

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S HYPERTENZÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DENISA BALOGHOVÁ

Praha 2013

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S HYPERTENZÍ

Bakalářská práce

DENISA BALOGHOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr.Ivana Pavlíčková

Praha 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 29.3. 2013

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce paní MUDr.Ivaně Pavlíčkové za cenné rady, konzultace a připomínky při tvorbě této práce.

ABSTRAKT

BALOGHOVÁ, Denisa. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s hypertenzí*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Ivana Pavlíčková. Praha 2013.

Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s hypertenzí. Teoretická část se zabývá epidemiologií, teoretickými poznatky o onemocnění, hlavními rizikovými faktory, diagnostikou a léčbou onemocnění. Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces u pacienta se hypertenzí, charakteristika ošetrovatelského procesu, stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánování, intervence, realizace, vyhodnocení a celkové zhodnocení ošetrovatelské péče.

Klíčová slova:

Hypertenze. Krevní tlak. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRAKT

Baloghová, Denisa. Comprehensive nursing care of the patient with hypertension. The College of Nursing, o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc). Supervisor: MUDr. Ivana Pavlíčková. Prague 2013th

The main theme of this work is complex nursing care of the patient with hypertension. The theoretical part deals with epidemiology, theoretical knowledge about the disease, major risk factors, diagnosis and treatment of disease. The practical part consists of the nursing process for a patient with hypertension, characteristics of the nursing process, the determination of nursing diagnoses, planning, intervention, implementation, evaluation and overall evaluation of nursing care.

Keywords:

Hypertenze. Blood pressure. Nursing process. Patient.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI- Body mass index, výpočet tělesné hmotnosti

D- Dech

Dg- Diagnoza

FF- Fyziologické funkce

KO- Krevní obraz

P - Puls

RHB- Rehabilitace

RTG - Rentgenové záření

TK - Krevní tlak

TT- Tělesná teplota

EKG- Elektrokardiogram

STK - Systolický krevní tlak

DTK - Diastolický krevní tlak

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1- Definice hypertenze podle Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti(2003) (Widimský,2004,s.20)

Tabulka č.2- Etiologie hypertenze(Widimský,2004s.24)

Tabulka č. 3- Prevalence hypertenze v České republice (1997–1998) (Widimský, 2008, s. 50)

Tabulka č. 4- Rozdělení hmotnostních kategorií podle BMI (Sovová, 2008, s. 59)

Tabulka č.5- Výběr manžety závisí na obvodu paže pacienta(Widimský jr.,2008)

Obsah

1 DEFINICE HYPERTENZE	11
1.1 Primární hypertenze	11
1.2 Sekundární hypertenze	12
1.3 Dělení hypertenze podle stádií	12
2 ETIOLOGIE HYPERTENZE	13
2.1 Prevalence a incidence hypertenze.....	15
3 DIAGNOSTIKA	16
3.1 Subjektivní příznaky	16
3.2 Následky a komplikace	16
4 LÉČBA	17
4.1 Nefarmakologická léčba.....	17
4.2 Ovlivnění rizikových faktorů hypertenze.....	17
5 KREVŇÍ TLAK	21
6 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	22
6.1 Výběr jednotlivých antihypertenziv	22
7 MĚŘENÍ KREVŇÍHO TLAKU	25
7.1 Domácí měření krevního tlaku.....	26
7.2 Ambulantní monitorování krevního tlaku	27
7.3 Indikace k ambulantnímu měření krevního tlaku.....	27
8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S HYPERTENZÍ	28
8.1 Identifikační údaje.....	28
8.2 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 11.1.2013	32
8.3 Zhodnocení pacienta dle modelu Gordonové.....	41
8.4 Situační analýza	45
8.5 Celkové hodnocení.....	50
9 DISKUZE	51
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53

ÚVOD

Hypertenze neboli vysoký krevní tlak se stále více řadí mezi časté civilizační onemocnění. Patří mezi srdečně cévní onemocnění, které vedou k častým úmrtím.

Hypertenzi dělíme na dva druhy. Na primární (esenciální) hypertenzi, která vzniká z neznámé příčiny, a na sekundární hypertenzi, kde příčina je známa. Výskyt esenciální hypertenze v populaci je asi 95%. U primární hypertenze známe rizikové faktory, které ji vyvolávají, ale neznáme hlavní příčinu. Většina rizikových faktorů je všem dobře známa. Týká se to především životního stylu – kouření, obezita, nedostatek pohybu, nadměrný stres, nevhodná životospráva. To vše se na našem zdraví odráží. Ke změně životního stylu potřebuje nejen pevnou vůli, ale i podporu od našich nejbližších.

Tato práce bude soužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry, studenty zdravotnických oborů v rámci studia i praxe, veřejnost, i pro ty, kteří se na léčbě pacienta s tímto onemocněním nějak podílejí a mohou pozitivně ovlivnit její průběh.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části - teoretickou a praktickou. V teoretické části je zahrnuta epidemiologie, teoretické poznatky o onemocnění, hlavní rizikové faktory, diagnostika a léčba onemocnění. Informace v této části byly zpracovány z odborné literatury.

Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces. Celek tvoří informace získané od pacienta, dokumentace, rodiny a členů ošetrovatelského týmu. Stanoveny byly ošetrovatelské diagnózy podle Kapesního průvodce zdravotní sestry a byly vypracovány plány ošetrovatelské péče, realizace, vyhodnocení a celkové zhodnocení.

1 DEFINICE HYPERTENZE

„Podle kritérií WHO/ISH (World Health organisation/International Society of Hypertension) z roku 1999 považujeme za arteriální hypertenzi opakované zvýšení systolického krevního tlaku větší než 140 mm Hg a /nebo diastolického tlaku většího než 90mm Hg zjištěného alespoň ve dvou ze tří měření krevního tlaku. Vedle této systolicko-diastolické hypertenze věnujeme diagnostickou a léčebnou pozornost i nálezu tzv.izolované systolické hypertenzi, zejména u starších osob, charakterizované jako systolický tlak větší než 140mm Hg a normální diastolický tlak, tj.menší než 90mm Hg“ (WIDIMSKÝ,2002,str.20)

Tabulka 1-Definice hypertenze podle Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti(2003) (Widimský,2004,s.20)

Kategorie	Systolický TK (mm Hg)	Diastolický TK (mm Hg)
Optimální tlak	<120	<80
Normální	120-129	80-84
Vysoký normální tlak	130-139	85-89
Mírná hypertenze -hypertenze 1.stupně	140-159	90-99
Středně závažná hypertenze -hypertenze 2.stupně	160-179	100-109
Těžká hypertenze -hypertenze 3.stupně	>180	>110
Izolovaná systolická hypertenze	>140 a více	>90

1.1 Primární hypertenze

U primární hypertenze není známa příčina, jsou pouze známé rizikové faktory, které k hypertenzi přispívají. Některé rizikové faktory jsou ovlivnitelné, jiné ovlivnitelné nejsou. Řadíme sem faktory genetické, životního stylu (výživa, tělesná aktivita, alkohol, obezita, nadměrný stres) a porucha mechanismů regulace.

1.2 Sekundární hypertenze

Sekundární hypertenze vzniká náhle, bývá přítomen vysoký diastolický tlak rezistentní na léčbu. Pacient mívá sklon k maligním zvratu.

