav bez komplikací. Pacient po transplantaci srdce musí po celý život užívat imunosupresiva k potlačení imunitních reakcí. Cyklosporin A je základním imunosupresivem. Po propuštění je pacient kontrolován po 14-ti dnech, intervaly se postupně prodlužují. Po prvním roce jsou kontroly pacienta po těchto měsících (27, 29, 30).

Komplikace mohou vznikat v raném i pozdním období. Rejekce (odhojení) může být buď buněčný a humorální typ. Podle histologie vzorků endomyokardiální biopsie z pravé komory se zjišťuje rejekce buňkového typu. Humorální typ vzniká

v d sledku tvorby protilátek proti t pu. Prevence rejekce t pu je založena v trojkombinaci Cyklosporinu A, prednisonu a azathioprinu. Infekce je dal-í závažnou komplikací. Dále m fle vznikat posttransplanta ní hypertenze, která vzniká jako následek vzestupu minutového srde ního výdeje. Obezita, která m fle být velmi výrazná, poruchy ledvin nebo vy-í vznik maligních nádor , p edev-ím na k fi jsou dal-ími neřádoucími úinky imunosuprese. Po operaci pacienti neudávají řádné omezení t lesné aktivity nebo mají jen nepatrné potíře. Pacienti po transplantaci srdce řijí plnohodnotný řivot bez orgánových zm n. Cítí se lépe jak po psychické, tak i po sociální stránce. Jediné omezení spat ují v pravidelném a celofřivotním uřívání imunosupresiv (6, 12, 27).

1.6 Pot eby

Pot eba je pocit nedostatku nebo p ebytku, touha dosáhnout n eho v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Odstran ní pot eby je řádoucí, nebo nenapln ní pot eb m fle vést k poruchám homeostázy. Napln ní nebo nenapln ní pot eb velmi úzce souvisí s kvalitou řivota jedince. Mnořství a intenzita prořívání pot eb je závislá na pohlaví, na v ku jedince, na prost edí, ve kterém řil od d tství a na prost edí, ve kterém řije v sou asnosti. Dále je závislá na inteligenci jedince, na spole enském řeb í ku, na jeho zdravotním stavu a na řivotních zku-enostech. Do zm n v chování jedince, p i nenapln ní pot eb, pat í psychické potíře, jako je neklid a nervozita. Somatické potíře jsou nedostatky v rámci základních fyziologických pot eb, jako je spánek výřiva nebo vyprazd ování (31, 32).

Pokud nemá pacient napln né pot eby, m fle na n reagovat r zn , bu to stresem, distresem nebo frustrací. Stres je reakce organismu na stresový podn t. Distres je zát řl, která je spojena s negativním proříváním. Frustrace je stav chování jedince, který nastává p i nenapln ní pot eb nebo v p ípad , fle jich nelze dosáhnout. Frustraci jedinec e-í agresivním chováním, bu slovn , nebo fyzicky, po-kožuje v ci, ubřifluje druhému lov ku nebo sám sob . Pokud frustrace trvá del-í dobu, nastává stav, který m fle negativn po-kožit jedince, tento stav se nazývá deprivace. Dlouhodobá a silná frustrace se projevuje depresí. Jedinci hrozí úzkostné reakce, které mohou vést ařl

ktlesnému nebo du-evnímu selhání (31, 32).

Pot eby se d lí na biologické, kam pat í fyziologické pot eby, které vyplývají z lov ka jako ze flivé bytosti (potrava, spánek, dýchání, tekutiny). Psychické pot eby vycházejí z individuálního proflívání psychických stav a jev (psychická vyrovnanost, proflívání flivotních událostí). Estetické pot eby se odvíjí od vysp losti a pofladavk jedince na estetický soulad prost edí kolem jeho osobnosti. Sociální pot eby jsou společenské pot eby a prost edí, v jakém jedinec flije. Do kulturních pot eb pat í vzd lání, kulturní vyflití, kultura jako produkt lidské společ nosti, sebevyjád ení, touha pochopit a být pochopen, možnost pohybovat se svým flivotem, vyjád it vlastní názor. Duchovní pot eby jsou spojeny s duchovním pojetím jedince a s jeho filozofickým a religiózním cít ním (31, 32).

Pot eby se dále d lí podle po tu osob na individuální (pot eby jednotlivce) a kolektivní (pot eby týkající se ur ité skupiny lidí nebo celé společ nosti). Podle obsahu se pot eby d lí na materiální (pot eby hmatatelné, vlastn ní n eho) a na nemateriální (osobní ideály, fleb í ek hodnot, láska, p átelství). Dle naléhavosti se pot eby d lí na nezbytné (existen ní pot eby, potrava, dýchání) a na zbytné (pot eby, na kterých není jedinec existen n závislý, koní ky) (32).

Abraham Harold Maslow byl americký psycholog, jeden ze zakladatel humanistické psychologie, který vytvo il teorii motivace, ze které vychází hierarchická teorie pot eb. Maslow uflíval holisticko-organizovaný názor, cofl znamená, fle lov k je organizovaný celek, který má n které motivy slab-í a n které siln j-í. Každá pot eba se v fldy projevuje na výrazu celého jedince. Lidské pot eby jsou uspo ádány podle své naléhavosti v hierarchickém organizovaném systému pot eb (viz P íloha 2) (31, 32).

Nejzákladn j-í pot eby jsou fyziologické, vyjad ují aktuální pot eby organismu a nutnost p eflití jedince. Spln ní fyziologických pot eb je neodkladn fládoucí stav, nespln ní t chto pot eb ovliv uje celkové chování a jednání jedince. Pot eba jistoty a bezpe í je pot eba, která v jedinci koriguje d v ívost, touhu ochránit a být ochrán n. Pokud chybí ekonomické zaji-t ní, flivotní po ádek nebo jedinec onemocní, objevuje se tzv. ztráta flivotních jistot. Pot eba lásky a sounáleflitosti nebo také afilia ní pot eba je pocit být milován a milovat. Jedinec vyhledává náklonnost a sounáleflitost od druhého

lov ka. Další dvě potřeby jsou spojené, je to potřeba sebeúcty a sebehodnocení. Sebehodnocení vyjadřuje kompetence, důvěru od druhých lidí a nezávislost na jejich mínění. Sebeúcta je charakterizovaná respektem od druhých lidí, statutem a prestiží jedince. Poslední potřebou je seberealizace a sebeaktualizace, jedná se o realizaci schopností, zájmů jedince a uplatnění jeho potenciálu. Tato potřeba motivuje člověka k tomu, aby se mohl stát tím, kým chce být. Maslow klasifikoval potřeby na nižší (potřeby fyziologické, potřeba bezpečí) a vyšší (potřeba sounáležitosti, uznání a seberealizace). Teprve pokud je uspokojena potřeba nižší, může být uspokojena i potřeba vyšší. Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou – ať už fyzicky, zdravě a výkonně – neuspokojenými potřebami (31, str. 15).⁵ Lidská potřeba je ošetřovatelský problém člověka (13, 31, 32).

1.7 Ošetřovatelská péče o pacienty s chronickým srdečním selháním

Ošetřovatelská péče o pacienty s chronickým srdečním selháním je zaměřena na celkový stav pacienta. Sestra kontroluje dietní stravu pacienta, stav otok, zajišťuje pacientovi dostatek spánku a podává mu kyslík, pokud je dýchávací. Informuje pacienta o zákazu kouření a alkoholu. Sestra by měla edukovat jak pacienta, tak i rodinné příslušníky o režimovém opatření a o dodržování farmakologické léčby. Pacienti léčení v domácím prostředí mohou zapomenout na pravidelné užívání léků tzv. lékové prázdniny. Znamená to opomenutí léků na jeden nebo více dnů, což může mít až smrtelné následky. Do ošetřovatelské péče o tyto pacienty neodmyslitelně patří i psychická péče a podpora (1, 27).

Státy, které mají vyspělou organizaci zdravotnictví, zavádí systém péče, která je řízená. Tato péče má za cíl zkvalitnit život pacientů, zredukovat počet opakovaných hospitalizací, a tím také snížit finanční náklady na léčbu a snížit morbiditu a mortalitu u pacientů s chronickým srdečním selháním. Řízená péče je multidisciplinární přístup v léčbě (33).

1.7.1 Ošetřovatelská péče při hospitalizaci

Pacient je přijímán na oddělení podle stavu organismu. Může být přijat na interní oddělení, na kardiologické oddělení nebo na jednotku intenzivní péče. Při hospitalizaci sestra uloží pacienta do Fowlerovy nebo ortopnoické polohy. Sestra seznamuje pacienta s oddělením a s pokojem, pokud pacient nemá klidový režim. V pokoji musí být centrální rozvod kyslíku, na pokoji by mělo být WC nebo pojízdný klozet. Další pomůckou, která je u pacienta s chronickým srdečním selháním hodně využívána je kardiologické křeslo, které jím ulehčuje dýchání. Důležitě je, aby u sebe pacient měl signální zařízení a mohl se dovolat pomoci. Sestra pacientovi zavede permanentní filární katétr a podává intravenózní léky, pokud je léčen edepsal. Sestra musí sledovat účinky léků, které podává, hlavně diuretik a kardiotonik. Dle ordinace lékárně sestra měří bilanci tekutin. Lékař ordinuje vyšetření, která sestra musí buď objednat, nebo sama provést. Patří sem odběr krve hematologické a biochemické, hlavně NT-proBNP, mineralogram, srážlivost krve a Astrup. Dále se provádějí měření krevního tlaku, pulzu, dechu, rentgen srdce a plic, EKG, ECHO. Sestra pracuje s dokumentací, zjištěné výsledky zapisuje nebo zakládá do dokumentace. Poučuje pacienta o odkalávání a podává mu kyslík, buď kyslíkovou maskou, nebo kyslíkovými brýlemi (viz Příloha 3). Sestra měří váhu pacienta, která poukazuje na změnu objemu tělesných tekutin. Dále sleduje stav otoků pohledem, pohmatem a měří obvod břicha a dolních končetin. Kontroluje stav stolice, při tuhé stolici informuje lékaře a podává projímadla dle ordinace lékaře, dále podává ovoce a zeleninu. Sestra sleduje stav prokrvení tkání a barvu kůže jako je bledost, cyanóza a teplota kůže. Dále u pacienta sleduje náladu, únavu a nespavost, bolest a nechutenství. Sestra pomáhá pacientovi dle jeho soběstačnosti, jelikož by se neměl přemáhat. Měla by zajistit pacientovi dostatek spánku, odpočinku a klidu. Strava by měla být –etická s omezením soli, pacient by měl jíst menší dávky, ale častěji. Tekutiny bývají omezeny podle stádia chronického srdečního selhání. Sestra by měla dbát na správné hodnocení míry sebeobsluhy a stimulovat pacienta k sebeobsluze (1, 12).

1.7.2 Úloha sestry u vybraných vyšetřovacích metod

Elektrokardiogram (EKG)

Sestra musí elektrokardiogram před použitím nejprve zkontrolovat. Po správné kontrole může začít s edukací pacienta před natáčením EKG. Sestra uloží pacienta na lůžko na záda, končetiny má podél těla. Pacient by měl být před vyšetřením uklidněný. Sestra by měla v místnosti prováděného vyšetření udržovat příjemnou teplotu, protože pokud by se pacient těšil zimou, mohlo by dojít k zavádějícímu záznamu. Sestra ujistí pacienta o nebolestivosti vyšetření, poukáže ho o nevhodnosti kovových předmětů, jako jsou náramky nebo hodinky. Odstraní z okolí elektrospotřebiče, které by mohly EKG rušit. Pacienta edukuje o nutnosti nemluvit, o zachování klidu a uvolnění před vyšetřením (15).

