

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S CHRONICKÝM
SELHÁNÍM SRDCE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KAMILA MLČOCHOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Růžena Vitásková Ph.D.

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Mlčochová Kamila
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 9. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u nemocného s chronickým selháním srdce

Nursing Process for Patients with Chronic Heart Failure

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Růžena Vitásková, Ph.D.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21. 5. 2013

Kamila Mlčochová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji zejména Mgr. Růženě Vitáskové Ph.D. za cenné informace a odborné vedení bakalářské práce. Děkuji i Mgr. Kristýně Kadlecové za věcné rady při psaní bakalářské práce.

V Praze dne 21.5.2013

ABSTRAKT

MLČOCHOVÁ, Kamila. *Ošetrovatelský proces u nemocného s chronickým selháním srdce*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Růžena Vitásková Ph.D. Praha. 2013. 42 s.

Bakalářská práce pojednává o chronickém selhání srdce. V teoretické části je rozvedena charakteristika onemocnění a jeho vliv na nemocného. Jsou zde uvedeny příznaky, klinické projevy, diagnostika, léčba, prevence a prognóza. Práce je zaměřena na denní aktivity pacienta s chronickým selháním srdce. Konečnou část teorie tvoří specifika ošetrovatelské péče u pacienta s chronickým selháním srdce.

Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem u nemocného s chronickým selháním srdce.

Klíčová slova: Dietní opatření. Chronické selhání srdce. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

MLČOCHOVÁ, Kamila. Nursing process for patients with the chronical heart failure. Medical College, o.p.s. Qualification Degree : Bachelor (Bc). Supervisor: Mgr. Ruzena Vitásková Ph.D. Prague. 2013. 42 s.

This dissertation is about chronical heart failure. Characteristic and the impacts of the failure on the patient are described in theoretical part which includes the list of symptoms, clinical manifestations, diagnosis, treatment, prognosis and prevention too. This work is focused on daily activities of patients with chronic heart failure. The final part of the theory describe specifi of nursing care .

The treatment process and care about the patient with chronical heart failure is described in practical part.

Keywords: Dietary measures. Chronic heart failure. Nursing care.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	13
1 CHRONICKÉ SELHÁNÍ SRDCE	14
1.1 Definice a rozdělení	14
1.1.1 Definice	14
1.1.2 Rozdělení	14
1.2 Patogeneze	15
1.2.1 Projevy na srdci	15
1.2.2 Chronické levostranné srdeční selhání	15
1.2.3 Chronické pravostranné srdeční selhání	16
1.3 Klinické projevy	16
1.3.1 Klinické projevy levostranného srdečního selhání	17
1.3.2 Klinické projevy pravostranného srdečního selhání	17
1.3.3 Shrnutí klinických projevů srdečního selhání	17
1.4 Diagnostika	18
1.4.1 Klasifikace dle NYHA, <i>modifikace z roku 1994</i>	18
1.4.2 Přístrojové vyšetření	19
1.4.3 Laboratorní vyšetření	20
1.5 Léčba	20
1.5.1 Nefarmakologická terapie	20
1.5.2 Farmakologická léčba	21
1.5.3 Chirurgická léčba	22
1.5.4 Přístrojová léčba	22
1.6 Prevence	23
1.7 Prognóza	23
2 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA U NEMOCNÉHO S CHRONICKÝM SELHÁNÍM SRDCE	25
2.1 Dieta	25
2.2 Denní aktivita	25
2.3 Cestování	26
2.4 Sexuální aktivita	26
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO S CHRONICKÝM SELHÁNÍM SRDCE	27
3.1 Specifická ošetrovatelská péče na standardním oddělení	27

4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S CHRONICKÝM SELHÁNÍM SRDCE.....	29
5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	52
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BNP	Natriuretický peptid B
CŽK	centrální žilní katétr
D	dech
EKG	Elektrokardiografie
FN HK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
IVK	intravenózní kanyla
JIP	Jednotka intenzivní péče
LS páteř	lumbo-sakrální část páteře
NT- pro BNP	N-Terminální prohormon natriuretického peptidu B
NYHA	New York Heart Association Functional Classification (klasifikace hodnocení srdečního selhání na základě míry funkčního postižení)
P	puls
PAD	perorální antideabetika
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katétr
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
St. p. op.	stav po operaci
TBC	tuberkulóza
TK	krevní tlak
TSH	thyreotropní hormon (hormon stimulující štítnou žlázu)
TT	tělesná teplota
VAS	Vertebroalgický syndrom