1.3 Dělení hypertenze podle stádií

Hypertenzi dělíme do tří stádií:

Stadium I. – pacient nemá obtíží nebo má obtíže pouze minimální – závratě, únava, bolest hlavy- Organové změny v tomto stádiu nenacházíme.

Stadium II. – subjektivní potíže jsou jako ve stadiu I. Objektivně již nacházíme mírné známky hypertrofie LK, zhoršení diastolické funkce LK, hypertenzní angiopatii, nefrosklerózu, aterosklerotické změny cév.

Stadium III. – organové změny jsou přítomny. Mezi subjektivní potíže řadíme: postižení srdce, mozku, cév, ledvin, očního pozadí. Objektivně lze nacházet hypertrofii LK, selhání LK, hypertenzní encefalopatii, krvácení do mozku, hypertonickou retinopatii, nefrosklerózu, selhání ledvin, disekci aorty. aneurysma aorty. Hypertenzní encefalopatie se projevuje bolestí hlavy, zvracením, poruchami vidění, křečovým záchvatem, poruchou vědomí, může dojít až k bezvědomí, mozkovému krvácení. (Sovová, Řehořová, 2004).

2 ETIOLOGIE HYPERTENZE

Rozlišujeme dva druhy hypertenze. Primární (esenciální) hypertenzi a sekundární hypertenzi. U primární (esenciální) hypertenze můžeme určit řadu patogenetických mechanismů, ale vyvolávající příčina je neznámého původu. Sekundární hypertenze je způsobena zvýšením krevního tlaku v důsledku přesně definovaného patologického stavu (endokrinní hypertenze, renální, renovaskulární hypertenze a další).

Sekundární hypertenze tvoří méně než 5% a esenciální hypertenze tvoří asi 95% u pacientů s hypertenzí. Vyloučením příčiny sekundární hypertenze stanovíme diagnózu esenciální hypertenze. Důležité je odlišit od sebe tyto dvě formy, esenciální hypertenzi a sekundární hypertenzi, z důvodu určení specifické léčby. Prognoza arteriální hypertenze závisí od výše krevního tlaku, přítomnosti dalších rizikových faktorů, subklinickém poškození orgánů a přítomnosti přidružených onemocnění. Pro prognozu onemocnění není rozhodující výchozí krevní tlak před léčbou, ale dosažená výše krevního tlaku při léčbě.

Tabulka 2-Etiologie hypertenze(Widimský,2004s.24)

I.Esenciální nebo primární hypertenze(hypertenzní nemoc) Charakterizována jako hypertenze bez známé organické příčiny
II.Sekundární hypertenze-hypertenze s identifikovatelnou příčinou 1.Hypertenze vyvolaná podáním léku a) hormonální kontraceptiva b) ACTH,kortikosteroidy c) kokain d) karbenoxolon,lékořice e) jiné 2.Hypertenze v těhotenství 3.Orgánové choroby A.Koarktace aorty B.Ledvinné choroby a) glomerulonefritidy b) tubulointersticiální onemocnění ledvin c) radiační nefritida d) TBC ledvin e) polycystické ledviny f) hydronefroza g) tumory ledvin včetně renin secernujících tumorů h) ledvinné selhání C.Renovaskulární hypertenze-vyvolána stenozou ledvinné tepny D.Onemocnění kůry nadledvin (primární hyperaldosteronismu, Cushingův syndrom,vrozené chyby biosyntézy kortikosteroidů) Choroby dřeně nadledvin - feochromocytom E.Poškození CNS: tumory mozku,těžké trauma hlavy, kvadruplegie a některá jiná neurologická onemocnění,např.syndrom Guillen-Barrého F.Poruchy spánku: obstrukční spánková apnoe

2.1 Prevalence a incidence hypertenze

Prevalence hypertenze závisí na počtu měření krevního tlaku, počtu návštěv. Krevní tlak by se měl měřit nejméně při dvou návštěvách, při kterých by měl být člověk v klidu, odpočatý. Měření se provést i dvakrát za sebou. Prevalence závisí na pohlaví, rase a věku daného člověka. Prevalence hypertenze je, s výjimkou nejstarší věkové kategorie nad 64 let, vyšší u mužů. Prevalence se může lišit i u etnických skupin. Hypertenze roste výrazněji s věkem, ve věku nad 50 let jí trpí obvykle více než 50 % obyvatel. Prevalence hypertenze v České republice v dospělé populaci ve věku 25-64 let se pohybuje kolem 35% se zvýšeným nárůstem prevalence ve vyšších věkových skupinách.

Tabulka č. 3: Prevalence hypertenze v České republice (1997–1998) (Widimský, 2008, s. 50)

Věkové skupiny	Celkem	Muži	Ženy
25-34	8,6	15,5	2,1
35-44	19,9	27,7	13,5
45-54	39,1	43,0	35,5
55-64	63,3	66,4	60,4
Celkem	33,4	38,8	28,4

Podobně jako prevalence, tak i incidence hypertenze, narůstá s přibývajícím věkem. Během první poloviny života je incidence hypertenze obvykle vyšší u mužů, v druhé polovině je tomu spíše naopak. Incidence hypertenze bývá závislá na tělesné hmotnosti a na tělesném tuku. Bylo zjištěno, že nadváha zvyšuje incidenci hypertenze 2–6 krát. Vyšší incidence hypertenze je mimo jiné spjata s dalšími faktory – konzumace alkoholu, zvýšený příjem soli, pokles fyzické aktivity, nadměrný stres. (Widimský, 2008).

3 DIAGNOSTIKA

Základem diagnózy hypertenze je měření krevního tlaku v ordinaci praktického lékaře. Vhodné může být i měření krevního tlaku v domácím prostředí. Základním vyšetřením při zjišťování hypertenze je odebrání anamnézy (údaje získané o pacientovi a jeho celkovém zdravotním stavu). Anamnéza, která je správně získaná, může správně určit konkrétní diagnózu. Lékař poté provede fyzikální vyšetření a měření krevního tlaku. Krevní tlak by měl být změřen na obou horních končetinách, jak vsedě tak i vestoje. Následuje EKG vyšetření, vyšetření krve (minerály, kreatinin, glykémie, tuky) a vyšetření moči. Některým pacientům se provádí echokardiografie (vyšetření srdce ultrazvukem), ultrazvukové vyšetření cév, RTG srdce a plic a vyšetření očního pozadí. Pravidelné kontroly se u pacientů se stabilním tlakem provádí jednou za 3–6 měsíců (Sovová, 2008).

3.1 Subjektivní příznaky

Vysoký krevní tlak nezpůsobuje žádné velké obtíže. Bušení srdce a bolest hlavy se mohou objevit až v případě, že krevní tlak je nadměrně vysoký. Měření krevního tlaku je dnes v ordinacích praktických lékařů rutinou, i díky tomu se na vysoký krevní tlak přijde včas.

3.2 Následky a komplikace

Hypertenze se může projevovat až komplikacemi, mezi které patří mozková mrtvice, srdeční selhání, srdeční infarkt, porucha ledvin, porucha zraku. Je také významným rizikovým faktorem pro ischemickou chorobu dolních končetin.

4 LÉČBA

Léčba hypertenze by měla být dlouhodobá a pro každého pacienta individuální vzhledem k jeho přidruženým chorobám. Cílem léčby je snížit nebo ustálit krevní tlak na hodnoty nižší než 140/90, u mladších lidí, diabetiků a pacientů s onemocněním ledvin je cílová hodnota 130/80 (Sovová, Řehořová, 2004).