Končetinové svody jsou ploché destičky, které se umístí na předloktí a na bérce pacienta. Sestra na hrudní stěnu fixuje kovové elektrody. Na kůži musí sestra nejprve nanést příjemnou vrstvu speciálního gelu, nebo nedostatečné nebo nadbytečné množství gelu by mohlo vést k zavádějícímu záznamu. Sestra musí hrudní elektrody přikládat na přesně určená místa. Vždy musí odpočívat přeslinná meziflebická teplově stanovit vertikální osy. U žen přikládá hrudní elektrody na prs, ne pod nimi. Dle potřeby oholí místa fixace. Kabely pro hrudní svody jsou značeny buď čísly V1 až V6 nebo barevně. Kabely se nesmí křivčit, protože by mohly rušit křivku EKG. Sestra musí po skončení záznamu označit elektrokardiogram jménem, rodným číslem pacienta, názvem oddělení, datem a hodinou vyšetření (15).

Echokardiografie

Při transtorakálním ECHO vyšetřením není zvláštní příprava. Vyšetření se provádí buď v echokardiografické laboratoři, nebo u lůžka pacienta, který není schopen přepavy. Sestra vyzve pacienta ke svléknutí svrchního oděvu a pomáhá mu uvolnit se do správné polohy. Buď to sestra zapisuje nálezy, které jí diktuje lékař nebo si lékař nálezy zapisuje sám po vyšetření. Po vyšetření sestra pomáhá otáčet pacientovi lubrikační gel z hrudí (15).

Transezofageální ECHO má před vyšetřením náročnou přípravu. Lékař vysvětlí nemocnému důvod a způsob vyšetření. Sestra musí pacienta nejprve edukovat o lázních, o zákazu kouření před vyšetřením. Pokud má pacient zubní protézu, musí ji odložit. Před vyšetřením zavede sestra pacientovi permanentní filní katétr. Dále provede lokální anestezii ostikem koene jazyka pomocí spreje. Na pacienta fixuje EKG, manžetu na měření krevního tlaku a nasazuje na prst pulzní oxymetr. Při zavádění sestra drží část jícnové sondy s ovládním. Když je sonda v jícnu, sestra sedí u pacienta a kontroluje jeho stav. Při vyšetření sestra sleduje EKG, hodnoty krevního tlaku a saturaci kyslíkem, při změně informuje lékaře. Při ukončení vyšetření sestra asistuje lékaři. Po vyšetření je pacient pod dohledem sestry ještě 30 minut. Jednu hodinu po vyšetření nesmí pacient jíst ani pít, nebo by mohlo dojít k aspiraci kvůli necitlivosti (15).

Centrální filní tlak

Centrální filní tlak lze měřit dvěma způsoby. Buď metodou odeítání výšky vodního sloupce, kdy se naměřený tlak udává v centimetrech, nebo pomocí tlakového převodníku, který je napojen na monitor. Naměřený tlak se udává v mm Hg nebo kPa. Sestra si nejprve musí připravit všechny pomůcky k zavádění centrálního filního katétru, nejprve ji se používá souprava pro měření centrálního filního tlaku. Tato souprava je na jedno použití. Před výkonem sestra edukuje pacienta o vyšetření a zároveň ho uklidí. Lékař zavádí katétr buď z kubitální žíly, z podklíčkové žíly nebo z jugulární žíly. Po zavedení se katétr nachází v horní duté žíle. Centrální filní tlak se měří metodou odeítání výšky vodního sloupce. Sestra určí nulovou hodnotu tlaku na měřítku ve výšce 5 centimetrů pod úrovní hrudní kosti (pomocí centimetrového měřítka), tak aby měřítka odpovídala pravé síni. Celou soupravu sestra musí vyplnit fyziologickým roztokem tak, aby se v ní neobjevily žádné bubliny. Dále sestra nechá volně vytékat fyziologický roztok do katétru v horní duté žíle. Sleduje hladinu fyziologického roztoku v hadičce měřící soupravy. Hladina klesá tak dlouho, dokud se nevyrovnají tlaky mezi tlakem hladiny a tlakem v centrální žíle. Vyrovnávání tlaků pracuje jako princip dvou spojených nádob. Sestra pozná vyrovnání

tlak tím, fle hladina mírně zakolísá v souvislosti s dýchacími pohyby. Dále ode te výšku hladiny, která je ustálená, pomocí centimetrového měřítka. Normální hodnota je 5 až 8 centimetrů vodního sloupce (15, 26).

Hodnota stoupá u pravostranného chronického srdečního selhání. Centrální žilní kanyla je fixována ke křídli stehy, které sestřina p evazuje každý den. Pracuje za aseptických podmínek, dezinfikuje místo vpichu, kryje místo sterilními těvci. Steřina z místa vpichu se provádí pokafdě, kdyfl je místo vpichu zarudlé, bolestivé nebo pokud se objeví sekret. Po odebrání se steřina posílá na bakteriologické vyšetření (15, 26).

1.7.3 Komunikace

Sestřina pouffívá komunikaci s pacientem jako součást své profese. Kvalitní ošetřovatelskou péči sestřina nemfle provádět bez komunikace. Tato schopnost umořuje sestře navazovat a rozvíjet kontakt s pacientem. Komunikace je schopnost, ve které se lze rozvíjet. Komunikace se rozliuje ve třech rovinách. Je to rovina sociální, specifická a terapeutická, všechny tyto komunikace sestřina vyuffívá (34).

Sociální komunikaci sestřina vyuffívá v běžných rozhovorech, při úpravě lůžka, při hygieně, při podávání stravy nebo při volných chvílích na pokoji pacienta. Tato komunikace usnadňuje navázání vztahu a další komunikaci mezi sestřinou a pacientem (34).

Specifickou komunikaci sestřina vyuffívá v edukaci pacienta, kdy sděluje důležité fakta. Například při vysvětlování postupu vyšetření nebo při seznamování s chodem oddělení. Při této specifické komunikaci musí sestřina dbát na aktuální stav pacienta, na srozumitelnost svého výkladu a na formu komunikace (34).

Terapeutickou komunikaci sestřina vyuffívá při denním kontaktu s pacientem, kdy pacientovi poskytuje oporu a pomoc při těžkých chvílích. Terapeutický rozhovor zvyuje účinnost jiných léčebných postupů jak po somatické stránce, tak i po psychické stránce. Při komunikaci sestřina musí respektovat zásady pro správnou komunikaci, neměla by od pacienta odbíhat a měla by se mu naprosto vnovat. Nesmí si do práce nosit své problémy z domova, neoslovovat pacienty familiárně, udržovat s pacientem oň kontakt. Sestřina musí být trpělivá, měla by povzbuzovat pacienta k rozhovoru,

zachovávat ml enlivost o rozhovoru a p izp sobit komunikaci nemocnému. Dále by si m la ov ovat, zda pacient v–emu porozum l a pofládat ho o zopakování (34).

U chronicky nemocných pacient chybí fáze uzdravení. Za zásadní se považuje zp sob, jakým nemoc vstoupí do flivota. Chronické srde ní selhání zasáhne fyzickou, psychickou i sociální oblast. Kvalita flivota je ovlivn na závaflností onemocn ní, lé bou nebo rehabilitací a také závisí na osobnosti pacienta a na jeho vyrovnání se s nemocí. Chronicky nemocný lov k m fle mít problémy s komunikací ve vztahu sestra a pacient. Tento pacient m fle odmítat pé i, vyhýbat se o nímu kontaktu kv li p íli–né závislosti na druhých, m fle být i agresivní. Sestra musí dodrřovat zásady správné komunikace. M la by s pacientem jednat jako se sob rovným, naslouchat mu, soucítit jeho t flkou flivotní situaci. Sestra by m la pacientovi v novat dostatek asu, aby ji mohl sd lit své p ání a pot eby. M la by um t správn vyufflívat i neverbální komunikaci, nebo nemluvit neznamená jen nemít co íci (26, 34).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit specifika ošetřovatelské péče u pacientů s chronickým srdečním selháním.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké ošetřovatelské problémy se vyskytují u pacientů s chronickým srdečním selháním?
2. Jaké specifické potřeby mají pacienti s chronickým srdečním selháním?
3. Jaké faktory zhoršují průběh chronického srdečního selhání?

3. Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Empirická část bakalářské práce na téma Specifika ošetovatelské péče u pacientů s chronickým srdečním selháním byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Technika sběru dat byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s chronickým srdečním selháním. Standardizované otázky byly podle potřeby rozšířeny doplňujícími otázkami.

Rozhovory s pacienty byly anonymní a obsahovaly 31 otázek, zaznamenávaly se do kazuistik. Na základě kazuistik byla vytvořena kategorizace dat v tabulkách, jež obsahuje nejdelší výsledky.

Kazuistiky byly rozděleny do osmi částí. První část obsahovala identifikační otázky, druhá byla zaměřena na informovanost pacientů o onemocnění. Třetí část se vnovala subjektivním potíáním a diagnostice pacienta. Čtvrtá část byla zaměřena na farmakologickou a chirurgickou léčbu. V páté části se rozhovor ubíral směrem konzervativní léčby a reaktivních opatření onemocnění. Šestá část byla věnována omezením, která souvisejí s onemocněním. Sedmá část obsahovala otázky týkající se sebeobsluhy pacientů při hospitalizaci a v domácím léčení. Poslední část obsahovala otázku týkající se spokojenosti pacientů s ošetovatelským personálem.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvořilo 10 respondentů s chronickým srdečním selháním. Rozhovory byly získány od hospitalizovaných pacientů v Nemocnici české Budjovice a.s.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Kazuistiky respondent

Kazuistiky respondent byly vytvořeny na základě polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s chronickým srdečním selháním (viz Příloha 6).

Respondent . 1

Respondent . 1 je žena, 78 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, v pedagogickém oboru. Nyní je ve starobním důchodu. Žije společně se synem a jeho rodinou v rodinném domě. Je vdova již 10 let.

Respondentka trpí levostranným chronickým srdečním selháním. Prodružené onemocnění, které má je Diabetes Mellitus II. typu na perorálních antidiabetikách.

Informace o chronickém srdečním selhání jí sdělil lékař před pěti lety, od té doby je také obeznámena se svou diagnózou. Informace se týkaly diagnostiky a léčby, zdály se jí dostačující a řádně další nevyhledávala.

Při nynější hospitalizaci prodala diagnostické výkony, jako jsou měření krevního tlaku a pulsu, měření elektrické aktivity srdce, rentgen srdce a plic. Na pravidelných lékařských kontrolách, kam dochází 4x ročně, jí lékař měří krevní tlak, poslouchá srdce pomocí fonendoskopu a měří její elektrickou aktivitu srdce.

V současné době na sobě pociťuje příznaky dušnosti, kterou dříve vnímala jen přes den, ale v posledních měsících ji vnímá i přes noc. Z tohoto důvodu nosí kyslíkové brýle, které jí usnadňují dýchání. Dále vnímá tlak na hrudi, který je pro ni nepříjemný. Dříve na sobě pociťovala únavu jen při zvýšené fyzické aktivitě, ale v posledních několika měsících na sobě cítí zvýšenou únavu i při mírné fyzické zátěži. Dnes ji již dle její potřeby každodenní domácí práce. Stresovou situací je pro ni nemoc.