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Alveolární prostor	prostor v oblasti dýchacích cest, který je ventilován, ale neúčastní se vlastní výměny plynů s krví
Amentní stav	zmatenost
Analgetikum	látka snižující intenzitu bolesti
Anasarka	prosáknutí tkání vodou
Anémie	chudokrevnost
Angiografie	rentgenologické znázornění cév po předchozím vstříknutí kontrastní látky
Aneuryzmektomie	chirurgické odstranění aneurysma
Antihypertenzivum	léčivo užívané ke snížení vysokého krevního tlaku
Antitrombotika	léky bránící vzniku krevních sraženin
Aortální stenóza	zúžení aortální chlopně
Aortokoronární bypase	přemostění aorty a tepen
Arytmie	porucha srdečního rytmu
Ascites	zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní
Asepsy	
Ateroskleróza	kornatění tepen v důsledku ukládání tukových látek do stěny tepny
Bicyklová ergometrie	vyšetřovací metoda, která umožňuje sledování práce srdce při zátěži
Cirhóza jater	chronické onemocnění jater
Cor hypertonicum	hypertrofické (zbytněné) srdce
Cyanóza	modrofialové zbarvení kůže a sliznice
Cystická fibróza	autozomální vrozené onemocnění postihující dýchací a trávicí soustavu
Diuretikum	močopudný lék
Embolizace plic	vmetení embolu do pulmonálního řečiště
Elektrokardiografie	přístroj, který snímá elektrickou aktivitu srdce
Farmaka	léky

Hepatojugulární reflex	zvýšení náplně krčních žil zatlačením na játra proseknutá krev
Hydroperikard	nahromadění tekutin v perikardu
Hydrothorax	přítomnost tekutiny v pleurální dutině
Hypertenzní nemoc	zvýšený tepenný tlak ve velkém krevním oběhu
Hyponatrémiepokles	koncentrace sodných iontů
Hypertyreóza	nadprodukce hormonů štítné žlázy
Hypoxie	snížený obsah kyslíku ve tkáních
Hypovolémie	snížené množství krve
Chronická ischemická nemoc	onemocnění dolních končetin způsobené aterosklerózou tepen
Infarkt myokardu	srdeční mrtvice
Invazivní vstupy	vstupy přímo do organismu
Invazivní vyšetření	vyšetření zasahující přímo dovnitř organismu
Kardiak	jedinec s onemocněním srdce
Kardiolog	lékař zabývající se diagnostikou a léčbou onemocnění srdce
Kardiomegalie	zvětšení srdce nebo některých částí
Kardiomyopatie	skupina onemocnění srdečního svalu spojených s poruchou srdeční funkce
Kontraindikováno	stav, který vylučuje některé léčebné postupy
Kontrakce	smršťování, zmenšování, stah
Kumulace	hromadění
Městnání tekutin	nahromadění tekutin
Minutový objem	množství krve přečerpané srdcem za jednu minutu
Neinvazivní posouzení	nepronikající dovnitř organismu
Neurohumorální regulace	zabývá se anatomií a funkcí endokrinního systému a částí nervového systému, které regulují endokrinní funkce
Tachykardie	zvýšená tepová frekvence
Transudace tekutin	pronikání krve nebo tělních tekutin do tkáně nebo do tělních dutin
Opium lék	obsahující opium nebo omamnou látku

Palpitace	bušení srdce
Perfuzní scintigrafie mozku	vyšetřovací metoda sloužící k vyšetření regionální perfúze mozku
Plicní edém	plicní otok
Plicní emfyzém	nadměrný obsah vzduchu v plicích
Plicní hypertenze	vysoký krevní tlak v plicním oběhu
Racionální dieta	základní dieta, č.3
Saturace	nasycení krve kyslíkem
Somnolence	zvýšená spavost
Spiroergometrie	vyšetřovací metoda, která slouží k posouzení funkční rezervy kardiovaskulárního systému
Svalová atrofie	onemocnění postihující svalstvo – ochabnutí svalstva
Zátěžová echokardiografie	vyšetření, které se používá pro poruchu prokrvení srdečního svalu při zátěži
Venostáza	městnání krve v žilách
Žilní kongesce	překrvení

ÚVOD

Chronické selhání srdce není samostatná choroba, je to klinický syndrom, který postihuje nemocné s různými kardiovaskulárními nemocemi. Onemocnění nemá dobrou prognózu. Diagnostika i léčba je náročná. Chronické srdeční selhání bývá děleno na levostranné a pravostranné, podle toho, zda převládá kongesce v systémovém či plicním řečišti. Hlavními projevy na srdci jsou dilatace a hypertrofie. Dilatace znamená povolení srdeční svaloviny, myokard není schopen se stáhnout a vypudit krev. Hypertrofie znamená zbytnění myokardu při dlouhodobé zátěži srdce.

Bakalářská práce je psaná na téma: „Ošetrovatelský proces u nemocného s chronickým selháním srdce.“ Toto téma je stále aktuálnější. Zvyšuje se lidský věk a tím více jedinců dospěje k diagnóze chronické selhání srdce. V evropských zemích se vyskytuje u 0,4 – 2 % populace, především ve starších věkových skupinách.