4.1 Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba zahrnuje tyto opatření (správná tělesná hmotnost, úprava výživy, snížení příjmu soli, fyzická aktivita, úprava příjmu alkoholu).

4.2 Ovlivnění rizikových faktorů hypertenze

Rizikové faktory u hypertenze se rozdělují na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné faktory patří rasa, pohlaví, věk a genetická dispozice. O ovlivnitelných rizikových faktorech často slyšíme a stále nejsme ochotni se jich zbavovat. Patří sem nevhodné složení stravy (nadměrný příjem kalorií, soli, nadměrný příjem alkoholu), nadváha a obezita, cukrovka, nedostatečná fyzická aktivita, kouření a stres.

Kouření

Kouření vede ke zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence. Kouření patří v posledních desetiletích ke společenským problémům a pohlíží se na něj jako na drogovou závislost. Vede k trvale zvýšenému napětí stěny tepen, tímto tepny zužují svůj průsvit a vede to ke zvyšování krevního tlaku. Dochází také k omezení přítoku krve k orgánům a zhoršení jejich funkce.

U kuřáků dochází poškozením cévní stěny k urychlení aterosklerózy, snadněji pronikají tukové látky do poškozené cévní stěny. Tím vznikají aterosklerotické pláty a dochází ke zmenšování průsvitu cév, ke zvyšování hladiny tuků v krvi, zrychlení srážlivosti krve a snadnějšímu vzniku krevních sraženin.

Ten, kdo se léčí na vysoký tlak, by měl zanechat kouření co nejdříve. Kouření je možno zanechat pomocí nikotinové terapie nebo pomocí farmakologické léčby vareniclinem.

Redukce tělesné hmotnosti

Redukce tělesné hmotnosti může vést u řady pacientů s mírnou hypertenzí k lepším hodnotám krevního tlaku. Příčinou nadměrné tělesné hmotnosti je nepoměr mezi příjmem potravy a výdejem energie. Ke stanovení optimální tělesné hmotnosti je nejčastěji používán *Body mass index* (BMI, index tělesné hmotnosti). Posuzování tělesné hmotnosti dle BMI, který se vztahuje k výšce a věku. Index se vypočítá takto: Hmotnost (kg)/tělesná výška (m) na druhou (Sovová 2008; Widimský, 2008). Rozdělení hmotnostních kategorií dle BMI je uvedeno v tabulce č. 4

Tabulka č. 4: Rozdělení hmotnostních kategorií podle BMI (Sovová, 2008, s. 59)

BMI Kategorie

BMI	Kategorie
Do 18,5	Podváha
18,6–24,9	Normální hmotnost
25–29,9	Nadváha
30–39,9	Obezita
Nad 40	Těžká obezita

Zvýšená tělesná aktivita

Vhodně zvolená a pravidelná fyzická aktivita a rekreační sportovní vyžití patří ke správným základům správné životosprávy. Rychlá chůze 35-40 minut několik dní v týdnu, turistika, plavání, jogging, lyžování a jiné by měly být součástí života každého z nás, tím spíše hypertoniků. Pravidelnost tělesné aktivity vede nejen ke kontrole hmotnosti, ale i k udržování hodnot krevního tlaku. Pohyb, který je pravidelný a prováděný dlouhodobě, stačí k udržování zdraví. O vhodném cvičení je dobré se poradit se svým ošetřujícím lékařem.

Nadměrný příjem soli

Mezi další režimové opatření je omezení příjmu soli. Sůl (nikoli jiná koření včetně bylin) hraje významnou roli v udržování krevního tlaku a její nadměrný příjem je tedy nežádoucí. Omezení soli při dietě je základem tzv. nefarmakologické léčby hypertenze, i když je nám známo, že ne každá osoba je stejně citlivá k vlivu soli na krevní tlak. Nepřisolování jídel (zejména před předcházejícím ochutnáním) by se mělo stát samozřejmostí. Velké množství potravin má sůl tzv. skrytou. Mezi tyto nevhodné potraviny řadíme: uzené a solené masové výrobky, uzené a solené rybí výrobky, konzervované potraviny, většinu sýrů, olivy, slané pečivo a oříšky. Zvýšený příjem v potravě by měl být v oblasti ovoce a zeleniny.

Snížení spotřeby alkoholu

Alkohol zvyšuje krevní tlak, ale také přispívá ke vzniku hypertenze a snižuje účinnost antihypertenzní léčby. Mimo jiné je rizikovým faktorem mozkových cévních příhod. Při nastávající hypertenzi je vhodné omezit spotřebu alkoholu. Jelikož je alkohol značně kalorický, může vést k obezitě. V některých studiích byl prokázán pozitivní vliv malého množství alkoholu při prevenci vzniku onemocnění srdce a cév.

Strava

Velké množství populace má nesprávně složenou stravu. Opakovaně je zdůrazňována nutnost zvýšené konzumace zeleniny, ovoce, celozrnných výrobků a bílého masa a naopak snížení spotřeby tučných výrobků a uzenin.

Zvýšené hladiny krevních tuků, zvláště cholesterolu, přispívají k rozvoji aterosklerozy.

Stres

Nedostatek času, nadměrná pracovní zátěž, hluk, nevhodné pracovní podmínky, strach z budoucnosti, deprese, frustrace, sociální izolace, ztráta pocitu bezpečí, nedostatek odpočinku a mnoho dalších faktorů vede ke stresu. Mezi normální reakce organismu na stres je i zvýšení krevního tlaku. Po překonání stresové situace se krevní tlak většinou vrátí ke svým původním hodnotám. Trvalé působení stresových faktorů může vyústit v přetrvávající zvýšení krevního tlaku.

Reakce každého člověka na stres je individuální. V naší současné době je skoro nemožné vyhnout se stresu. Je třeba naučit se, jak snižovat napětí, zmírnit dopad stresu na náš organismus a na naše zdraví. Vhodným prostředkem v boji proti stresu je zvýšená fyzická aktivita. Vede k pocitu odreagování. Je potřeba chtít si zorganizovat svůj volný čas.

5 KREVŇNÍ TLAK

Krevní tlak je boční tlak krevního sloupce na cévní stěnu. Výška tlaku je určena náplní krevního řečiště a vlastnostmi stěny cévní. Krevní tlak má cirkadiánní rytmus (nejvyšší po probuzení a odpoledne, nejnižší ráno kolem 3.–4. hodiny). Krevní tlak také stoupá při zvětšené zátěži. Tlak systolický stoupá především po námaze. Tlak diastolický stoupá mírně. Po námaze by systolický krevní tlak neměl překročit hodnotu 200 mm Hg. Normální TK by měl být v dospělosti 110–139 mm Hg systolického krevního tlaku (STK) a 60–89 mm Hg diastolického krevního tlaku (DTK). Hodnoty vyšší už označujeme jako hypertenzi. (Sovová, Řehořová, 2004).

Systolický krevní tlak (STK) je hodnota krevního tlaku naměřená při systole Diastolický krevní tlak (DTK) je hodnota krevního tlaku naměřená při diastole. Pulzní tlak je rozdíl mezi systolickým a diastolickým krevním tlakem. Normální hodnota je 50 mm Hg (rozdíl 140–90).