Zná úinky léků, které užívá dlouhodobě. Nejvíce zatíženým lékem je pro ni diuretikum Furon, po kterém trpí častěji pocitem na močení. Léky se snaží užívat pravidelně, ale přiznává, že na ně občas zapomene. Doposud řádný chirurgický výkon

nepodstoupila.

V domácím léčení si pravidelně kontroluje tělesnou hmotnost, nebo byla pouena o možnosti náhlého zvýšení tělesné hmotnosti v souvislosti s onemocněním. Sama si krevní tlak neměří, ale ví, jaké jsou hraniční hodnoty pro hypertenzi.

Reflimová opatření svého onemocnění zná. Byla pouena o zákazu kouření a požívání alkoholu. Je si v doma, že by neměla vykonávat zvýšenou fyzickou aktivitu, ale také by neměla být upoutána jen na lůžko. Dříve se starala o domácnost a o zahrádku, nyní to již nezvládá. Za přiměřenou fyzickou aktivitu považovala každodenní procházky po zahradě. Nyní jí dle problémů dojíti si na toaletu. Při hospitalizaci potěbu respondentka vykonává na lůžku s pomocí podložní mísy. Byla pouena i o změně svého jídelníčku. Musí dodržovat dvě nemocniční diety. Je to dieta číslo 9 (dieta se sníženým obsahem sacharidů) a dieta číslo 10 (dieta se sníženým obsahem soli ve stravě). Při přípravě jídel používala velké množství soli. Byla zvyklá v souvislosti s Diabetem Mellitem, že musí dodržovat dietu číslo 9, ale nyní musí dodržovat i dietu číslo 10. Obě diety se snaží dodržovat, na domácí neslanou stravu si již zvykla. Z toho důvodu je velmi nespokojena s nemocniční stravou, která pro ni bývá velmi slaná. Uvádí, že vypije asi 2 litry nesladkých tekutin denně.

Z důvodu chronického srdečního selhání respondentka pociťuje omezení. Již se nemůže účastnit společných akcí (kavárna, divadlo) a stýkat se s přáteli jako dříve, nebo neustále nosí kyslíkové brýle. Další omezení je fyzické, tělko se jí chodí, nedokáže si dojíti ani na toaletu. Omezení v oblasti sebeobsluhy jsou velká, nebo respondentka zvládne pouze sed v posteli, osobní hygienu na lůžku, sama se nají a napije. Další omezení je v oblasti spánku a odpočinku, cítí se velmi vyčerpaná. Pociťuje potěbu být v bezpečí a mít jistotu.

Přiznává, že v domácím léčení by se o sebe v tomto stavu nedokázala postarat. Velkou pomocí by jí mohl být její syn se svojí rodinou, popřípadě agentura domácí péče.

Nikdy neměla problémy s ošetřovatelským personálem, zdravotní sestry i lékaři jsou vždy ochotní a milí.

Respondent . 2

Respondent . 2 je žena, 81 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Celý život pracovala v zemědělství, nyní je ve starobním důchodu. Je vdova už 13 let.

Má pravostranné chronické srdeční selhání. O svém onemocnění se dozvěděla v 54 letech. Informace, které jí sdělil lékař se jí nejprve zdály dostačující, ale postupem času si uvědomovala další omezení související s úpravou jídelníku. Přidružená onemocnění, která respondentka má jsou Diabetes Mellitus II. typu na perorálních antidiabetikách a arytmie, před 1 rokem podstoupila totální endoprotézu kyčelního kloubu.

Důvodem přijetí byly nesnesitelné otoky dolních končetin a následný odvoz rychlou záchrannou službou.

Příznaky, které na sobě pociťuje, jsou tlak na hrudi, otoky pod kolena (během pár dnů přibrala na váze 10 kilogramů) a dušnost, která se nejvíce objevuje při pohybu, což je pro ni zatěžující. V důsledku jí bylo prostřednictvím elektrického výboje tzv. defibrilátoru, byla upravena arytmie (následně došlo k úpravě pulsu srdce a k úpravě dýchání).

Zná účinky léků, které užívá. Nejvíce zatěžujícím lékem se jí zdá diuretikum, po kterém trpí častým pocitem na močení. Doma si měří krevní tlak téměř každý den, ale hraniční hodnoty pro hypertenzi nezná.

Nezná věchna reflowová opatření, která souvisejí s onemocněním. Nekouří a nepoužívá alkohol. Je seznámena s dietou se sníženým obsahem soli ve stravě, ale nepoznává, že jí moc nedodržuje. Musí dodržovat dietu číslo 9 se sníženým obsahem sacharidů ve stravě, denně vypije jen 1 litr tekutin. Trpí stresovými situacemi a má obavy ze zhoršující se nemoci. Pociťuje potřebu být v bezpečí a mít jistotu.

Respondentka spatřuje největší omezení ve fyzické aktivitě. Může se hýbat, nedokáže chodit sama, při chůzi používá berle, pokud chodí s doprovodem. V kulturně-spoločenské oblasti nespatřuje omezení, nebo se styká už jen s rodinou. Omezení v oblasti sebeobsluhy jsou velká, nebo zvládne pouze základní hygienu, dokáže se sama najíst a napít, avšak stravu si nedokáže připravit, na toaletu si nedejde. Pociťuje, že v domácím léčení by se o sebe v tomto stavu nedokázala postarat, velkou

oporou je pro ni snacha s vnu kou.

Nikdy nem la problémy s o-et ovatelským personálem, zdravotní sestry i léka i jsou vřdy ochotní a milí.

Respondent . 3

Respondent . 3 je muž, 66 let. Jeho nejvyší dosažené vzd lání je odborné u ili-t v oboru automechanik. Celý flivot také jako automechanik pracoval, nyní je ve starobním d chodu.

Trpí pravostranným chronickým srde ním selháním. Léka ho p ed 15-ti lety obeznámil s onemocn ním. Informace, které mu sd lil, se mu zdály dosta ující a jiné ufl nevyhledával. P idružené onemocn ní, které má je Diabetes Mellitus II. typu, na toto onemocn ní uflívá perorální antidiabetika. P ed 12-ti lety si poranil pravou dolní kon etinu. V souvislosti s komplikacemi Diabetu Mellitu se rána nehojila, léka i proto rozhodli o amputaci pravé dolní kon etiny pod kolením kloubem.

P íznaky, které se u respondenta vyskytují, jsou otoky dolních kon etin. Nejprve se otok objevoval kolem kotníku, ale p ed n kolika m síci se začal objevovat i okolo kolen. Dalším p íznakem je du-nost, kterou poci uje neustále, a proto nosí kyslíkové brýle, neodkládá je ani na spaní.

Zná ú inky lék , které uflívá. Nejvíce zat flujícím lékem je pro n j diuretikum, po kterém trpí ast jím pocitem na mo ení. Léky uflívá pravideln , dle pokyn léka e. Podstoupil chirurgický výkon bypass, po kterém se mu zmírnily otoky, a ulevilo se mu p i dýchání.

Doma si nekontroluje t lesnou hmotnost a ani si nem í krevní tlak. Neví, jaké jsou hrani ní hodnoty pro hypertenzi.

Z reflimových opat ení byl seznámen se zákazem kou ení a s omezením fyzické zát fle. Fyzickou aktivitu neprovozuje, k pohybu pouflívá invalidní vozík. Je si v dom, fle by se m l více hýbat, alespo na l flku. Nev d l o diet íslo 10, kterou by m l dodrřovat. Seznámen byl pouze s dietou íslo 9, p i nífl by nem l jíst tu né maso. Vypije asi 1,5 litru tekutin denn , p fleflitostn pofflívá alkohol. Stresovou situací je pro

n j omezení ch ze v souvislosti s amputovanou dolní kon etinou. Poci uje pot ebu být v bezpe í a mít jistotu.

Omezení poci uje v oblasti spánku a odpo inku, kv li du–nosti se nem fle vyspat, a proto se cítí unavený. Ve spole enské oblasti spat uje omezení, nebo se nem fle stýkat s p átelem v pohostinství. Sebeobsahu respondent nezvládá, pot ebuje pomoc p í v t–in každodenních inností.

P iznává, fle v domácím lé ení by se o sebe postarat nemohl, velkou oporou je mu manželka s d tmi.

S o–et ovatelem je spokojen.

Respondent . 4

Respondent . 4 je žena, 86 let. Její nejvy–í dosažené vzd lání je odborné u ili–t v oboru –vadlena, nyní je ve starobním d chodu. Je vdova již 7 let, bydlí s dcerou a její rodinou.

Trpí levostranným chronickým srde ním selháním. O svém onemocnění byla informována p ed 20-ti lety. Informace, které jí léka sd lil, se jí zdály dosta ující a fládné dal–í ufl nevyhledávala. P idružené onemocnění, které má je hypertenze, která je již n kolik let lé ena.

Poci uje na sob p íznaky du–nosti, kterou vnímá neustále, a proto nosí kyslíkové brýle. Dal–ím p íznakem jsou otoky postihující ob dolní kon etiny kolem kotníků a fl po kolena. P ed hospitalizací se u respondentky začal objevovat otok i v obli eji. Práv du–nost a otoky byly d vodem k hospitalizaci.

Ú inky lék , které uflívá dlouhodob , zná a uflívá je sv domit . Nejvíce zat flujícím lékem je pro ni diuretikum, po kterém trpí ast j–ím pocitem na mo ení. Má zavedený permanentní mo ový katétr, pomocí kterého se m í diuréza mo i (tzn., zapisuje si množství zkonsumovaných tekutin denn a toto množství nahla–uje sest e). Dopusud neprod lala chirurgický výkon, týkající se onemocnění srdce.

Krevní tlak si v domácím lé ení m í a ví, jaké jsou hrani ní hodnoty pro hypertenzi. Každý den si kontroluje t lesnou hmotnost, nebo byla pou ena o možnosti

náhlého zvýšení tělesné hmotnosti v souvislosti s onemocněním. Zná a využívá kardiologické kleslo.

Reflimová opatření, se snaží dodržovat. Z reflimových opatření byla seznámena se zákazem kouření a pití alkoholu, s omezením fyzické zátěže a se změnou jídelníčku. Musí dodržovat dietu číslo 10. V jídelníčku se orientuje dobře, málo solí, nejí tučné maso, do stravy si přidává více zeleniny, pije jen Magnesii nebo čaj. Za den vypije asi 1,5 litru tekutin. Byla poučena o domácím cvičení a procházkách na kratší vzdálenosti. Vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu v současné době necvičí. Stresovou situací je pro ni nemoc. Pociťuje potřebu být v bezpečí a mít jistotu.

Omezení pociťuje v oblasti soběstačnosti, pohybu (třeba se jí chodí, nedokáže si dojít ani na toaletu), další omezení je v oblasti spánku a odpočinku, cítí se velmi vyčerpaná. Nyní je závislá na druhých lidech. Ve společenské oblasti spatřuje omezení, nebo se nemůže stykat s přáteli. V kulturní oblasti omezení nepociťuje.

V domácím léčení by se o sebe nedokázala postarat, velkou oporou by jí mohly být děti s rodinami.

S ošetřovatelským personálem je spokojena. Není spokojena s nemocniční stravou, tvrdí, že je přesolená. Přestože musí dodržovat dietu číslo 10, v nemocnici dostává dietu číslo 3 (racionální dietu).