Podstatou bakalářské práce je seznámit nemocné s chronickým selháním srdce s tímto onemocněním a objasnit režimová opatření.

První část je věnována tomu, co to je chronické srdeční selhání, klinický obraz, léčba, prevence, prognóza a aktivity denního života u nemocného s chronickým selháním srdce.

Druhá část je zaměřena na ošetrovatelský proces u nemocného s chronickým selháním srdce a doporučení pro praxi.

1 CHRONICKÉ SELHÁNÍ SRDCE

1.1 Definice a rozdělení

1.1.1 Definice

Chronické selhání srdce nemá přesnou definici. Existuje řada definic, ale ani jedna z nich není jednoznačně přijímána. Nejčastěji se užívá definice stavu, při kterém srdce není schopno bez zvýšení plicního tlaku udržet takový srdeční výdej, který by pokrýval aktuální stav organismu, za předpokladu dostatečného žilního návratu. Tato definice nebere ohled na mechanismus vzniku, etiologii a různé projevy.

M. Packer uvádí definici: *„Srdeční selhání je komplexní syndrom charakterizovaný abnormalitami funkce srdečních komor a neurohumorální regulace, které jsou doprovázeny intolerancí zátěže, retencí tekutin a zkrácením života.“* (FORUM MEDICINAE, 3-4/99, str. 58).

Chronické selhání srdce označuje řadu symptomů, které jsou způsobeny narušením práce srdce. Chronické selhání srdce není samostatná choroba. Je to dlouhodobé onemocnění mající různé příčiny.

Chronické srdeční selhání bývá děleno na levostranné a pravostranné, podle toho, zda převládá kongesce v systémovém či plicním řečišti (ŠPINAR et al., 2006).

1.1.2 Rozdělení

Chronické selhání srdce dělíme podle selhávání srdeční komory na pravostranné (příznaky systémové venostázy), levostranné (příznaky plicní venostázy) a oboustranné (kombinace plicní a systémové venostázy). Podle charakteru srdeční dysfunkce se srdeční selhání dělí na systolické (klesá stažlivost myokardu, klesá ejekční frakce a výdej) a diastolické (pokles poddajnosti myokardu). Srdeční selhání dělíme i dle obnovení výkonu srdce na kompenzované (symptomy jsou mírné a stabilizované) a dekompenzované (progresivní zhoršování symptomů) (HRADEC et al., 2011).

1.2 Patogeneze

Srdce je dutý sval, svalová pumpa, jehož funkcí je přečerpávat krev. Hlavním úkolem je udržovat oběh krve tak, aby bylo zajištěno zásobování všech orgánů živinami a kyslíkem a odstraňování zplodin látkové výměny. Mezi pravou a levou polovinou srdce nemůže být žádná komunikace, jinak by se mísila krev neokysličená s okysličenou. Pokud srdce není schopno vyčerpávat takové množství krve, které organismus potřebuje ke krytí svých potřeb, mluvíme o srdečním selhání. Orgány trpí nedostatkem kyslíku a živin a nemohou vykonávat svoji normální funkci. Krev se městná nejprve v srdečních oddílech, tím stoupá plicní tlak levé nebo pravé komory a posléze i v jejich přítokových oblastech (plicním nebo v systémovém oběhu) (MAČÁK, 2004; ŠTEJFA, 2007).

1.2.1 Projevy na srdci

Jedním z hlavních projevů srdečního selhání je dilatace. Dilatace znamená povolení srdeční svaloviny, myokard není schopen se stáhnout a vypudit krev.

Dalším hlavním projevem je hypertrofie. Je to projev, který charakterizuje chronické srdeční selhání. Hypertrofie znamená zbytnění myokardu při dlouhodobé zátěži srdce. Hypertrofie má dvě fáze. První fáze je fáze koncentrická (srdce selhává při kontrakci). Srdce pouze hypertrofuje, přizpůsobí se, zvládá zátěž, dochází ke kompenzaci. Pacient nemá žádné projevy, je to však pouze dočasný stav než přijde druhá fáze. Fáze excentrické (povolená srdeční svalovina), kdy srdce hypertrofuje i dilatuje, začíná se povolovat srdeční svalovina. Je to projev dekompenzace (selhání srdce), přidávají se potíže (MAČÁK, 2004).

1.2.2 Chronické levostranné srdeční selhání

Při levostranné srdeční selhání dochází k dlouhodobé zátěži levé komory. Levá komora nestačí vhánět krev do velkého krevního oběhu tak rychle, jako do ní přitéká krev z plic. Levá komora se přizpůsobuje zátěži a hypertrofuje, vzniká cor hypertonicum. Zpočátku je fáze koncentrická (nemocný neví o vyšším krevním tlaku) později fáze excentrická, kdy je krev vměstnána nad levým srdcem. To vede k zpětnému toku krve do plic a dochází k městnání v malém plicním oběhu. Nedostatečná činnost svaloviny levého srdce způsobuje stagnaci krve v plicním krevním řečišti a v důsledku tohoto přetlaku uniká tekutina do alveolárního prostoru.