Na regulaci krevního tlaku se podílí několik faktorů. Mezi základní faktory regulace krevního tlaku řadíme periferní a centrální nervový systém a některé hormony. Sympatický nervový systém patří k autonomním nervům, které ovlivnit vůli nemůžeme. Zvýšená aktivita sympatiku vede ke zvýšení krevního tlaku. Působky, vedoucí ke konstrikci cévy (zúžení), nazýváme vasokonstrikční.

Působky, které vedou k dilataci cévy (rozšíření), nazýváme vasodilatační. Jsou-li působky v nerovnováze a převáží vliv konstrikčních působků, dojde ke zvýšení odporu v cévách, a tím k hypertenzi. Ledviny se podílejí na regulaci krevního tlaku dvěma faktory – jsou zdrojem působků, vylučují minerály a vodu (Sovová, 2008).

6 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Farmakologická léčba je základem léčby hypertenze. Farmakologická léčba hypertenze musí být individuální a je nutné léčbu upravovat dle hodnot krevního tlaku. Farmakologickou léčbu zahajujeme neprodleně u všech nemocných, kteří mají systolický krevní tlak vyšší než 180mm Hg nebo diastolický krevní tlak vyšší než 110mm Hg bez ohledu na jejich celkové kardiovaskulární riziko nebo přítomnost poškozených orgánů. Jsou-li hodnoty systolického tlaku >140-149mm Hg nebo diastolického tlaku >90-94mm Hg, lze počkat s farmakoterapií 3 měsíce.

Léčbou se snažíme dosáhnout normalizace hodnot krevního tlaku, tj. jeho snížení pod 140/90mm Hg. Snížení krevního tlaku je důležité u osob s diabetem mellitem, metabolickým syndromem, renální dysfunkcí, proteinurií, po infarktu myokardu a po cévní mozkové příhodě.

U izolované systolické hypertenze starších osob je cílem také dosažení systolického tlaku <140mm Hg. Krevní tlak snižujeme velmi pomalu za použití nízkých dávek antihypertenziv.

6.1 Výběr jednotlivých antihypertenziv

Při farmakoterapii hypertenze pro monoterapii i kombinační léčbu užíváme následující skupiny antihypertenziv: ACE-inhibitory, blokátory receptorů angiotensinu II (AT1-blokátory), dlouhodobě působící kalciové blokátory, diuretika a betablokátory. Existuje dostatek důkazů o snížení kardiovaskulární a cerebrovaskulární mortality pro tyto skupiny antihypertenziv. Hlavní přínos z medikamentózní léčby hypertenze plyne z vlastního snížení krevního tlaku. U některých pacientů se mohou účinky jednotlivých skupin antihypertenziv lišit.

Dvojkombinace antihypertenziv

Fixní kombinace dvou antihypertenziv může mít v léčbě hypertenze určité výhody. Kombinace diuretik a betablokátorů je považováno za méně vhodnou metodu s ohledem na potenciální nežádoucí metabolické účinky. Dvojkombinace inhibitorů ACE a AT1-blokátorů nepatří u nekomplikované esenciální hypertenze mezi doporučené. Tato dvojkombinace je vhodná u nemocných s renální dysfunkcí a významnou proteinurií.

Trojkombinace antihypertenziv

U hypertenze, která je závažná, je nutné podávat nejméně trojkombinaci antihypertenziv. Mnohdy 4-7 kombinaci antihypertenziv. Součástí trojkombinace by mělo být vždy diuretikum.

Základní léky v léčbě hypertenze jsou diuretika, betablokátory, diuretika, antagonisté kalcia, blokátory kalciového kanálu, ACE inhibitory, sartany.

Betablokátory

Betablokátory ovlivňují sympatický nervový systém tak, že snižují jeho funkci blokádou jeho beta receptorů. Jejich hlavním účinkem je snížení srdeční práce, zpomalení srdeční akce a s tím související lepší prokrvení srdce a snížení vzniku arytmií. Betablokátory dělíme na selektivní a neselektivní. Nejčastěji se podávají u pacientů s hypertenzí a po srdečním infarktu, dále u pacientů se srdečním selháním. K nežádoucím účinkům patří únavnost, poruchy spánku, zažívací potíže a pocit chladných končetin.

Diuretika

Diuretika zvyšují množství vylučování moči, dále množství vylučování sodíku a dalších minerálů a zvyšují dilataci cév. Patří k základním lékům léčby hypertenze. Bývají často užívána v kombinaci s ostatními léky. Nejčastější nežádoucí účinky jsou nízká hladina kalia, magnezia nebo sodíku v krvi, zvýšení hladiny kyseliny močové v krvi a možný dnavý záchvat, zhoršení metabolismu sacharidů a vnímavosti k inzulinu, příp. zvýšení hladiny cholesterolu. Po některých diureticích (spironolakton) se objevuje

zbytnění prsních žláz i u mužů, zvýšení ochlupení a výskyt gynekologického krvácení v menopauze.

Blokátory kalciového kanálu

Kalcium (vápník) se účastní kontrakce cév, srdce i svalu. Do buněk se dostává zvláštními kanály. Když tyto kanály zablokujeme, snížíme velikost stahu, céva se rozšiřuje a krevní tlak klesá. Blokátory kalciového kanálu se používají především u pacientů se současnou anginou pectoris, aterosklerózou karotických cév a některé u pacientů se srdeční arytmií. Nejčastější nežádoucí účinky jsou zarudnutí v obličeji, bolesti hlavy, otoky dolních končetin, zácpa, nevolnost.

ACE inhibitory

Blokádou angiotenzinu II můžeme ovlivnit výšku krevního tlaku. V léčbě se používá blokáda angiotenzin konvertujícího enzymu. ACE inhibitory se používají u pacientů s hypertenzí a současnou ischemickou chorobou srdeční, se současným diabetem a diabetickým postižením ledvin, se srdečním selháním a s mírným omezením u pacientů s poruchou funkce ledvin. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří hypotenze po použití první dávky, zhoršení ledvinných funkcí, zvýšená hladina draslíku v krvi, suchý kašel a angioneurotický edém (otok).

Sartany

Angiotenzin II působí na receptory AT1 a AT2. Když zablokujeme AT1 receptory, zamezíme působení angiotenzinu II, tím snížíme krevní tlak. Látky, které tento receptor blokují, se nazývají sartany. Sartany se používají u pacientů s hypertenzí a srdečním selháním, s diabetem mellitem, u pacientů s nežádoucími účinky ACE inhibitorů. Mají vliv na snížení hypertrofie levé komory a ochranně působí na ledviny. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou nauzea a závratě (Sovová, 2008).

7 MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU

Běžně měříme krevní tlak nepřímou metodou na paži pomocí tonometru, který se skládá z manometru a okluzní manžety. Manžeta se postupně nafoukne nad hladinu krevního tlaku a pozvolna se upouští. Zvuky, produkované pulzovými vlnami (Korotkovy fenomény) se objevují a mizí v závislosti na průtoku krve tepnou a tím zaznamenáváme tlak. Technice měření krevního tlaku bychom měli věnovat velkou pozornost. Měření provádíme v ordinaci u sedícího pacienta, s volně položeným předloktím ve výši srdce. Krevní tlak měříme při kontrolních vyšetřeních vždy na stejné paži, na které byl vysoký tlak zaznamenán při vstupním vyšetření. Měření vestoje je pro častější možnost ortostatické hypotenze důležité, zejména u starších osob a diabetiků s hypertenzí. Měření se provádí vestoje po jedné, resp. po 5 minutách vzpřímené polohy, tonometr s manžetou by měly být v úrovni srdce a paže by měla být podepřena jako při měření vsedě. Měření provádíme u mírné hypertenze v rozmezí 1-3 měsíců, při závažné hypertenzi volíme kratší časové období. Při měření krevního tlaku je důležité zvolit vhodnou šířku manžety dle obvodu paže pacienta.