Respondent č. 5

Respondent č. 5 je muž, 79 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je odborné učiliště v oboru truhlář, nyní je ve starobním důchodu a žije na samotě.

Trpí levostranným chronickým srdečním selháním. O onemocnění byl poprvé informován před 28 lety. Od lékaře dostal informace týkající se léčby a rizikových faktorů, byly dostatečně objasněny a řádně další uft nevyhledával. Přidružená onemocnění, která má jsou Diabetes Mellitus II. typu na perorální antidiabetikách a akutní Infarkt myokardu (prodělal ho třikrát). Na pravidelné kontroly ke kardiologovi dochází jednou za tři měsíce. Zde mu lékař měří krevní tlak, puls, elektrickou aktivitu srdce a provádí ultrazvuk srdce (jednou za pět let).

Příznaky, které na sobě pociťuje, jsou mírné otoky dolních končetin a zvýšená únava. Nejvíce zatěžujícím příznakem je dušnost, kterou pociťuje při námaze.

Účinný lék, který užívá dlouhodobě, zná. Léky se snaží užívat pravidelně, ale někdy zapomene. Zatěžujícím lékem je pro něj diuretikum, nebo po něm trpí určitým pocitem na močení. Respondentovi se změnila diuréza močí. Před sedmi lety podstoupil implantaci kardiostimulátoru. Před tímto výkonem se mu obtížně dýchalo a trpěl klidovou dušností. Po implantaci kardiostimulátoru se mu ulevilo, nebo dušnost nepociťoval ani při zvýšené fyzické námaze. V současné době na sobě nepociťuje dušnost, tato skutečnost byla důvodem pro hospitalizaci. Nosí kyslíkové brýle, které mu pomáhají při dýchání.

V domácím léčení si neměří krevní tlak, ale ví, že ho má v pořádku. Doma si kontroluje tělesnou hmotnost, nebo byl seznámen s možností zvýšení tělesné hmotnosti, a tím i náhlého vzniku otoků.

Reflimová opatření svého onemocnění zná. Byl seznámen se zákazem požívání alkoholu na léky, které užívá a se zákazem kouření. Dále mu lékař zakázal jakoukoliv fyzickou zátěž. Sport ani jinou náročnou fyzickou aktivitu respondent neprovozuje. O jídelníku se sníženým obsahem soli ve stravě (dieta číslo 10) byl informován, ale nedodrhuje ho. Za den vypije asi 2 litry tekutin, někdy si dopije i sklenici vína.

Jediné omezení, které spatřuje je v pohybu. Dříve byl schopen vykonávat činnosti kolem domu (třídění dřeva, údržba), ale nyní to již nezvládá. Společenské ani kulturní omezení nespatřuje, je zvyklý být v tichu sám a vyhovuje mu to. V rámci sebeobsluhy je plně soběstačný. Pociťuje potřebu být v bezpečí a mít jistotu.

Ošetřovatelské nedostatky u personálu nespatřuje.

Respondent . 6

Respondent . 6 je žena, 74 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské v oboru stavební projektantka. Celý život v tomto oboru také pracovala, nyní je ve starobním důchodu. Vdova je již 4 roky, žije sama v panelovém domě v pátém patře bez výtahu.

Trpí levostranným chronickým srdečním selháním. Informace o onemocnění jí sdělil lékař před 20-ti lety. Informace se jí zdály dostačující, ale postupem času přicházela na další informace, které jí lékař nesdělil. Na pravidelné kontroly ke kardiologovi dochází 4x ročně. Přidružená onemocnění, která má jsou Diabetes Mellitus II. typu na perorálních antidiabetikách, léčená hypertenze a urolitiáza (2x jífl urolitiázu prodělala, a proto je i nadále sledována u nefrologa).

Příznaky, které na sobě pociťuje, jsou tlak na hrudi, nechutenství a dušnost, kterou pociťuje neustále, a proto nosí kyslíkové brýle. Právě dušnost byla důvodem k hospitalizaci na koronární jednotce, kde podstoupila kontinuální měření krevního tlaku a pulsu, vyšetření elektrické aktivity srdce, rentgen srdce a plic a ultrazvuk srdce. Byl jí zaveden permanentní filní katétr a aplikovala se jí diuretika intravenózně. Doposud chirurgický výkon nepodstoupila.

Účinky léků, které uflívá na chronické srdeční selhání, zná. Přidružený z léků se jí nezdá zatíflující.

V domácím léčení si pravidelně měří krevní tlak a zná hodnoty pro hypertenzi. Telesnou hmotnost si neměří a kardiologické kleslo nezná.

O refluimovém opatření je dobře informována. Je seznámena se zákazem kouření a poflívání alkoholu. Je si v doma, flie by se neměla fyzicky namáhat. Jedinou aktivitou je pro ni chůze po schodech, nebo flíje v pátém patře panelového domu bez výtahu. Byla obeznámena s dietou s nízkým obsahem soli ve stravě (dieta číslo 10), proto si zvykla málo solit, nejíst tučná jídla, snaflí se jíst spíše bílé maso a zeleninu. Vypije asi 2 litry tekutin denně. Nejvíce stresující situací pro ni byla doba, kdy přišla o manželku. Pociťuje potřebu být v bezpečí a mít jistotu.

Omezení, které spatřuje je fyzické, nebo se jí těžko chodí, schody v panelovém domě jí dříve nedělaly problémy, ale v poslední době na sobě pociťuje dušnost při chůzi do schodů. Další omezení je v oblasti spánku a odpočinku, cítí se velmi vyčerpaná. V současné době je sobě stačná, sama si bez problémů dojde na toaletu.

Přiznává, flie v domácím léčení by se o sebe dokázala postarat, afl na nákup základních potravin. Velkou oporu by jí byla dcera, obdye si nechává vozit od pečovatelské služby.

S ošetřovatelským personálem je spokojena. Není spokojena s nemocniční stravou, tvrdí, že je přesolená.

Respondent . 7

Respondent . 7 je žena, 69 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je odborné učitelství v oboru zemědělství, v němž pracovala téměř celý život. Nyní je ve starobním důchodu, vdova je již 22 let.

Trpí pravostranným chronickým srdečním selháním. S onemocněním je seznámena již 17 let. Informace, které jí lékaři sdělili, se jí nezdály dosti ujímavé, ale sama žádné další nevyhledávala. Na kontroly ke kardiologovi dochází 1x za tři měsíce, nemá předřazená onemocnění.

Důvodem pro hospitalizaci byly otoky dolních končetin. Měla nadměrné otoky dolních končetin. V nemocnici podstoupila měření elektrické aktivity srdce, měření krevního tlaku a pulsu a ultrazvuk srdce. Byl jí zaveden permanentní filní katétr a aplikována diuretika intravenózně.

Nezná účinky léků, které užívá dlouhodobě. Diuretikum se jí nyní nezdá být zatíživé, nebo má zavedený permanentní močový katétr, ale v domácím léčení má pocit zastávajícího močení. Doposud nepodstoupila chirurgický výkon, který by s onemocněním srdce souvisel.

Krevní tlak si v domácím léčení neměří, neví, jaké jsou hraniční hodnoty pro hypertenzi. Tělesnou hmotnost si nekontroluje. Kardiologické kleslo zná, ale nevyužívá ho.

S režimovými opatřeními, která souvisí s onemocněním, nebyla seznámena (nebyla informována o zákazu kouření, používání alkoholu a o dietě, kterou by měla dodržovat). Dříve se starala o zahrádku, nyní to již nezvládá. Netrpí stresovými situacemi. Pociťuje potřebu být v bezpečí a mít jistotu.

Omezení, které spatřuje je fyzické, velmi špatně chodí a nedokáže se sama pohybovat. K pohybu používá chodítka. Omezení v oblasti sebeobsluhy jsou velká, nebo je závislá na druhých lidech. Další omezení je v oblasti spánku a odpočinku je

unavená a vyčerpaná. Přiznává, že v domácím léčení by o sebe v tomto stavu nedokázala postarat, velkou oporou by pro ni byla dcera popřípadě agentura domácí péče.

S ošetřovatelským personálem je spokojená.

Respondent . 8

Respondent . 8 je muž, 80 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je odborné učiliště v oboru zedník. První část svého života v tomto oboru pracoval. Nyní je ve starobním důchodu.

Trpí pravostranným chronickým srdečním selháním. S touto diagnózou je seznámen asi 1 rok. Má přidružená onemocnění jako je Diabetes Mellitus I. typu (závislost na aplikaci inzulínu) a chronickou obstrukční plicní nemoc, kterou trpí již několik let.

Důvodem hospitalizace byla plánovaná operace, bypassu. Informace týkající se onemocnění zatím nedostal. Veškeré potřebné informace týkající se chronického srdečního selhání mu lékař sdělil až po výkonu. Zatím podstoupil měření krevního tlaku a pulsů, měření elektrické aktivity srdce, rentgen srdce a plic, ultrazvuk srdce a pravostrannou srdeční katetrizaci. Léky užívá dle pokynů lékaře, ale jejich účinky zatím nezná.

Příznaky, které se u respondenta vyskytují, jsou mírné otoky dolních končetin, hlavně kolem kotníků. Dalším příznakem je dušnost, kterou pociťuje neustále, a díky níž je velmi unavený. Nosí kyslíkové brýle.

Účinky léků nezná. Zatím jediným lékem je pro něj diuretikum, nebo pokud on trpí astmou pocitem na močení.

Krevní tlak si doma neměří a nekontroluje si tělesnou hmotnost.

Zatím není seznámen s reflowovými opatřeními, a navíc nekouří a nemá solí. Vypije asi 1,5 litru tekutin, někdy si dopije i láhev piva. Vzhledem k nadměrné únavě provozuje fyzickou aktivitu jen zřídka. Stresovými situacemi respondent netrpí, tvrdí o sobě, že je optimista. Pociťuje potřebu být v bezpečí a mít jistotu.

Respondent poci uje omezení v oblasti spánku a odpoinku, kv li du-nosti se nem fle vyspat, a proto se cítí unavený. Ve spole enské oblasti spat uje omezení týkající se nemoflnosti stýkat se s p áteli v pohostinství. Fyzické omezení nepoci uje, i p estofle má otoky okolo kotníků , ch ze mu ned lá problémy. V rámci sebeobsluhy je pln sob sta ný. V p ípad pot eby by mu byl velkou oporou syn s rodinou.

U personálu nespát uje o-et ovatelské nedostatky.

Respondent . 9

Respondent . 9 je mufl, 62 let. Jeho nejvy—í dosažené vzd lání je odborné u ili-t v oboru zem d lství. Nyní je ve starobním d chodu, bydlí s manflkou v rodinném dom na vesnici.

Trpí levostranným chronickým srde ním selháním. S touto diagnózou byl seznámen p ed 15-ti lety. Léka mu sd lil informace týkající se farmakologické a chirurgické lé by. Informace související s reffimovými opat eními si vyhledal sám. P idruflená onemocn ní, která má, jsou lé ená hypertenze, Diabetes Mellitus II. typu na perorálních antidiabetikách a akutní Infarkt myokardu, který prod lal jifl 2x.

D vodem hospitalizace byla zhor-ující se du-nost, kv li které nosí neustále kyslíkové brýle. Po p íjetí do nemocnice podstoupil rentgen srdce a plic, m ení elektrické aktivity srdce, m ení krevního tlaku a pulsu a ultrazvuk srdce. Dal-ími p íznaky jsou mírné otoky dolních kon etin a únava.