Srdce reaguje na vyšší tlak hypertrofií a vzniká tachykardie. Tím se do časné míry srdeční činnost kompenzuje, ale onemocnění se stále zhoršuje.

Nejčastější příčiny chronického levostranného srdečního selhání jsou hypertenzní nemoc, stav po infarktu myokardu, kardiomyopatie, chronická ischemická nemoc srdeční, aortální stenóza, onemocnění chlopní (ŠAFRÁNKOVÁ et al, 2004).

1.2.3 Chronické pravostranné srdeční selhání

Při pravostranném srdečním selhání dochází k dlouhodobé zátěži pravé komory. Pravá komora nestačí vhánět krev do plic tak rychle, jak do ní přitéká z velkého krevního oběhu. Sníží se minutový srdeční objem, a proto se krev vrací do velkých žil a způsobuje městnání v systémových žilách (povodí horní a dolní duté žíly). Dochází k hypoxii všech orgánů, zpomalení toku krve a dochází k úniku tekutin do tkání a vznikají otoky dolních končetin.

Podle závažnosti srdečního selhání se zhoršují klinické příznaky, srdce kompenzuje nižší výkon hypertrofií a vzniká chronické plicní srdce – cor pulmonale chronicum, zpočátku fáze koncentrická, později fáze excentrická. Dochází k selhání pravé komory a vzniká chronická venostáza ve velkém krevním oběhu (otoky dolních končetin), poté dochází k transudaci tekutin do tělních dutin (hydrothorax, ascites, hydroperikard, anasarca). Chronická venostáza v organismu postihuje také játra, ledviny, slezinu – jsou zvětšené, tužší a tmavnou.

Nejčastějšími příčinami chronického pravostranného srdečního selhání jsou onemocnění plic – CHOPN, plicní emfyzém, cystická fibróza, TBC, embolizace plic, levostranné srdeční selhání s plicní hypertenzí, mitrální vady, anémie, hypertyreóza, cirhóza jater (ŠAFRÁNKOVÁ et al, 2004).

1.3 Klinické projevy

Klinické projevy srdečního selhání se liší podle typu, pokročilosti a příčin selhání. U některých pacientů se mohou vyskytnout všechny příznaky u jiných jen některé. Hlavní příznaky souvisejí s kumulací a městnáním tekutin v organismu a s nedostatečným prokrvením orgánů.

1.3.1 Klinické projevy levostranného srdečního selhání

Počátek levostranného selhání je bezpříznakový, charakterizovaný pouze sníženým minutovým objemem. Nejdůležitějším subjektivním příznakem levostranného selhání srdce bývá dušnost, často zhoršená v noci, závislá na fyzické aktivitě (NYHA) a také kašel. Akutní forma se vyznačuje plicním otokem, pacient má pocit dušení. Objektivně dává pacient přednost zvýšené poloze trupu, lze pozorovat také cyanózu a tachykardii v důsledku aktivace sympatiku. Na základě hypoxie dochází k zhoršené výkonnosti, koncentraci, paměti, spánku, neklidu a zmatenosti (ŠAFRÁNKOVÁ et al, 2004).

1.3.2 Klinické projevy pravostranného srdečního selhání

V důsledku žilní kongesce mívají nemocní pocitu plnosti v krku, bříše, otoky, dušnost, únavu svalů, svalovou atrofii, závratě. Objektivně lze potvrdit otoky, hepatosplenomegalii, zvýšená náplň jugulárních žil, hepatojugulární reflux, neklid, spavost, zmatenost, ascites (ŠAFRÁNKOVÁ et al, 2004).

1.3.3 Shrnutí klinických projevů srdečního selhání

Dušnost je způsobená městnáním tekutiny v plicích, nejprve se objevuje pouze při námaze, později i v klidu. Zhoršení se projeví vleže, kdy se vlivem gravitace tekutiny rozloží, a tak se zhorší podmínky pro plicní ventilaci.

Kašel a sípání má stejnou příčinu jako dušnost, u mnohých pacientů navíc souvisí s onemocněním plic jako je např. chronická plicní nemoc nebo astma.

Otoky se vyskytují nejčastěji v oblasti kotníků, později i na bříše.

Zrychlená srdeční činnost nebo-li tachykardie. Srdce se snaží zachovat dostatečný přísun krve do těla. Pacient to může pociťovat jako palpitace.

Změna tělesné hmotnosti je způsobena zadržováním tekutin v organismu.

Závratě jsou vyvolány nedostatečným prokrvením mozku, často způsobeny farmaky, nepravidelnou srdeční frekvencí či poklesem krevního tlaku.