Tabulka č.5:výběr manžety závisí na obvodu paže pacienta(Widimský jr.,2008)

Obvod paže(cm)	Šíře manžety(cm)
do 33	12
33-41	15
nad 41	18

Chyba v měření může být na obou stranách. Nedodržování doporučených pravidel měření krevního tlaku u lékaře (10minut klidu pacienta před měřením, nepoužitá správná šíře manžety, měření tlaku jednorázově apod.). Ze strany pacienta jsou chyby vzniklé vlivem jeho psychického napětí nebo strachu, který nemusí být zřejmý.

Mezi nejčastější chyby v měření krevního tlaku řadíme:

- Volně visící končetina
- Manžeta přes loketní jamku
- Netěsný balonek, manžeta
- Měření krevního tlaku s umístěnou manžetou na oděvu
- Nevhodná šířka manžety
- Hadičky z manžety na opačné straně paže
- Poslech ozev mimo tepnu
- Hladina rtuti nedosahuje při prázdné manžetě k nule

7.1 Domácí měření krevní tlaku

Domácí měření krevního tlaku je velice rozšířené. Pacienti, kteří si krevní tlak měří doma sami na doporučení lékařem, mají větší možnost se podílet na optimální titraci antihypertenzní medikace. Domácím měřením mohou také přijít na výkyvy v naměřených hodnotách. Domácí měření je navíc celkem levná metoda. Aby byly doma naměřené hodnoty výpovědní, musí se dodržovat určitá pravidla.

- 1) Použití validizovaných přístrojů s umístěním manžety na paži. Přístroj na měření tlaku je nutný pravidelně kalibrovat.
- 2) Pacient by měl být poučen, jak má správně měření provádět - měřit krevní tlak v klidném prostředí, před měřením by měl být v klidu a alespoň 10 minut v klidu sedět.
- 3) Sdělit pacientovi kolikrát denně a v jakou dobu se krevní tlak měřit. Hodnoty je nutné si zapisovat.
- 4) Informovat pacienta, že doma naměřené hodnoty mohou být nižší než hodnoty naměřené v ordinaci u lékaře.

7.2 Ambulantní monitorování krevního tlaku

Tato metoda se řadí dnes k nejpřesnějším ukazatelům krevního tlaku. Její výhody jsou ve větší přesnosti, spolehlivosti, reprodukovatelnosti, automaticitě a v těsnější korelaci s orgánovými změnami. Často je používán pro tuto metodu výraz tlakový holter. Po nasazení přístroje se provádí kontrola měřením rtuťovým tonometrem. Rozdíl by neměl být vyšší než 5mm Hg jak pro systolický i pro diastolický tlak. Pacient nosí zařízení uložené v pouzdře na trupu po celou dobu monitorování. Jednotlivá měření jsou ukládána do paměti, nejčastěji po dobu 24 hodin.

7.3 Indikace k ambulantnímu měření krevního tlaku

1. těžká hypertenze
2. hypertenze rezistentní na terapii
3. podezření na epizodickou hypertenzi
4. podezření na hypertenzi bílého pláště („white coat“)
5. diabetická vegetativní dysautonomie
6. ověřování účinnosti nových léků
7. výzkumné důvody

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S HYPERTENZÍ

Pro vypracování ošetřovatelského procesu jsem si vybrala pacienta s diagnózou arteriální hypertenze. Informace o pacientovi jsem získala z lékařské a ošetřovatelské dokumentace, rozhovorem s pacientem. V rámci ošetřovatelského procesu jsem vypracovala ošetřovatelské diagnózy a sestavila ošetřovatelský plán.

8.1 Identifikační údaje

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Pacient přišel na interní ambulanci z důvodu stáleho vysokého krevního tlaku. Doma naměřeno 170/120mm Hg. Při příjmu udává zhoršené dýchání a chvílemi bolest na hrudi. Asi před týdnem začal užívat léky na tlak, které mu předepsal praktický lékař. Na interní ambulanci do klatovské nemocnice byl přivezen dcerou.

Medicínská diagnóza hlavní: arteriální hypertenze

Medicínské diagnózy vedlejší: 0

Vitální funkce při přijetí

TK: 180/120	Výška: 175 cm
P: 95´	Hmotnost: 93 kg
D: 20´	BMI: 26,6
TT: 36,5°C	Pohyblivost: neomezená
Stav vědomí: při vědomí, orientován	Krevní skupina: 0

Nynější onemocnění

50letý pacient přijat na interní oddělení ke kompenzaci hypertenze.

Informační zdroje: pacient, dokumentace, zdravotnický personál

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: 68let, zdráva

Otec: zemřel v 65 letech na IM

Sourozenci: sestra, 49let, zdráva

Děti: syn, dcera, zdraví

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: prodělané běžné dětské nemoci

Hospitalizace, operace: 0

Úrazy: 0

Transfuze : 0

Očkování: běžná očkování

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lomir SRO	tbl	5mg	1 tbl. denně	antihypertenzivum
Monopril	tbl	20mg	1 tbl.denně	antihypertenzivum

Alergologická anamnéza

Léky:0

Potraviny:0

Chemické látky:0

Jiné:0

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření:0

Káva:1x denně

Jiné drogy: 0

Urologická anamnéza

Problémy s prostatou: žádné

Návštěva u urologa: pravidelné preventivní prohlídky, naposledy únor 2008, bez nálezu

Sociální anamnéza

Stav: ženatý

Bytové podmínky: žije v rodinném domě s manželkou a dětmi

Vztahy, role, interakce v rodině: s dcerou a synem má přátelský vztah

Záliby: sport, rodina, zahrádka

Volnočasové aktivity: ve svém volném čase rád sportuje.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: střední odborná škola s maturitou

Pracovní zařazení: zástupce ředitele

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: Finanční situace je dobrá. Ekonomicky je rodina dobře zajištěná.

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: 0

8.2 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 11.1.2013

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Občas trpím bolestmi hlavy.Myslím si,že je to kvůli tomu,že málo piju“	<p>Hlava: tvar lebky mezocefalický, pokleповě a na pohmat nebolestivá, deformity nepřítomné, výstupy hlavových nervů nebolestivé.</p> <p>Oči: oční štěrbiny souměrné, bulby ve středním postavení, zornice okrouhlé, izokorické, reakce na osvit výbavná, reakce na korvengenci správná, pohyblivost bulbů neporušená, skléry bílé, spojivky růžové, klidné, nystagmus nepřítomný.</p> <p>Dutina ústní: rty souměrné, růžové bez cyanózy, vlhké, bez povlaku. Jazyk plazí ve střední čáře, vlhký bez povlaku. Sliznice vlhké, růžové, bez povlaku.</p> <p>Chrup: sanován. Faryngeální oblouky a tonzily klidné, nepovlečené, bez známek zánětu, orofarynx klidný, bez zánětu.</p> <p>Uši a nos: bez výtoku.</p> <p>Krk: souměrný, šíje volná, neoponuje. Pulzace karotid hmatná, symetrická, bez hmatných virů a šelestů. Náplň krčních žil nezvýšená, štítná žláza na pohled a pohmat nezvětšená. Lymfatické uzliny nezvětšeny.</p>
Hrudník a dýchací systém	„Když je venku moc vedro,špatně se mi dýchá“	Hrudník symetrický klenutý, bez změn, bez deformit, lymfatické uzliny nehmatné. Hrudník symetrický. Poklep jasný, plný.