Zná ú inky lék , které uflívá dlouhodob , dle pokyn léka e. Zat flujícím lékem pro n j bylo diuretikum, nebo po n m trp l ast j-ím pocitem na mo ení. V sou asné dob si na ú inky tohoto léku jifl zvykl. Podstoupil chirurgický výkon, který souvisí s onemocn ním srdce. P ed dv ma lety mu byl implantován kardiostimulátor. Po výkonu se mu lépe dýchalo a nepoci oval únavu.

V domácím lé ení si pravideln m í krevní tlak a ví, jaké jsou hodnoty pro hypertenzi. T lesnou hmotnost si nekontroluje a kardiologické k eslo nezná.

Reffimová opat ení zná, i p estofle mu je léka nesd lil. Domnívá se, fle kdyfl o nich nebyl informován, nemusí je dodrflvat. Postupem asu do-el k názoru, fle omezí

kou ení a požívání alkoholu. Dietu . 10 se sníženým obsahem soli ve strav zná, ale nedodrfluje ji. Fyzicky se nenamáhá, nebo mu to jeho zdravotní stav neumofl uje. Vypije asi 2 litry tekutin denn . Stresovou situací je pro n j nemoc. Poci uje pot ebu být v bezpe í a mít jistotu.

Omezení poci uje v oblasti fyzické, nebo se mu –patn chodí. V oblasti sebeobsluhy se o sebe nedokáfle postarat. V domácím lé ení by pro n j byly velkou oporou dcery s rodinami. Dal-í omezení spat uje v oblasti spánku a odpo inku, v souvislosti s du–ností se cítí velmi vy erpaný.

Je spokojen s o-et ovatelským personálem.

Respondent . 10

Respondent . 10 je žena, 65 let. Její nejvy–í dosažené vzd lání je odborné u ili-t v oboru cukrá ka, v n mfl pracovala v t–inu flivota. Nyní je ve starobním d chodu, flije v domov pro seniory. Je vdova jifl 5 let.

Trpí pravostranným chronickým srde ním selháním. Informace o svém onemocnění získala p ed 10-ti lety. Tyto informace se jí zdály dosta ující a fládné dal-í jifl nevyhledávala. P idružené onemocnění, které má jifl 15 let, je chronická obstruk ní plicní nemoc. Na pravidelné kontroly dochází 1x za dva m síce. Léka jí na pravidelných kontrolách provádí m ení krevního tlaku a pulsu, m ení elektrické aktivity srdce a 1x za p l roku jí provádí ultrazvuk srdce.

P íznaky, které poci uje, jsou únava, otoky dolních kon etin a du–nost, kterou vnímá jak p es den, tak i v noci, a proto nosí kyslíkové brýle. D vodem pro hospitalizaci byly zhor-ující se otoky dolních kon etin, kv li kterým se nem fle pohybovat. Vzhledem k t mto otok m p ibrala b hem p ti dní –est kilogram .

Ú inky lék , které uflívá dlouhodob , zná. Nejvíce zat flujícím lékem je pro ni diuretikum, nebo po n m trpí ast j–ím pocitem na mo ení. Nyní má zavedený permanentní mo ový katétr a ast j–í mo ení ji jifl neobt fluje. Dále má zavedený permanentní filní katétr, do n hofl se aplikují diuretika intravenózn . Chirurgický výkon doposud nepodstoupila.

Krevní tlak si neměří, a neví, jaké jsou hraniční hodnoty pro hypertenzi. Kontroluje si tělesnou hmotnost, kvůli otokům. Kardiologické kleslo zná a v nemocnici ho vyvolává.

Režimová opatření zná, je seznámena se zákazem kouření a požívání alkoholu. Nevykonává žádnou fyzickou, jelikož jí to zdravotní stav nedovoluje. Dietu č. 10 (se sníženým obsahem soli ve stravě) dodržuje. Vypije asi 2 litry tekutin denně. Stresovou situací je pro ni nemoc. Pociťuje potřebu být v bezpečí a mít jistotu.

Společensko-kulturní omezení nespatiťuje. Společnost ani kulturu nevyhledávala. Největší omezení spatřuje v oblasti sebeobsluhy, jelikož si nedokáže dojít ani na toaletu. Je schopná sama, zvládne osobní hygienu na lůžku, sama se dokáže najíst a napít. Další omezení spatřuje ve fyzické aktivitě, jelikož byla v mládí zvyklá závodit a nyní nemůže chodit ani na procházky. V oblasti spánku a odpočinku spatřuje omezení, neboť se kvůli dušnosti cítí unavená.

Přiznává, že bez pomoci zdravotních sester by se o sebe ani v domově pro seniory nedokázala postarat.

Infarktem byla již několikrát hospitalizována, nikdy neměla problém s ošetřovatelským personálem. Není spokojena s nemocniční stravou, tvrdí, že je přesolená. Přestože musí dodržovat dietu č. 10, v nemocnici dostává dietu č. 3 (racionální dietu).

4.2 Kategorizace dat v tabulkách

Kategorizace dat v tabulkách obsahuje nejdříve výsledky rozhovorů s pacienty s chronickým srdečním selháním.

Přehled kategorizačních skupin

1. Identifikační údaje respondentů (tabulka 1)
2. Informovanost a spokojenost respondentů (tabulka 2)
3. Projevy chronického srdečního selhání a subjektivní nejzávažnější příznaky (tabulka 3)
4. Léčebné metody a subjektivní nejvíce zatěžující léky (tabulka 4)
5. Přidružená onemocnění (tabulka 5)
6. Omezení a specifické potřeby (tabulka 6)

Tabulka 1 Identifika ní údaje respondent

R=respondent	R 1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Pohlaví	fi	fi	M	fi	M	fi	fi	M	M	fi
V k	78 let	81 let	66 let	86 let	79 let	74 let	69 let	80 let	62 let	65 let
Délka trvání nemoci	5 let	27 let	15 let	20 let	28 let	20 let	17 let	1 rok	15 let	10 let
Typ chronického srde ního selhání	LS	PS	PS	LS	LS	LS	PS	PS	LS	PS

Pozn: LS = levostranné, PS = pravostranné

Tabulka 1 znázor uje identifika ní údaje respondent . Z celkového po tu 10-ti respondent je 6 žen a 4 muži. Nejdéle žijícím respondentovi je 86 let a nejmladšímu je 62 let. Respondent . 1 je žena, 78 let, s onemocněním byla seznámena před 5-ti lety, trpí levostranným chronickým srde ním selháním. Respondent . 2 je žena, 81 let, s onemocněním je seznámena již 27 let, trpí pravostranným chronickým srde ním selháním. Respondent . 3 je muž, 66 let, s nemocí byl obeznámen před 15-ti lety, trpí pravostranným chronickým srde ním selháním. Respondent . 4 je žena, 86 let, s diagnózou byla seznámena před 20-ti lety, trpí levostranným chronickým srde ním selháním. Respondent . 5 je muž, 79 let, o onemocnění byl informován před 28 lety, trpí levostranným chronickým srde ním selháním. Respondent . 6 je žena, 74 let, o onemocnění se dozvěděla před 20-ti lety, trpí levostranným chronickým srde ním selháním. Respondent . 7 je žena, 69 let, s nemocí byla seznámena před 17-ti lety, trpí pravostranným chronickým srde ním selháním. Respondent . 8 je muž, 80 let, s onemocněním byl seznámen před rokem, trpí pravostranným chronickým srde ním selháním. Respondent . 9 je muž, 62 let, s diagnózou je seznámen již 15 let, trpí levostranným chronickým srde ním selháním. Respondent . 10 je žena, 65 let, s onemocněním je seznámena již 10 let, trpí pravostranným chronickým srde ním selháním

Tabulka 2 Informovanost a spokojenost respondent

R=respondent	R 1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Dosta ující informace	x		x	x	x					x
Dodržování reflexivních opatření	x			x		x				x
Nespátují nedostatky u ošetřujícího personálu	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nespokojenost s dietou (nemocní ní stravou)				x		x				x

Tabulka 2 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázky: *Dostal/a jste dostačující informace o onemocnění? Dodržujete reflexivní opatření Vašeho onemocnění? Spatujete ošetřovatelské nedostatky u ošetřovatelského personálu ve zdravotnickém zařízení? Spatujete jiné nedostatky?* Kategorie odpovědí dostačující informace byla uvedena 6x. Kategorie odpovědí dodržování reflexivních opatření, byla uvedena 4x. žádný z respondentů nespátuje ošetřovatelské nedostatky u personálu. Kategorie odpovědí nespokojenost s dietou, byla uvedena celkem 3x.

Tabulka 3 Projevy chronického srdečního selhání a subjektivní nejzávažnější příznaky

R=respondent	R 1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Dužnost	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Otoky		x	x	x	x		x	x	x	x
Únava	x				x		x	x	x	x
Tlak na hrudi	x					x				
Nechutenství						x				
Subjektivní nejzávažnější příznak - dužnost	x	x	x	x	x	x		x	x	
Subjektivní nejzávažnější příznak - otoky							x			x

Tabulka 3 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: *Jaké příznaky onemocnění na sobě pociťujete? Jaký z těchto příznaků se Vám zdá být nejvíce zatěžující?* Kategorizace odpovědí dužnost, byla uvedena 9x. Kategorizace odpovědí otoky, byla uvedena 8x. Kategorie odpovědí únava, byla uvedena 6x. Kategorie odpovědí tlak na hrudi, byla uvedena 2x. Kategorie odpovědí nechutenství, byla uvedena 1x. Kategorie odpovědí subjektivní nejzávažnější příznak, byla uvedena 8x dužnost a 2x otoky.

Tabulka 4 Léčebné metody a subjektivně nejvíce zatížený lék

R=respondent	R 1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Znalost účinnosti všech léků	x	x	x	x	x	x			x	x
Nejvíce zatížený lék - diuretikum	x	x	x	x	x		x	x		x
Chirurgický výkon nepodstoupil/a	x	x		x		x	x	x		x
Bypass			x							
Kardiostimulátor					x				x	

Tabulka 4 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázky: *Znáte účinnosti všech léků, které užíváte na chronické srdeční selhání? Který z těchto léků se Vám zdá nejvíce zatížený? Podstoupil/a jste chirurgický výkon, který souvisí s chronickým srdečním selháním?* Kategorie odpovědí znalost účinnosti všech léků, byla uvedena 8x. Kategorie odpovědí nejvíce zatížený lék, bylo 8x odpovědí na diuretikum. Chirurgický výkon nepodstoupilo celkem 7 respondentů. Kategorie odpovědí bypass podstoupil 1 respondent a implantaci kardiostimulátoru podstoupili 2 respondenti.

Tabulka 5 P idružená onemocn ní

R=respondent	R 1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Diabetes Mellitus II. typu (na perorálních antidiabetikách)	X	X	X		X	X			X	
Chronická obstruk ní plicní nemoc								X		X
Diabetes Mellitus I. typu (závislost na inzulinu)								X		
Arytmie		X								
Hypertenze				X		X				
Prod laný Infarkt myokardu					X				X	
Urolitiáza						X				
Nemá							X			

Tabulka 5 znázor uje v kategorizované form odpov di respondent na otázku: *Máte p idružená onemocn ní?* Diabetem Mellitem II. typu na perorálních antidiabetikách trpí respondenti . 1 a . 3. Respondent . 2 trpí Diabetem Mellitem II. typu na perorálních antidiabetikách a arytmií. Respondent . 4 trpí hypertenzí. Respondenti . 5 a . 9 trpí Diabetem Mellitem II. typu na perorálních antidiabetikách a prod lali Infarkt myokardu. Respondent . 6 trpí Diabetem Mellitem II. typu na perorálních antidiabetikách, hypertenzí a urolitiázou. Respondent . 7 nemá p idružená onemocn ní. Respondent . 8 trpí Diabetem Mellitem I. typu (závislost na inzulinu) a chronickou obstruk ní plicní nemocí. Respondent . 10 trpí chronickou obstruk ní plicní nemocí.