Ke ztrátě chuti k jídlu dochází v důsledku nahromadění tekutin v játrech.

Častější noční močení, vleže se zvýší průtok ledvinami. Ve stoje je tekutina, vlivem gravitace, hlavně v dolních končetinách. Proto se pacient budí v noci k častějšímu močení.

Únava a snížená výkonnost, kvůli selhávající přečerpávací funkci srdce se nedostává do svalů dostatek kyslíku a živin a nejsou dostatečně odváděny zplodiny metabolismu, což se projevuje často velkou svalovou únavou. Při těžkém srdečním selhání dochází k somnolenci, amenní stavům či změně chování.

Současně s fyzickými příznaky se u pacientů se srdečním selháním často objevují emociální poruchy, úzkosti a deprese (ŠPINAR et al, 2007; BÝMA et al, 2009; HRADEC et al 2011).

1.4 Diagnostika

Ke stanovení správné diagnózy je nutné splnit dvě podmínky. První podmínka zní, že nemocný musí mít typické symptomy pro srdeční selhání a druhou podmínkou je, že musí být objektivně prokázána systolická nebo diastolická dysfunkce levé komory. Pokud diagnóza není jistá, musí být splněna ještě třetí podmínka a to je, že nemocný má mít příznivou odpověď na léčbu zaměřenou na srdeční selhání.

Diagnostika se opírá o anamnézu získanou od nemocného, základního fyziologického vyšetření (pohled, pohmat, poslech a měření krevního tlaku), klasifikaci NYHA a dále přístrojového a laboratorního vyšetření (HRADEC, 2011).

1.4.1 Klasifikace dle NYHA, modifikace z roku 1994

Ke stanovení tíže nebo funkční závažnosti srdečního selhání se běžně používá klasifikace NYHA. Má 4 funkční třídy. Klasifikuje výkonnost a subjektivní potíže nemocného, především dušnost, palpitace nebo angiózní bolesti. Tato klasifikace je velmi jednoduchá a proto se užívá v celém světě. Má velkou variabilitu mezi hodnotiteli a často se různí.

Hodnocení srdečního selhání na základě míry funkčního postižení, tj. podle schopnosti nemocného snášet fyzickou zátěž (tabulka 1) (ŠTEJFA, 2007; KŘEČKOVÁ, 2011).

Tabulka 1 – Funkční klasifikace selhání podle New York Heart Association (NYHA) 1994

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

Zdroj: Křečková, 2011, s. 34-38

1.4.2 Přístrojové vyšetření

Elektrokardiografie znázorňuje křivku, která je u chronického srdečního selhání patologická. Význam je v tom, že napomáhá určit etiologii.

Na rentgenu srdce a plic jde vidět zvětšení srdečního stínu a změny kontraktur srdce. Také mohou být zřetelné známky plicní venostázy až plicního edému. Typickým nálezem bývá kardiomegalie.

Echokardiografie je základní metoda pro neinvazivní posouzení velikosti levé komory a určení hodnoty ejekční frakce.

Holter monitor měří srdeční aktivitu celý den a noc, tedy 24 hodin. Výsledkem měření je EKG křivka.

Telemetrie slouží k monitoraci srdeční akce, počtu pulzů a dechů pacienta na dálku.

Koronární angiografie je invazivní vyšetření, které vede k objasnění příčin srdečního selhání a posouzení prognózy.

K dalším vyšetřovacím metodám srdečního selhání patří zátěžové testy. Jejich hlavní význam spočívá v určení příčin srdečního selhání. Mezi ně patří bicyklová ergometrie, spiroergometrie, zátěžová echokardiografie, šestiminutový test chůze.

Dalšími metodami jsou perfúzní scintigrafie myokardu, počítačová tomografie, magnetická rezonance (využívá se při špatném echokardiologickém vyšetření) (WIDIMSKÝ, 2004).

1.4.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření je velmi důležité. Patří sem vyšetření krevního obrazu, hematokritu, urey, kreatinu, saturace, vyšetření krevních plynů (astrup), glykémie, sedimentace, jaterních enzymů, kyseliny močové, vyšetření moči a sedimentu. Stanovení plazmatických koncentrací natriumpeptických peptidů či jejich fragmentů, zejména BNP a NT-pro BNP, C-reaktivní protein, TSH (HRADEC, 2011).

1.5 Léčba

Předpokladem úspěšného vedení léčby srdečního selhání je spolupráce a pozitivní přístup nemocného, který má dostatečné informace o svém onemocnění.

Nemocný by měl být informován o tom, jaké léky užívá, proč a jaké mohou mít nežádoucí účinky. Měl by být také informován o lécích, které nejsou pro něj vhodné. Tyto léky by mohly zhoršit klinický stav nemocného. Patří mezi ně např. nesteroidní antirevmatika (Ibuprofen), blokátory kalciových kanálů (Verapamil), tricyklická antidepresiva, kortikosteroidy, lithium, některá perorální antidiabetika a další léky.