Srdeční a cévní systém	<p>„Mám bušení srdce,ale nekladu tomu nějaký důraz“</p>	<p>Srdce: úder hrotu neviditelný, nehmatný. Srdce pokleповě nezvětšeno, akce pravidelná, frekvence 110/min, ozvy ohraničené, bez šelestů, TK – 180/120</p>
Břicho a GIT	<p>„Mívám bolesti břicha po jídle“</p>	<p>Břicho měkké, prohmatné, palpačně a pokleповě lehce bolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, dýchací pohyby viditelné v celém rozsahu. Stěna pevná, bez edému. Peristaltika slyšitelná. Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní.</p>
Močový a pohlavní systém	<p>„Nemám žádné problémy“</p>	<p>Močení pravidelná. Moč čirá,bez zápachu.</p>

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kosterní a svalový systém	„Bolest kloubů pociťuji při změně počasí“	Poloha aktivní. Hrubá a jemná motorika v normě. Pohyblivost neomezená. Svalový aparát – normotonus, klouby bez patologických změn, bolestivost vázaná na změnu počasí. Kosterní aparát bez deformit.
Nervový a smyslový systém	„Nosím brýle na čtení. Občas mě trápí bolesti zad. Chodím na pravidelné masáže, tím se mi uleví“	Pacient plně při vědomí. Orientovaný v místě, čase i prostoru. Reflexy výbavné. Pacient nosí brýle na čtení.

Endokrinní systém	„Nemám žádné problémy“	Štítná žláza nezvětšena.
Imunologický systém	„Na nemoci netrpím. Alergii nemám na nic“	Lymfatické uzliny nehmatné.
Kůže a její adnexa	„Žádné problémy s kůží nemám“	Barva kůže je normální. Pacient je čistý, hydratovaný. Kožní turgor normální.

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	„Jím vše, chutná mi“	Bez diety.
Příjem tekutin	„Vypiju asi necelé dva litry vody denně“	Pije dostatečně.
Vylučování moče	„Nemám žádné problémy“	Bez patologií.
Vylučování stolice	„Nemám žádné problémy“	Bez patologií.
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	„Spím dobře, ráno se cítím odpočatý, jen v nemocničním prostředí špatně spím“	Problémy s usínáním doma nemá, v nemocničním prostředí ano.
Aktivita a odpočinek	„Rád si ve svém volném čase zaspportuji“	Cítí se dobře.
Hygiena	„Dodržuji“	Hygiena pravidelná.
Samostatnost	„Jsem samostatný“	Pacient je plně soběstačný.

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí	„Nepocituji nějaké změny“	Při vědomí.	
Orientace	„Orientuji se“	Orientován v místě, čase i prostoru.	
Nálada	„Dnes mám náladu dobrou“	Dobrá.	
Paměť	Staropaměť	„Nemám žádný problém“	Paměť je zachována.
	Novopaměť	„Nemám žádný problém“	Nové informace si zapamatuje bez problémů.
Myšlení	„Asi bez problémů“	Myšlení reálné.	
Temperament	„Jsem extrovert“	Pacient je spíše extrovertní.	

Sebehodnocení	„Normální“	Pacient si věří.
Vnímání zdraví	„Cítím se dobře“	Zdraví je pro pacienta nesmírně důležité.
Vnímání zdravotního stavu	„Trápí mě, když mi něco je“	Hospitalizace je pro pacienta zátěž.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Je to pro mě nepříjemné, potýkat se s nemocí“	Vyvolává strach.
Reakce na hospitalizaci	„Není mi příjemné být hospitalizovaný“	Necítí se dobře v nemocničním prostředí.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Mám strach“	Trpí obavami.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Vše je v pořádku“	Komunikace dobrá.
	Neverbální	„Vše je v pořádku“	Mimika a gestikulace plně využita.
Informovanost	O onemocnění	„Byl jsem dostatečně informován“	Pacient je dostatečně informován.
	O diagnost. metodách	„Byl jsem dostatečně informován“	Pacient je dostatečně informován.

	O léčbě a dietě	„Byl jsem dostatečně informován“	Pacient je dostatečně informován.
	O délce hospitalizace	„Byl jsem dostatečně informován“	Pacient je dostatečně informován.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem muž, kterému je 50 let“	Bez patologií.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem manžel a otec dvou dětí“	Otec. Svou roli otce zastává dobře.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Velmi rád sportuju“	Bez patologií.

8.3 Zhodnocení pacienta dle modelu Gordonové

1. Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví

Pacient je soběstačný, žádné velké problémy nepocítuje. Bolest neudává. V dětství prodělal běžně dětské nemoci. Pravidelně navštěvuje svého praktického lékaře. Snaží se dodržovat správnou životosprávu, ve svém volném čase rád sportuje. Bydlí s manželkou a svými dvěma dětmi v rodinném domě.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

2. Výživa a metabolismus

Pacient udává, že se snaží dodržovat zdravou stravu, ale stále v jeho jídelníčku přebývá více nezdravých jídel. Stravuje se 3 - 4x denně. Někdy má sklony k přejídání. Pacient nemá žádné dietní omezení. Váží 93 kg při výšce 175 cm. BMI je 26,6. Váhový úbytek v poslední době nepozoroval. Tekutin během dne vypije 1,5-2 l.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

3. Vylučování

Močení bez problémů. Moč světle žlutá, bez zápachu a příměsí. Vyprazdňuje se sám. Doma je stolice pravidelná.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

4. Aktivita a cvičení

Pacient je plně soběstačný. Rád sportuje. V TV sleduje své oblíbené pořady, jako jsou sportovní kanály.

Použitá měřicí technika: Barthelův test základních všedních činností

Najedení, napití – samostatně bez pomoci	10 bodů
Oblékání - s pomocí	10 bodů
Koupání – s pomocí	10 bodů
Osobní hygiena – samostatně	10 bodů
Kontinence moči – plně kontinentní	10 bodů
Kontinence stolice – plně kontinentní	10 bodů
Požítí WC – s pomocí	10 bodů
Přesun na lůžko – s pomocí	10 bodů
Chůze po rovině – s pomocí	10 bodů
Chůze po schodech – s pomocí	10 bodů
Pacient získal celkem	100 bodů.

Pacient není závislá na pomoci.

Ošetrovatelský problém: 0

5.Spánek, odpočinek

Doma pacient se spaním problémy nemá. Chodí spát pravidelně mezi 21:00 – 22:00 hodinou. Během hospitalizace se pacientovi spánek zhoršil. Často se budí, má problémy s usínáním.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nedostatek spánku

6.Vnímání poznávání

Pacient je plně při vědomí.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacient tvrdí, že je extrovert. Na svět se dívá optimisticky.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient je ženatý. Žije v rodinném domě. Syn i dcera stále bydlí u rodičů. Pacient pracuje jako zástupce ředitele.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Odpověděl, že nemá problémy.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

10. Stres, zátěžové situace

Pacient své problémy řeší doma se svou manželkou. Hodně si vzájemně pomáhají. Zátěžové situace sám neřeší.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

11. Víra, přesvědčení

Pacient není náboženského vyznání.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

12. Jiné

Pacient nesdělil nic jiného.