Tabulka 6 Omezení a specifické potřeby

R=respondent	R 1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Potřeba aktivity a pohybu	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Potřeba spánku a odpočinku	x		x			x	x	x	x	x
Potřeba dýchání	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Využívání kyslíkových brýlí	x		x	x	x	x		x	x	x
Pomoc při vyprazdňování	x	x	x	x					x	x
Soukromí při vyprazdňování	x	x	x	x					x	x
Potřeba jistoty a bezpečí	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Společenské omezení	x		x	x				x		
Kulturní omezení	x									
Sebeobsluha (v nemocnici)	x	x					x		x	x
Sebeobsluha (v domácím léčení)	x	x	x	x			x		x	x

Tabulka 6 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: *Pociťujete omezení v souvislosti s Vaším onemocněním? Jaká omezení a potřeby to jsou? Dokázal/a byste se o sebe v soukromí postarat v domácím léčení?* Potřeba aktivity a pohybu, byla uvedena celkem 9x z celkového počtu 10-ti respondentů. Potřeba spánku a odpočinku, byla uvedena celkem 7x. Potřeba dýchání, byla uvedena 9x. Využívání kyslíkových brýlí, bylo uvedeno 8x z celkového počtu 10-ti dotazovaných respondentů. Jeden respondent uvedl, že při vyprazdňování potřebuje pomoc od zdravotnického personálu. Potřebu soukromí při vyprazdňování uvedlo 6

respondent . Potřebu jistoty a bezpečí pociují v-ichni dotazovaní respondenti. Společenské omezení bylo uvedeno celkem u čtyř respondentů . Kulturní omezení pociuje respondentka . 1. Potřebu sebeobsluhy ve zdravotnickém zařízení uvedlo celkem 5 respondentů . Kategorie odpovědí potřebu sebeobsluhy v domácím léčení, byla uvedena celkem 7x, tito respondenti se o sebe nezvládají postarat v rámci domácího léčení.

5. Diskuze

Výzkumné zetření bylo zaměřeno na zjištění specifické zdravotelské péče u pacientů s chronickým srdečním selháním. Specifické potřeby a omezení, které pacienti s chronickým srdečním selháním mají, znázorňuje tabulka 6. Již v teoretické části bakalářské práce se zmíníme o potřebě, jako o pocitu nedostatku nebo přebytku, touze něho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Uspokojení potřeby je žádoucí, nebo nenaplnění potřeby může vést k poruchám homeostázy. Základní potřeby jsou hlavními potřebami, které nemocný člověk pociťuje, jak uvádí Mánková (2011). Potřebu aktivity a pohybu spatřuje celkem 9 respondentů, což plně dokazuje, že tato potřeba je zcela základní potřebou člověka, jak tvrdí Trachtová (2006). Poloha nemocného závisí na jeho celkovém stavu, pacient s mírným stupněm chronického srdečního selhání bude zaujímat polohu aktivní, tzn., že si polohu sám a libovolně. Pacient se závažným stupněm chronického srdečního selhání bude spíše zaujímat polohu pasivní, která je závislá na pomoci druhé osoby. Polohy vynucené nebo také úlevové polohy jsou u pacientů poloha ortopedická nebo poloha Fowlerova. Ortopedická poloha je klasická pro pacienty s chronickým srdečním selháním, nebo význam této polohy spoívá ve zvýšení vitální kapacity plic a zlepšení plicní ventilace. Při této poloze se zapojují pomocné dýchací svaly a snižuje se řílní návrat, jak uvádí Trachtová (2006). Fíivotní aktivity se musí přizpůsobit zdravotnímu stavu pacienta. V případě těžkého stádia chronického srdečního selhání má pacient naordinovaný klid na lůžku, toto omezení trvá jen po určitou dobu. Absolutní inaktivita je pro člověka škodlivá, nebo snižuje kvalitu života, vede k atrofii svalů a ke vzniku komplikací, jak uvádí Aschermann (2004). U stabilizovaných pacientů se doporučuje řízený kondiční trénink, který se provádí 3x až 5x týdně po dobu asi 30-ti minut. Cvičení se provádí buď v rehabilitačních centrech, kde je pacientovi stanovena intenzita zátěže, nebo ho může poučený a zacvičený pacient provádět i sám doma, jak uvádí Aschermann (2004).

Potřeba spánku a odpočinku je u každého člověka individuální, závisí na věku, denní aktivitě a aktuálním zdravotním stavu. Respondenti uvedli celkem 7x potřebu

spánku a odpočinku. Pacienti trpí dušností, i přes to mají nasazené kyslíkové brýle, jsou nevyspalí a unavení. Na jedné straně uvádí Trachtová (2006), že nemocný člověk potřebuje více spánku a odpočinku, neboť jeho nemoc vyžaduje i každodenních úsilí a musí tedy vynaložit větší úsilí k jejich zvládnutí. Na druhé straně je u pacientů s chronickým srdečním selháním únava způsobená nízkým srdečním výdejem a nízkým prokrvením mozku, jak uvádí Cheitlin (2005) nebo Týřinař (2003).

Vyprazdňování je další základní potřebou člověka, je to fyziologický děj. Uspokojování této potřeby nastoluje rovnováhu v organismu. Témata týkající se vyprazdňování bývají často tabuizována, nebo zasahují intimní sféru člověka, lidé mívají zábrany mluvit o těchto problémech. Vedení rozhovoru na toto téma vyžaduje profesionální úroveň, dobré komunikační dovednosti a znalost psychického stavu nemocného. Každý člověk zaujímá individuální postoj a má určité nároky na intimitu a diskretnost. Záleží na osobnostních vlastnostech nemocného, na emocionální stabilitě nebo labilitě a na životním stylu. K pacientům, kteří se cítí nepříjemně při komunikaci na téma vyprazdňování, musíme postupovat velice citlivě a respektovat jejich stud, jak uvádí Trachtová (2006) a Kapounová (2007). V tabulce 6 uvedlo 6 respondentů potřebu soukromí při vyprazdňování, ostatní 4 respondenti si na toaletu dojdou sami nebo s pomocí. Jifi zmiňovaných 6 respondentů uvedlo, že se vyprazdňují na lžku prostřednictvím podlovní mísy, což v nich vyvolává nepříjemné pocity. Soukromí při vyprazdňování je naprosto základní pravidlo, které je porušeno, je-li v blízkosti další osoba. Před hospitalizací byli respondenti zvyklí vyprazdňovat se v soukromí. Při hospitalizaci musí nemocní, kteří mají klid na lžku, popřípadě mohou za určitých okolností z lžky vstát, provádět vyprazdňování s pomocí podlovní mísy, a to v blízkosti ostatních pacientů. Je zřejmé, že jim je tato situace velmi nepříjemná, a proto mohou mít s vyprazdňováním velké problémy. Při opakovaném vyprazdňování mezi ostatními pacienty a při nerespektování intimity, může stud v tomto případě vést až ke snížené sebeúctě, jak uvádí Trachtová (2006). Domníváme se, že zdravotnický personál by měl dbát na soukromí nemocného při vyprazdňování na lžku a na respektování intimity. Ošetřovatelský personál může tuto, pro pacienta nepříjemnou situaci, zmírnit zajištěním

soukromí (například poprosit chodící pacienty, aby na určitou dobu opustili pokoj), dále empatickým přístupem k nemocnému a profesionální komunikací.

Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou, je velice úzce spojena s pocity lovk a je základním předpokladem jeho existence. Pokud jsme zdraví, uspokojování této potřeby si neuvdomuje, dýcháme automaticky. Při poruše dýchání dochází k dramatickému stavu, nemocný je ohrožen na život, po psychické stránce je úzkostný, bezmocný a má strach ze smrti. Nemocný s poruchou dýchání potřebuje mít dostatečnou zdravotelskou péči a porozumění, jak tvrdí Trachtová (2006). Potřebu dýchání uvedlo 9 respondentů z 10-ti dotazovaných.

Potřeba jistoty a bezpečí je potřeba po důvě, spolehlivosti, osvobození se od strachu a úzkosti, ochrana a vyvarování se nebezpečí. Maslow řadí potřebu jistoty a bezpečí na druhé místo, hned nad základní potřeby. Pacient má v souvislosti s nemocí obvykle nepříjemné pocity, jako jsou nejistota, úzkost nebo strach. Nejistota zde působí jako stresor, který ovlivňuje adaptační proces. Pokud není tato potřeba uspokojena, může dojít k pocitům ohrožení existence. Právě nemocní s chronickým onemocněním tvoří zvláštní kapitolu, tyto nemocní mají neustálé pocity menšího nebo většího ohrožení na život, jak uvádí Trachtová (2006). Toto tvrzení koresponduje s názory všech deseti respondentů, kteří uvedli, že mají strach a nejistotu. Domníváme se, že pacienti s chronickým srdečním selháním by měli být podporováni a ujištěováni, že v nemoci nejsou sami, a že v případě potřeby se mohou dovolat pomocí prostřednictvím signalizačního zařízení. Zdravotelský personál by měl tuto potřebu pacientů v novat dostatečně zásu, neměl by odbíhat od probíhajícího rozhovoru a měl by je jejich potřeby. Tímto zjištěním jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku 2 š. Jaké specifické potřeby mají pacienti s chronickým srdečním selháním?**

Zdravotelským problémem je u pacientů s chronickým srdečním selháním sebeobsluha, která je základní potřebou lovk, ta závisí na věku nemocného, na zdravotním stavu a na fyzické aktivitě. Pokud je tato potřeba narušena, lovk nezvládá každodenní aktivity a je závislý na pomoci druhých. Polovina dotazovaných respondentů v nemocnici nezvládá základní denní činnosti a je odkázána na pomoc druhých (je to pomoc v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování a stravování). Po

příjmu pacienta na oddělení sestry vypluje Barthel v test základních vědních činností, který poukazuje na míru sebeobsluhy daného pacienta, jak tvrdí i Trachtová (2006). Domníváme se, že testy ke stanovení míry sebeobsluhy by se měly vypracovat svobodně, nebo nesprávné ohodnocení může vést ke vzniku komplikací a k rozvoji imobilizačního syndromu, jak uvádí i Trachtová (2006). Pacienti s chronickým srdečním selháním by měli být natolik soběstační, jak jen jim to umožní aktuální zdravotní stav. Sedm respondentů uvedlo, že v domácím léčení se o sebe nezvládají postarat. Většina respondentů odpověděla, že má někoho, kdo by se o ně postaral, nejčastěji to byla rodina.

Z výsledků výzkumu nám vyplynulo, pacienti, kteří nemohou vstát nebo mají klid na lůžku, se musí vyprazdňovat s pomocí druhé osoby, nejčastěji prostřednictvím podložní mísy. Zde se vyskytl zdravotnický problém, neboť jsou pacienti v tomto směru závislí na zdravotnickém personálu. Myslíme si, že by se sestry měly zachovat profesionálně při odnášení podložní mísy z pokoje a při omývání pacienta, pokud to pacient nezvládá sám. Profesionální chování tkví ve správné komunikaci a v pochopení studu pacienta.