Léčba chronického srdečního selhání musí být komplexní. Skládá se z několika bodů. Léčení příčinné choroby, léčení souběžných chorob, odstranění vyvolávajících faktorů, úprava životního stylu a diety. Důležité je snížit mortalitu a prodloužit nemocnému život (HRADEC, 2011; WIDIMSKÝ, 2004; BÝMA, 2004).

1.5.1 Nefarmakologická terapie

Velmi důležitá je informovanost, edukace a motivace nemocného. Mezi nefarmakologickou léčku patří sledování své hmotnosti, redukce váhy, dietní opatření, omezení alkoholu, abstinence kouření, omezení v cestování.

1.5.2 Farmakologická léčba

K léčbě srdečního selhání se využívají léky, které jsou prokázány v mnoha klinických studiích. Jsou to inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE), blokátory receptoru AT1 pro angiotenzin II (sartany), betablokátory, blokátory receptorů pro aldosteron, digoxin, vazodilatancia, hypolipidemika, antiagregancia, antikoagulancia.

Inhibitory ACE představují nejvyšší pokrok v léčbě chronického selhání srdce. Pro málokterou skupinu léků existují tak jednoznačné a přesvědčivé důkazy prospěšnosti. Využívají se u srdečního selhání na podkladě systolické dysfunkce a asymptomatické dysfunkce levé komory. Snižují počet hospitalizací a zlepšují kvalitu života nemocného. Patří sem např. Kaptopril, Enalapril, Ramipril. Kontraindikací této léčby je těžší renální insuficience, hyponatrémie, hypovolémie a oboustranná stenóza renálních tepen.

Blokátory receptoru AT1 pro angiotenzin II (sartany) se využívají za stejných podmínek jako inhibitory ACE. Užívají se zejména tehdy, pokud má pacient kontraindikaci na inhibitory ACE nebo je netoleruje. Patří sem např. Losartan, Valsartan, Telmisartan.

Léčba betablokátory je indikována u nemocných ve funkční třídě NYHA II-IV u asymptomatické komorové dysfunkce po prodělaném infarktu myokardu, u kterých jsou standardní součástí sekundární prevence. Léčba se musí zahajovat u klinicky stabilizovaného nemocných. Zahajuje se velmi nízkými dávkami, dávka se pak postupně zvyšuje. Betablokátory snižují mortalitu, riziko náhle smrti, snižují nutnost hospitalizace, zlepšují funkční třídu NYHA. To vše bez ohledu na věk, rasu, pohlaví, nebo hodnoty ejekční frakce. Patří sem např. Bisoprolol, Karvediol. Kontraindikacemi betablokátorů jsou bradykardie, hypotenze, asthma bronchiale.

Diuretika jsou nezbytná u nemocných se známkami retence tekutin, vždy by se měli užívat s inhibitory ACE a betablokátory. Podání diuretik přináší úlevu od dušnosti, toleranci zátěže, ústup periferních otoků. Sníží počet hospitalizací, ale neovlivní mortalitu. Patří sem např. Furosemid, Hydrochlorothiazid.

Blokátory receptorů pro aldosteron – v současné době dva přípravky Spironolakton a Eplerenonom.

Digoxin je indikován u nemocných se systolickou dysfunkcí levé srdeční komory a fibrilami síní a rychlou komorovou odpovědí.

Antiagregační léčba pouze u nemocných s chronickým srdečním selháním na podkladě ischemické etiologie.

Antikoagulační léčba Warfarinem se využívá u nemocných s fibrilací síní, plicní embolizací a prokázaný trombem.

Hypolipidemická léčba je rozporuplná, málo kdy se využívá (HRADEC, 2011; WIDIMSKÝ, 2004; BÝMA, 2004).

1.5.3 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je indikována pouze tehdy, je-li srdeční selhání farmakologickou léčbou nezvladatelné. O chirurgické léčbě rozhoduje kardiolog. Předchází jí řada specifických vyšetření.

Nejčastějším zákrokem je revaskularizace myokardu (aortokoronární bypass). Dále to jsou aneuryzmektomie poinfarktové výdutě, plastika mitrální chlopně při mitrální insuficienci způsobené dilatací levé komory, náhrada aortální chlopně u aortální stenózy.

K transplantaci srdce dochází pouze u léčeného terminálního stadia srdečního selhání (HRADEC, 2011; WIDIMSKÝ, 2004; BÝMA, 2004, MÁLEK 2004).

1.5.4 Přístrojová léčba

Srdeční desynchronizační léčba se využívá u nemocných v pokročilém stadiu srdečního selhání. Principem je stimulace levé a pravé komory vedoucí k synchronizaci kontrakcí a zlepšení čerpací funkce srdce.