Medicínský management

Ordinovaná vyšetření: RTG srdce a plic, vyšetření krve, EKG, měření TK

Výsledky: TK 180/120, 95 ´ min.,

TT 36,5°C, I

vyšetření krve - INR v normě, KO v normě.

RTG nález – bez patologických změn

EKG - v normě

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 **Pohybový režim:** volný

RHB: 0

Medikamentózní léčba:

- **Per os:** Lomir SRO 5mg tbl 1-0-0
Monopril 20mg tbl 1-0-0

• **Intra venózní:** 0

• **Per rectum:** 0

• **Jiná:** 0

•

Chirurgická léčba: 0

8.4 Situační analýza

Pacient přivezen na interní ambulanci do klatovské nemocnice dcerou pro stále vysoké hodnoty naměřeného krevního tlaku, bolestmi na hrudi a zhoršené dýchání. Doma naměřeno 180/120mm Hg. Při příjmu bylo provedeno RTG srdce a plic bez patologického nálezu, EKG v normě, laboratorní výsledky bez patologických změn. Pacient komunikuje, spolupracuje bez problémů.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie I (s použitím kapesního průvodce)

Aktuální diagnózy

1. Strach
2. Spánek porušený
3. Neznalost (potřeba poučení)

Ošetrovatelská diagnóza č. 1: Strach

Strach v souvislosti s aktuálním onemocněním, projevující se nervozitou

Cíl:

- Krátkodobý – pacient je schopen rozpoznat objekt strachu, diskutovat o něm
- Dlouhodobý - pacientovi byly odstraněny veškeré obavy a strach.

Priorita

- střední

Výsledné kritéria:

- pacient si uvědomuje zdroj strachu
- pacient dokáže verbalizovat strach
- pacient používá efektivní způsoby zvládnání strachu

Plán intervencí: 11. 1. 2013

- buď pacientovi na blízku, naslouchej mu a povzbuzuj ho-všeobecná sestra
- podej dostatek informací v rámci své kompetence tak, aby jim nemocný porozuměl- všeobecná sestra
- dávej prostor pro možné dotazy nemocného-všeobecná sestra
- požádej další členy zdravotnického týmu o pomoc při nedostatečné informovanosti pacienta-všeobecná sestra
- snaž se pacienta odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací-všeobecná sestra

Realizace: 11. 1. 2013

- 11.00 s pacientem jsme si povídali o jeho problémech, o tom jak se cítí,
- 14.00 za pacientem přichází dcera a syn, která se ptá na zdravotní stav otce, odkázala jsem ji na lékaře
- 18.00 pacient si čte knihu
- 19.00 pacient mi sděluje, že už se cítí mnohem lépe

Hodnocení: Cíl splněn. Pacient se cítí v dobré psychické pohodě.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2: Spánek porušený

Spánek porušený v souvislosti se změnou prostředí, projevující se přerušovaným nočním spánkem, únavou, častým zíváním.

Cíl:

- Krátkodobý – Pacient spí do 1 hodiny od uložení, po spánku se cítí odpočatý
- dlouhodobý - Pacient nemá problém se spánkem

Priorita:

- střední

Výsledné kritéria:

- pacient spí do 1 hodiny po uložení na lůžko
- pacient se cítí dostatečně odpočínutý po spánku
- u pacienta došlo ke zlepšení spánku a odpočinku
- u pacienta došlo ke zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti

Plán intervencí: 11. 1. 2013

- zajisti tiché a klidné prostředí před spaním – všeobecná sestra
- umožni pacientovi provádět rituály před spaním – všeobecná sestra
- pomoz pacientovi dosáhnout kvalitního spánku – všeobecná sestra
- aktivizuj pacienta během dne – všeobecná sestra
- zajisti, aby pacient chodila spát ve stejnou hodinu – všeobecná sestra
- zajímej se o subjektivní pocity a pacientovy stížnosti na spánek, průběžně je zaznamenávej-všeobecná sestra
- vyptávej se na každou okolnost, která spánek ruší, a zaznamenej její výskyt-všeobecná sestra

Realizace:11. 1. 2013

- 19.45 úprava lůžka, vyvětrání pokoje
- 20.00 pohovoření s pacientem
- 20.45 pacient si zapnul televizor,sleduje oblíbený pořad
- 22.00 televizor vypnutý,pacient spí

Hodnocení:

Cíl splněn.Pacient se cítí dobře.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3: Neznalost(potřeba poučení)

Neznalost či nedostatečná informovanost v souvislosti s nově diagnostikovaným onemocněním

Cíl:

- Krátkodobý – pacient chápe informace týkající se jeho stavu, nemoci, léčby a v plné šíři jim rozumí
- Dlouhodobý - pacient provádí změny životního stylu a účastní se léčby

Priorita:

- střední

Výsledné kritéria:

- pacient projevuje zvýšený (zodpovědný) zájem o učení, začíná hledat informace, klást otázky
- pacient chápe vztah mezi objektivními a subjektivními příznaky nemoci, rozumí vztahu mezi příznaky a příčinnými faktory
- pacient správně vykonává potřebné postupy a umí vysvětlit důvody, proč musí být provedeny

Plán intervencí: 11. 1. 2013

- zjistí úroveň znalostí pacienta s ohledem na to, co bude potřebovat-všeobecná sestra
- určí jeho schopnost učit se-všeobecná sestra
- všimne si vyvíjejících reakcí-všeobecná sestra
- zjistí, zda bude potřebné poučit i pacientovy blízké-všeobecná sestra
- zaznamená osobní faktory (věk, pohlaví, sociální a kulturní vlivy, náboženství, životní zkušenost, úroveň vzdělání, pocit bezmocnosti)zhodnot' fyzický stav (akutní nemoc, intolerance aktivity)-všeobecná sestra
- posud' obtížnost materiálu, který se má naučit-všeobecná sestra
- zhodnot' schopnosti pacienta porozumět instrukcím-všeobecná sestra
- zhodnot' schopnost spolupráce-všeobecná sestra

Realizace: 11. 1. 2013

Pacientovi byly podány a vysvětleny informace o daném onemocnění. Pacient chápe poskytnuté informace, rozumí jim.

8.5 Celkové hodnocení

Pacient byl přijat na interní oddělení z důvodu stále vysokých hodnot naměřeného krevního tlaku v domácím prostředí. Po přijetí byl pacient při vědomí, plně orientován a komunikoval bez větších problémů. Pacient nyní nemá žádné potíže. Je zcela soběstačný, tudíž nepotřebuje pomoc při hygieně nebo oblékání. Na bušení srdce a na bolesti hlavy si nestěžuje. Bolest nepocítuje.

Po propuštění do domácího léčení bude doporučen pacientovi klid, zdravá životospráva.

9DISKUZE

Dílčí závěr

Hypertenze se stává v populaci stále častějším onemocněním, a to je také možná možná důvod, proč ji většina lidí, ať již nemocných s hypertenzí nebo ostatních kteří hypertenzí netrpí, nechápe jako velkou hrozbu. U nemocných s hypertenzí hraje velkou roli také fakt, že onemocnění nijak nebolí a naměřené hodnoty krevního tlaku se dají upravit pomocí léků, proto velké množství hypertoniků nemá důvod měnit svůj životní styl, když je vlastně „nic netrápí“.