Dalším zdravotnickým problémem je vyfukování kyslíkových brýlí, jak bylo u respondentů uvedeno celkem 8x. Domníváme se, že nemocnému by mělo být prováděna oxygenoterapie, jak uvádí Klimešová (2011). Tato léčba je v nemocnici dostupná nejčastěji z centrálního rozvodu kyslíku. Zdravotnický personál by měl kontrolovat pacienta při oxygenoterapii, stav destilované vody v nádrže a funkčnost rozvodu kyslíku.

V věkové hranice se pohybovala v rozmezí 62 až 86 let. Týpác (2006) uvádí, že starší osoby jsou tímto onemocněním postihovány častěji, než osoby mladší. Délka trvání nemoci se pohybovala od 1 roku až do 28 let. S tímto onemocněním může žít téměř celý život, svědčí o tom délka trvání nemoci uvedená v tabulce 1. Poměrně velkou část života žije s onemocněním 8 respondentů, je to délka trvání nemoci od 10-ti do 28 let, 2 respondenti s onemocněním žijí poměrně krátkou dobu, a to 1 rok a 5 let.

Jak již bylo zmíněno v teoretické části bakalářské práce, může být průběh tohoto onemocnění chronický. Nejčastěji uváděnými příznaky byly dušnost, otoky

dolních končetin a únava. V souvislosti s chronickou srdeční insuficiencí trpí respondenti, kteří trpí onemocněním již řadu let, zvykají na tyto příznaky. Jako hlavní příznak byla uvedena dušnost, a to celkem 9x (tabulka 3). Všichni tyto respondenti jsou často považováni za subjektivně nejzávažnější příznak, ale na respondenty č. 7 a č. 10, ti považovali za subjektivně nejzávažnější příznak otoky. Respondenti, kteří trpí dušností již dlouhou řadu let, nemusí vnímat závažnost zhoršeného stavu, která by mohla vést až ke smrti. Tito pacienti přestanou vykonávat činnosti, které jejich zhoršující se stav umocní. Při klidném stavu na sobě respondenti nemusí pociťovat příznaky dušnosti, ale při náhle zvýšené pohybové aktivitě mohou dojít ke zhoršení stavu, jak uvádí Týnár (2007).

Důsledkem srdečního selhání vznikají změny v ledvinách, což způsobuje retenci soli a vody. Tento stav se léčí podáváním diuretik, která jsou základem symptomatické léčby pacienta s městnáním v plicích nebo ve velkém oběhu. Následkem toho vznikají otoky nebo dušnost, podle toho, o kterou stranu srdečního selhání se jedná. Mírné otoky nemusí být léčeny diuretiky, stačí klid na lůžku a omezení příjmu soli, jak uvádí Cheitlin (2005). Klíčovým závažným stádiem srdečního selhání je nutné zavést léčbu diuretiky, která pacientovi poskytne okamžitou úlevu od dušnosti a zmírní otoky v rámci několika hodin, jak tvrdí Týnár (2003). Při hospitalizaci se sleduje bilance tekutin, která ukazuje příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Při ambulantní léčbě má velký význam kontrola tělesné hmotnosti pacienta. Spolupracující pacient si může dávku diuretik v určitém množství korigovat sám, a to podle tělesné hmotnosti, jak uvádí Pudil (2010). Při rozhovorech s respondenty bylo 8x uvedeno, jako subjektivně nejvíce zatěžující lék, diuretikum. Respondenti po tomto léku trpěli často jím pocitem nemožnosti, které je obtěžovalo, ale zároveň jim ulevilo od příznaků nemoci. Respondenti č. 9 a č. 10 si na účinky léku již zvykli. V souvislosti s užíváním diuretik se u pacientů může vyskytnout dehydratace, jak uvádí Týnár (2003). Domníváme se, že sestra by měla kontrolovat u pacienta příjem a výdej tekutin, dále by měla kontrolovat stav pokožky a prokrvení sliznic, aby mohla dehydrataci včas zabránit. Tímto zjištěním jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku 1** **„Jaké zdravotní problémy se vyskytují u pacientů s chronickým srdečním selháním?“**

Reflimová opatření, která jsou obsažena v tabulce 2, jsou dodržována u 12 respondentů, u 10 respondentů dodržována nejsou. Tato opatření nejsou dodržována hlavně v oblasti stravování. Speciální dieta pro pacienty s chronickým srdečním selháním neexistuje, ale měla by to být strava vyvážená s dostatkem vlákniny. Cílem diety je udržet optimální tělesnou hmotnost, pro pacienty s nadváhou a obezitou je nutné nasadit redukční dietu, jak uvádí Hradec a Býma (2008). Pacienti s chronickým srdečním selháním musí omezit příjem kuchyňské soli na méně jak 5 gramů na den. Důležité je sledovat obsah skryté kuchyňské soli v potravinách, jak uvádí Týpínar (2007), Kečková (2011) a Aschermann (2004). Nedodržování diety vede u velkého počtu pacientů ke zhoršení chronického srdečního selhání, jak uvádí O'Rourke (2010). V tabulce 2 byla respondenty celkem 3x uvedena nespokojenost s dietou (nemocní strávou). Při pravidelných kontrolách jim lékaři sdělili, že musí dodržovat dietu se sníženým obsahem soli ve stravě, ale při hospitalizaci je jim podávána racionální strava, která je bez omezení soli. V tabulce 2 bylo dále zaneseno nedodržování diety se sníženým obsahem soli ve stravě, a to celkem 6x. Myslíme si, že pacienti by měli být více informováni o refluimových opatřeních, která vedou, při jejich dodržování, ke zlepšení symptomů pacienta a ke snížení nákladné farmakologické i chirurgické léčby. Tato refluimová opatření by měl dodržovat každý pacient, který má diagnostikováno chronické srdeční selhání.

Přidružená onemocnění mohou zásadním způsobem ovlivnit průběh chronického srdečního selhání. Nejastěji odpovídá na otázku *Jaká máte přidružená onemocnění?*, bylo rozšířené onemocnění Diabetes Mellitus II. typu na perorálních antidiabetikách, celkem takto odpovědělo 6 respondentů. Toto onemocnění musí být intenzivně léčeno, aby nedocházelo ke zhoršení nemoci, jak tvrdí O'Rourke (2010). Tímto zjištěním jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku 3 "Jaké faktory zhorší průběh chronického srdečního selhání?"**

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetřovatelské péče u pacientů s chronickým srdečním selháním. Cíl bakalářské práce byl splněn.

Na základě výzkumného záměru byly stanoveny 2 výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Jaké ošetřovatelské problémy mají pacienti s chronickým srdečním selháním? Výzkumná otázka č. 2: Jaké specifické potřeby mají pacienti s chronickým srdečním selháním? Během výzkumného záměru jsme otázky rozšířili o výzkumnou otázku č. 3: Jaké faktory zhoršují průběh chronického srdečního selhání? Všechny tyto výzkumné otázky se nám podařilo zodpovědět.

Výzkumné záměru bylo uskutečněno formou kvalitativního výzkumu pomocí rozhovorů s jednotlivými pacienty s chronickým srdečním selháním. Ze získaných údajů se nám podařilo zjistit příznaky, které jsou typické pro toto onemocnění. Za nejzávažnější příznaky můžeme označit dušnost a otoky. Tyto poznatky nám poskytly informace týkající se specifických potřeb pacienta a omezení vzniklá v souvislosti s onemocněním. Specifickými potřebami byly uvedeny potřeba aktivity a pohybu, potřeba dýchání, potřeba spánku a odpočinku, potřeba bezpečí a jistoty a potřeba soukromí při vyprazdňování. Ošetřovatelské problémy, které se u pacientů s chronickým srdečním selháním vyskytly, byly sebeobsluha, pomoc při vyprazdňování, vyuffívání kyslíkových brýlí a močná dehydratace v souvislosti s uffíváním diuretik. Z výsledků výzkumu lze dále soudit, že pacienti s chronickým srdečním selháním nemají dostatek informací a nedodržují režimová opatření, což může mít za následek zhoršení průběhu nemoci.

Toto záměru nám přineslo zajímavé poznatky, díky kterým můžeme být ošetřovatelská péče o pacienty s chronickým srdečním selháním poskytována kvalitněji a na profesionální úrovni. Pochopení specifických potřeb a omezení pacientů lze vyuffít při edukaci a při sebeobsluze.

Tato bakalářská práce může být zdrojem informací nejen pro pacienty, kteří trpí chronickým srdečním selháním, ale i pro zdravotní sestry a studenty zdravotnických oborů.

7. Seznam použité literatury

1. MAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
2. KLENER, P., a kol. *Vnitřní lékařství II*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2001. 225 s. ISBN 80-86073-76-9.
3. CHEITLIN, D., SOKOLOV, M., McILROY, M. *Klinická kardiologie*. 1. vyd. v Praze: Jinoany: H&H Vyšehradská, 2005. 847 s. ISBN 80-7319-005-2.
4. SOVOVÁ, E., EHOŠOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 164 s. ISBN 80-247-1009-9.
5. WIDIMSKÝ, J., a kol. *Hypertenze*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. s. ISBN 80-7254-515-9.
6. ASCHERMANN, M., a kol. *Kardiologie II díl*. 1. vyd., Praha: Galén, 2004. 754 s. ISBN 80-7262-290-0.
7. SCHEJBALOVÁ, M. *Chronické srdeční selhání, nemoc souasnosti*. Zdravotnické noviny: orgán MZ a ROH - ústředního výboru Svazu zdravotníků ve zdravotnictví. 2009, ročník . 58, číslo . 12, s. 14-15. ISSN 0044-1996. Dostupné také z WWW: <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=413005>>.
8. RAMANI, G., UBER P., MEHRA R. *Chronické srdeční selhání: jeho diagnostika a léčba v souasnosti*. Medicina pro promoci: časopis postgraduálního vzdělávání lékařů . 2010, ročník . 11, číslo . 4, s. 50-62. ISSN 1212-9445. Dostupné také z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/18992>>.
9. HRADEC, J., BÝMA, S. *Praktický lékař a chronické srdeční selhání*. Practicus: odborný časopis praktických lékařů . 2008, ročník . 7, číslo . 7, s. 15-20. ISSN 1213-8711. Dostupné také z WWW: <<http://www.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus08-07.pdf>>.
10. WIDIMSKÝ, J., a kol. *Srdeční selhání*. Praha: TRITON, 2003. 560 s. ISBN 80-7254-385-7.