Implantabilní kardioverter – defibrilátor se využívá u nemocných jako účinná obrana proti náhle srdeční smrti. Principem je pravokomorová elektroda, která slouží k detekci srdeční aktivity a zároveň k aplikaci elektrických výbojů (HRADEC, 2011; WIDIMSKÝ, 2004; BÝMA, 2004).

1.6 Prevence

Primární prevence značí prevenci a léčbu základního onemocnění vedoucí k srdečnímu selhání. Patří sem především léčba hypertenze, arytmií, akutní formy ischemické choroby srdeční. Velkou roli hraje snaha o co nejrychlejší obnovení průchodnosti infarktové tepny a optimální načasování chirurgické léčby chlopenních vad.

Sekundární prevence má za úkol zabránit progresi již existujícího srdečního selhání.

Prevenčí se také myslí odstranění rizikových faktorů. Nejsnazší prevencí je změna životního stylu směřující k prevenci aterosklerózy, obezity, vysokého krevního tlaku a poruchy metabolismu cholesterolu. Důležité je také vyhýbat se stresovým situacím a věnovat se dostatečně psychice (WIDIMSKÝ, 2004).

1.7 Prognóza

Prognóza srdečního selhání se zlepšuje, ale stále je nepříznivá. Léčba srdečního selhání se zlepšila, přesto však umírá polovina nemocných do čtyř let od stanovení diagnózy. Různé studie poukazují na to, že úmrtí je pouze odloženo a objevují se s delším časovým odstupem. Prognóza je závislá na klinické závažnosti srdečního selhání vyjádřené klasifikací NYHA.

V České republice se stále prodlužuje průměrný věk populace. Se stoupajícím věkem se však neustále zvyšuje i výskyt chronického srdečního selhání jako následek řady kardiovaskulárních chorob. Cíl léčby tohoto onemocnění nespočívá pouze v prodloužení života, ale také ve zlepšení kvality života.

Hlavními zásadami ke splnění cílů jsou edukace, motivace a případně psychoterapie.

Jedním z kroků k úspěšnému řešení tohoto problému je zakládání ambulancí a jednotek srdečního selhávání, postavených na individuálním přístupu k pacientům jak po stránce medicínské, tak po stránce psychologické. Specializovaná pracoviště uplatňují komplexní diagnostický přístup a představují aktivnější a častější kontrolu nemocných s tímto onemocněním. Citlivým přístupem se zvyšuje ochota pacientů

k dodržování režimových i léčebných opatření. Tato péče vede k redukci počtu opakovaných hospitalizací pro chronické srdeční selhávání (HRADEC, 2011).

2 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA U NEMOCNÉHO S CHRONICKÝM SELHÁNÍM SRDCE

2.1 Dieta

Nemocný se srdečním selháním by měl dodržovat určitá dietní omezení. Základem stravy je racionální vyrovnaná dieta s dostatkem všech živin a s cílem udržet optimální hmotnost. Strava by se měla podávat 5 – 6 krát denně v menších dávkách.

S kuchyňskou solí by nemocný měl hospodařit velmi opatrně a to především při stavech závažného srdečního městnání. Při těchto stavech je nutno příjem soli snížit až pod 1 gram soli za den (odstraněním soli i z přípravy pokrmů).

Alkohol je kontraindikován při alkoholové kardiomyopatii. U ostatních nemocných je povolena konzumace alkoholu s maximem 40 gramů pro muže a 30 gramů pro ženy (1 pivo, 1 – 2 decilitry vína denně).

Kouření je striktně zakázáno.

Tekutiny nemusí být omezovány, příjem by měl činit 1,5 – 2 litry denně. Omezení přichází pouze v pokročilých stádiích srdečního selhání s hyponatremií. Je však nutné sledování bilance tekutin a vnitřního prostředí.

Nemocný se váží každý den ve stejnou dobu, nejlépe ráno po vyprázdnění. Zvýšení tělesné hmotnosti retencí tekutin je nežádoucí (ŠTEJFA, 2007).

2.2 Denní aktivita

Denní aktivita závisí na aktuálním stavu nemocného. Pohybuje se od klidového režimu až k běžné každodenní činnosti. Je závislá na klasifikaci NYHA. Nemocní ve funkční třídě NYHA I - III mohou bez omezení řídit motorová vozidla pouze pro soukromé účely, profesionální řidič musí spadat do NYHA I - II. a nemocný v NYHA IV nemůže řídit motorové vozidlo.

Je vhodné, aby nemocní s menším až středně závažným funkčním omezením pravidelně kondičně trénovali. Trénink je indikován u stabilizovaných nemocných. Základem je 3 – 5 krát týdně 20 – 30 minut dynamické zátěže (jízda na kole, přiměřeně

rychlá chůze), doplněná rytmickou rozcvičkou. Tělesný trénink je možné provádět v rehabilitačních centrech nebo u poučených pacientů v domácím prostředí. Posilovací cvičení se nedoporučuje, ale není kontraindikováno, nutností je naučit nemocného správně dýchat (ŠPINAR et al, 2007).