Domnívám se, že u této situace není velká šance na zlepšení, protože dnešní doba je velmi uspěchaná, většina lidí je denně vystavována stresu z důvodu kladení velkých nároků především v zaměstnání, což má negativní dopad na lidské zdraví. Přesto bych pro zlepšení navrhla zdůrazňovat lidem, že zdraví je nejcennější a má vždy přednost před vším ostatním, protože když nebudeme zdraví, nebudeme žít plnohodnotný život.

Dále bych zdůraznila, že i bezbolestné nemoci závažným způsobem ovlivňují zdraví a mají negativní dopad na život člověka

Doporučení pro veřejnost

Mentální hygiena je nauka o ochraně duševního zdraví a prevenci duševních chorob. Je to obor, zabývající se rozvojem a podporou duševního zdraví. Životospráva se z hlediska mentální hygieny týká spánku, správné výživy, odpočinku a regenerace sil, pohybu, tělesné práce a cvičení, hospodaření s časem, koncentrování pozornosti a udržování pořádku. Člověk by měl v rámci mentální hygieny posoudit závažnost úkolů, omezit zbytečnosti, vybrat nejpodstatnější problémy k řešení. Dále by měl využít volné chvíle k relaxaci. Důležité je také mít pevný režim dne a odstranit zlovyky v životosprávě, myšlení, citech a morálním chování. Mezi další zásady mentální hygieny patří zajištění klidného a příjemného prostředí, které umožňuje plnou soustředěnost, a odstranění všech rušivých elementů. Měli bychom dodržovat správnou výživu, vyvarovat se přejídání, nezneužívat kávu, sedativa a nekouřit. Dodržováním těchto pravidel lze předejít stresu.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na pacienty s onemocněním arteriální hypertenze. V teoretické části jsem se snažila popsat veškeré informace, které s daným onemocněním souvisí.

Jako praktickou ukázkou byl použit ošetřovatelský proces u pacienta s hypertenzí. Ošetřovatelský proces byl zaměřen na sestavení ošetřovatelských diagnóz, plánování ošetřovatelských intervencí a jejich realizace. Je nutno poukázat na to, že pacientů s tímto onemocněním stále přibývá.

Cílem práce bylo zajistit komplexní ošetřovatelskou péči u pacienta s hypertenzí. Edukace u hypertoniků je velice důležitá a náročná, protože je třeba přesvědčit pacienta, aby se léčil, i když nemá potíže. Nejtěžší je dosáhnout u pacienta změny životního stylu, na který byl doposud zvyklý. Často se stává, že si léčbu sám vysadí. Normální tlak je výsledkem dobře vedené léčby, ale neznamená to, že je pacient vyléčen.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ J.: *Kardiologie: pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1009-9.
- 2) SOVOVÁ, E.: *100+1 otázek a odpovědí o krevním tlaku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2281-8.
- 3) ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
- 4) ŠTOCHLOVÁ, J., CÍFKOVÁ, R.: *Vysoký krevní tlak - dieta a rady lékaře*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 83 s. ISBN 978-80-7254-633-6.
- 5) WIDIMSKÝ, J. a kol.: *Hypertenze*. 3. vyd. Praha: Triton, 2008. 706 s. ISBN 978-80-7387-077-5.
- 6) ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
- 7) ADÁMKOVÁ, Věra. *Arteriální hypertenze mladých osob, těhotných a dětí*. 1. vyd. Praha: Vega, 2005, 67 s. ISBN 80-903-1869-X.
- 8) WIDIMSKÝ, Jiří. *Arteriální hypertenze: minimum pro praxi*. Vyd. 2. V Praze: Triton, 2000, 115 s. Levou zadní. ISBN 80-725-4082-3.
- 9) WIDIMSKÝ, Jiří. *Hypertenze: minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 422 s. Levou zadní. ISBN 80-725-4249-4.
- 10) BULVAS, Miroslav. *Klinická kardiologie: minimum pro praxi*. 2. vyd. Editor Jan Vojáček, Jiří Kettner. Praha: Nucleus HK, 2012, 1133 s. Levou zadní. ISBN 978-808-7009-895.
- 11) HOMOLKA, Pavel. *Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy: minimum pro praxi*. 1. vyd. Editor Jan Vojáček, Jiří Kettner. Praha: Grada, 2010, 208 s., 4 s. barev. obr. příl. Levou zadní. ISBN 978-80-247-2896-4.
- 12) WIDIMSKÝ, Jiří. *Hypertenze: minimum pro praxi*. 2. rozš. a přepr. vyd. Editor Jan Vojáček, Jiří Kettner. Praha: Triton, 2004, 590 s. Levou zadní. ISBN 80-725-4515-9.
- 13) DOENGES, Marilyn E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry: minimum pro praxi*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Editor Jan Vojáček, Jiří Kettner. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. Levou zadní. ISBN 80-247-0242-8.

- 14)SOVOVÁ, Eliška. *Hypertenze pro praxi: pro lékaře, studenty, sestry, pacienty*. 1. vyd. Editor Jan Vojáček, Jiří Kettner. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 118 s. Levou zadní. ISBN 978-80-244-1968-8.
- 15)SOVOVÁ, Eliška. *Co je nového na cestě od diabezity po kardiabetes: pro lékaře, studenty, sestry, pacienty*. 1. vyd. Editor Jindra Perušičová. Praha: Geum, c2006, 185 s. Sborník (Geum). ISBN 80-862-5648-0.
- 16)ADÁMKOVÁ, Věra. *Nemocné srdce, aneb, Nemoc není bezmoc: pro lékaře, studenty, sestry, pacienty*. Vyd. 1. Editor Jindra Perušičová. Brno: Facta Medica, 2010, 152 s. Sborník (Geum). ISBN 978-809-0426-078.
- 17)KLENER, Pavel a Karel HORKÝ. *Vnitřní lékařství: pro lékaře, studenty, sestry, pacienty*. 1. vyd. Editor Jindra Perušičová. Praha: Univerzita Karlova - Vydavatelství Karolinum, 1994, 205 s. Sborník (Geum). ISBN 80-706-6867-9.
- 18)TŘEŠKA, Vladislav a Karel HORKÝ. *Propedeutika vybraných klinických oborů: pro lékaře, studenty, sestry, pacienty*. 1. vyd. Editor Jindra Perušičová. Praha: Grada, 2003, 459 s. Sborník (Geum). ISBN 80-247-0239-8.
- 19)SCHEJBALOVÁ, Marcela, Petr NIEDERLE a Aleš STÁREK. *Hypertenze: nebezpečné onemocnění nebo jen vysoký tlak? : příručka pro nemocné*. Vyd. 1. Editor Jindra Perušičová. Praha: Triton, 2000, 23 cm. Sborník (Geum). ISBN 80-725-4085-8.
- 20)VELÍŠEK, Libor, Petr NIEDERLE a Aleš STÁREK. *Směry moderní fyziologie: určeno pro posl. lékař. fakulty Univ. Karlovy*. 1. vyd. Editor Jindra Perušičová. Praha: Karolinum, 1992, 65 s. Sborník (Geum). ISBN 80-706-6596-3.

Prohlašuji, že jsem získala údaje a podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s hypertenzí v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 25. 3. 2013

Denisa Baloghová