11. AL-HITI, H., MELENOVSKÝ, V., KETTNER, J., MÁLEK, I., KAUTZNER, J., HRNÁČEK, M. *Plicní hypertenze a chronické srdeční selhání*. Cor et vasa: časopis české kardiologické společnosti. 2009, ro. 51, 7-8, s. 478-480. Dostupné také z WWW: <<http://www.e.coretvasa.cz/casopis/view?id=2781>>.
12. TYPINAR, J., VÍTOVEC, J. *Ischemická choroba srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 364 s. ISBN 80-247-0500-1.
13. MAREŠ KOVÁ, J. *O-et ovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
14. AMBROŮ, D., ASCHERMANN, M., JANSKA, P., LINHART, A. *Chronické pravostranné srdeční selhání - patofyziologie*. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře. 2007, ro. 9, s. 6-10. ISSN 1212-4184.
15. KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. 480s. ISBN 978-80-7262-604-5.
16. ASCHERMANN, M. a kol. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 1481 s. ISBN 80-7262-290-0.
17. ELBL, L., CHALOUPKA, V. *Základní metody v kardiologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 304 s. ISBN 80-247-0327-0.
18. TYPINAR, J. *Moderní léčba chronického srdečního selhání*. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře. 2009, ro. 1, . 1, s. 4-10. ISSN 1803-7542. Dostupné také z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/14350>>.
19. PUDIL, R. *Farmakoterapie chronického srdečního selhání*. Interní medicína pro praxi. 2010, ro. 12, . 3, s. 126-130. ISSN 1212-7299. Dostupné také z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/03/03.pdf>>.
20. KŘEČKOVÁ, M. *Chronické srdeční selhání v ambulantní péči*. Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry. 2011, ro. 21, . 1, s. 34-37. ISSN 1210-0404. Dostupné také z WWW: <<http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>>.

21. KLIMEŠOVÁ, J., PLHOŠOVÁ, I. *Péče o pacienta při chronickém srdečním selhání*. Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry. 2011 s. 58. Dostupné také z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-pri-chronickem-srdecnim-selhani-461386>>.
22. *Body mass index* [online]. [cit. 2012-04-02]. Dostupné z: WWW: <<http://www.bodymassindex.cz/faq/co-je-bmi-/>>.
23. ŠPÍNAR, J., VÍTOVEC, J. *Léčba chronického srdečního selhání*. Cor et vasa: časopis české kardiologické společnosti. 2008, ročník 50, číslo 6, s. 259-267. ISSN 0010-8650. Dostupné také z WWW: <<http://www.e-coretvasa.cz/casopis/view?id=660>>.
24. ŠPÁČ, J. *Léčba chronického srdečního selhání u starších nemocných*. Medicína pro praxi: časopis postgraduálního vzdělávání lékařů. 2006, ročník 7, číslo 6, s. 56-64. ISSN 1212-9445.
25. ŠPÍNAR, J., VÍTOVEC, J. *Farmakologická léčba chronického srdečního selhání - jsme na konci jedné velké etapy?*. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře. 2006, ročník 8, s. 11-15. ISSN 1212-4184.
26. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelská péče v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
27. ŠPÍNAR, J., VÍTOVEC, J. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-1822-4-4.
28. HATKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
29. VALENTA, J. a kol. *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
30. O'ROURKE, R., WALSH, R., FUSTER, V., a kol. *Kardiologie. Hurst v manuálu pro praxi*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 800 s. ISBN 978-80-247-3175-9.

31. TRACHTOVÁ, E., a kol. *Pot eby nemocného v o-et ovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
32. TMAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Lidské pot eby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80 247-3223-7.
33. NIEDERLE, P., SCHEJBALOVÁ, M., MARTÍNKOVÁ, D., TMMROVÁ, M., MANDYSOVÁ, E. *Zaslouff si chronické srde ní selhání specializovaný program?* Praktický léka : asopis pro dal-í vzd lávání léka . 2003, ro . 83, . 6, s. 373-376. ISSN 0032-6739.
34. VENGLÁ OVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
35. *IKEM.cz* [online]. [cit. 2012-04-03]. Kardiostimulátor. Dostupné z WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1004013>>.
36. *Filozofie úsp chu.cz* [online]. [cit. 2012-04-04]. Maslowova hierarchie lidských pot eb. Dostupné z WWW: <<http://www.filozofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>>.
37. *Dahlhausen.cz* [online]. [cit. 2012-04-04]. Oxygenoterapie. Dostupné z WWW: <<http://www.dahlhausen.cz/katalog/zdravotnicky-material/kyslikove-bryle-pro-dospele-1461/>>.
38. *Polymed.sk* [online]. [cit. 2012-04-12]. Oxygenoterapie. Dostupné z WWW: <<http://www.polymed.sk/cz/spotrebn-material/kyslikove-zvlhcovace>>.

8. Klíčová slova

Chronické srdeční selhání

Ošetřovatelská péče

Pacient

Sestra

Potřeby

9. Přílohy

Příloha 1 Kardiostimulátor

Příloha 2 Maslowova pyramida lidských potřeb

Příloha 3 Oxygenoterapie

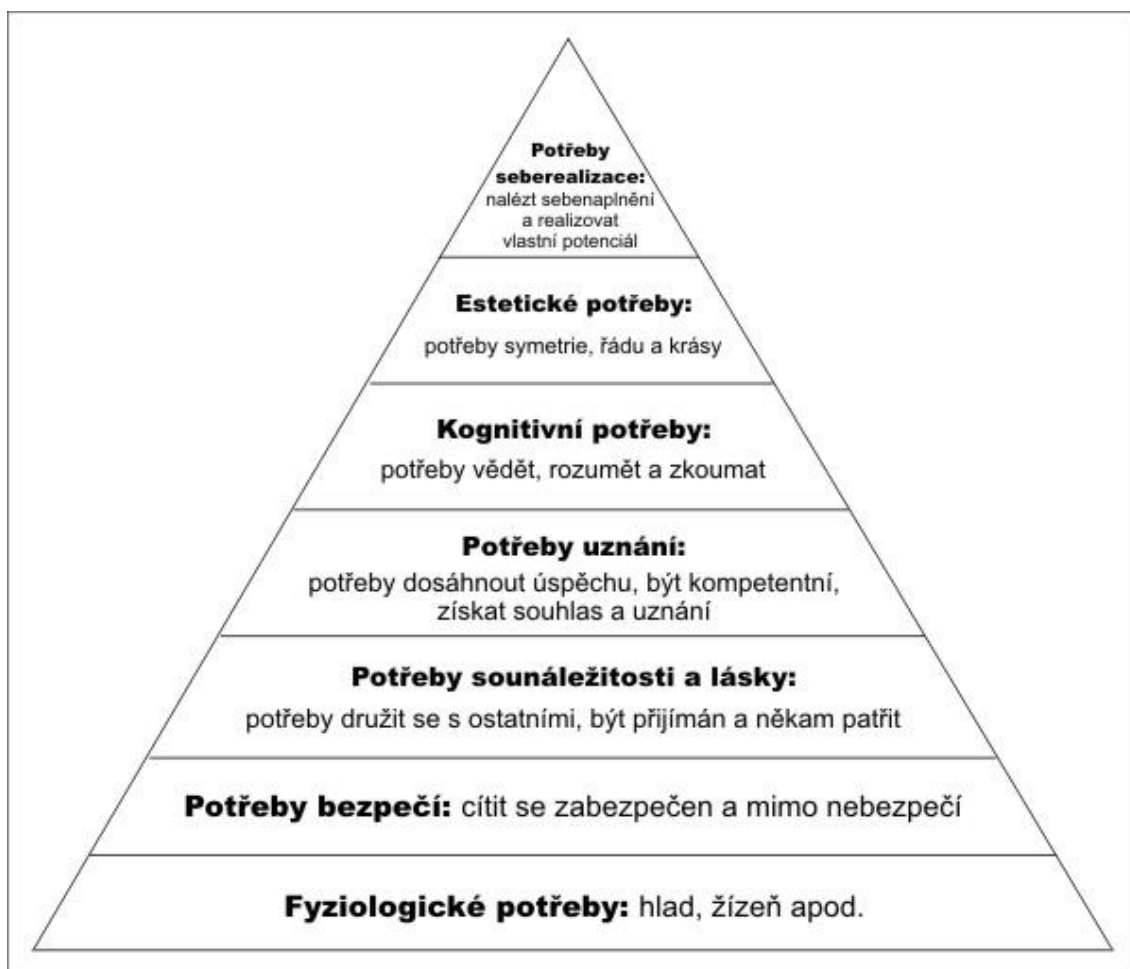
Příloha 4 Polostrukturovaný rozhovor

P íloha 1 Kardiostimulátor



Zdroj: *IKEM.cz* [online]. [cit. 2012-04-03]. Kardiostimulátor. Dostupné z WWW:
<<http://www.ikem.cz/www?docid=1004013>>.

Příloha 2 Maslowova pyramida lidských potřeb



Zdroj: *Filozofie úspěchu.cz* [online]. [cit. 2012-04-04]. Maslowova hierarchie lidských potřeb. Dostupné z WWW:

<<http://www.filozofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>>.

Příloha 3 Oxygenoterapie



Zdroj: *Dahlhausen.cz* [online]. [cit. 2012-04-04]. Oxygenoterapie. Dostupné z WWW: <http://www.dahlhausen.cz/katalog/zdravotnicky-material/kyslikove-bryle-pro-dospELE-1461/>.



Zdroj: *Polymed.sk* [online]. [cit. 2012-04-12]. Oxygenoterapie. Dostupné z WWW: <http://www.polymed.sk/cz/spotrebni-material/kyslikove-zvlhcovace>.

Příloha 4 Polostrukturovaný rozhovor

Otázky:

Otázka . 1: Pohlaví?

Otázka . 2: Kolik je vám let?

Otázka . 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Otázka . 4: Jaké máte povolání?

Otázka . 5: Jakým typem chronického srdečního selhání trpíte?

Otázka . 6: Jak dlouho víte o svém onemocnění?

Otázka . 7: Kdo Vám sdělil informace o onemocnění?

Otázka . 8: Dostal/a jste dostatečné informace o onemocnění?

Otázka . 9: Máte možnost kontaktovat svého ošetřujícího lékaře a při zhoršení stavu nebo při zjištění doplňujících informací?

Otázka . 10: Jaké příznaky onemocnění na sobě pociťujete?

Otázka . 11: Jaký z těchto příznaků se Vám zdá nejvíce zatěžující?

Otázka . 12: Znáte nějaké léky, které užíváte na chronické srdeční selhání?

Otázka . 13: Který z těchto léků se Vám zdá nejvíce zatěžující?

Otázka . 14: Podstoupil/a jste chirurgický výkon, který souvisí s chronickým srdečním selháním?

Otázka . 15: Měříte si pravidelně krevní tlak?

Otázka . 16: Víte, jaké hodnoty krevního tlaku jsou hraniční pro hypertenzi?

Otázka . 17: Kontrolujete si svou tělesnou hmotnost?

Otázka . 18: Jaké máte antropometrické hodnoty (váha, výška, BMI)?

Otázka . 19: Znáte kardiologické doporučení a vyhovíte ho?

Otázka . 20: Máte nějaká další onemocnění, a jaká?

Otázka . 21: Dodržujete režimová opatření Vašeho onemocnění?

Otázka . 22: Jaký máte postoj ke kouření?

Otázka . 23: Jaký je váš jídelníček?

Otázka . 24: Kolik tekutin vypijete za den?

Otázka . 25: Provozujete sport nebo jinou fyzickou aktivitu?

Otázka . 26: Trpíte stresovými situacemi?

Otázka . 27: Poci ujete omezení v souvislosti s Va-ím onemocn ním?

Otázka . 28: Jaká omezení to jsou?

Otázka . 29: Dokázala byste se o sebe v sou asnosti postarat v domácím lé ení?

Otázka . 30: Kdo by se o Vás dokázal postarat v rámci domácnosti?

Otázka . 31: Spat ujete o-et ovatelské nedostatky u o-et ovatelského personálu ve zdravotnickém za ízení? Spat ujete jiné nedostatky?