2.3 Cestování

Nedoporučuje se cestování do příliš horkých krajů a do oblastí s vysokou vlhkostí vzduchu. Stejně tak není vhodný pobyt ve vysoké nadmořské výšce. Nedoporučují se dlouhé lety, při kterých hrozí dehydratace, otoky dolních končetin a vznik hluboké žilní trombózy. Naopak před dlouhodobými cestami autobusem dáváme přednost letecké dopravě (ŠPINAR et al, 2007).

2.4 Sexuální aktivita

Sexuální aktivita u nemocných s chronickým selháním srdce není nějak zásadně omezená. Je důležité, aby se nemocných psychicky uklidnil. Nemocní ve funkční třídě NYHA II mají nízké riziko dekompenzace, nemocní v NYHA III - IV vysoké riziko dekompenzace při sexuálním styku.

U žen ve fertilním věku s pokročilým srdečním selháním se doporučuje ochrana před otěhotněním.

Užití Viagry u nemocných užívajících dlouhodobé nitráty či hypotenzíva je spojeno s rizikem nežádoucího poklesu krevního tlaku (ŠPINAR et al, 2007).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO S CHRONICKÝM SELHÁNÍM SRDCE

3.1 Specifická ošetrovatelská péče na standardním oddělení

Nemocný s chronickým selháním srdce se většinou přijímá na standardní ošetrovatelskou jednotku interního oddělení, pouze v ohrožení selhání vitálních funkcí se ukládá na JIP nebo ARO.

Ošetrovatelská péče o pacienta s chronickým selháním srdce je zaměřena na zamezení zhoršení stavu a vzniku komplikací. Ošetrovatelská péče se odvíjí od příznaků chronického selhání srdce.

Nemocný přijat na standardní ošetrovatelskou jednotku je ukládán do Fowlerovy nebo ortopnoické polohy. Důležité je, aby pacient ležel na pokoji s centrálním rozvodem kyslíku a signalizačním zařízením. Vhodné je křeslo pro kardiaky.

Sestra sleduje vitální funkce nemocného (TK, TT, pulz, dech, EKG). Prvním varovným signálem zhoršování stavu je kašel a odkašlávání. Je důležité pozorovat charakter kašle a barvu sputa. Podstatná je i bilance tekutin (dle pokynů lékaře např. omezit tekutiny), diuréza (účinek léků), strava (šetřící – omezení soli), stav prokrvení tkání (barva kůže), stav otoků (pohled, pohmat, obvod břicha a dolních končetin především okolo kotníků). Péče o invazivní vstupy (IVK, CŽK, PMK).

Sestra musí dbát na správné podávání naordinovaných léků. Důležité je sledování jejich účinků, zejména diuretik a kardiotonik. Kyslík je nutné podávat dle ordinace lékaře a potřeby pacienta.

Sestra by měla umět pacienta uklidnit a navodit pocit bezpečí. Zajisti dostatečný a klidný spánek.

V době nesoběstačnosti u pacienta zajistit péči v oblasti hygieny, výživy a vyprazdňování.

Nemocný propuštěn do domácí péče, musí být informován o nevhodnosti kouření, nežádoucích účincích alkoholu, stavu výživy, omezeních při cestování.

Nejdůležitější však je upozornit pacienta na to, jak moc je podstatné dodržovat léčebný režim.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S CHRONICKÝM SELHÁNÍM SRDCE

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: L. P.	Pohlaví: žena
Datum narození: X. X. 1945	Věk: 68
Adresa bydliště a telefon: XXX	
Adresa příbuzných: XXX	
RČ: 45...	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: vyučena	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 16. 2. 2013	Typ přijetí: neodkladné
Oddělení: interní	Ošetřující lékař: MUDr. J. Š.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Od včerejšího večera se necítím dobře. Hodně se zadýchávám, méně močím a mám velké bolesti LS páteře.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Chronické selhání srdce – cor pulmonale

Medicínské diagnózy vedlejší:

Dekompensace vertebrogenního alegického syndromu LS páteře

Plicní hypertenze

Diabetes mellitus II. Typu na PAD (převod na konvenční inzulinoterapii)

Vitální funkce při přijetí

TK: 100/60 mmHg	Výška: 168 cm
P: 80/min	Hmotnost: 97,6 kg
D: 19/min	BMI: 34,37
TT: 37,8 °C	Pohyblivost: částečně omezená
Stav vědomí: orintovaná, při vědomí	Krevní skupina: B+

Nynější onemocnění:

Pacientka propuštěna 13. 2. 2013 na reverz do domácí péče s diagnózou chronické selhání srdce. Na den 16. 2. 2013 naplánovány kontrolní odběry před pondělní ambulantní kontrolou ve FN HK v poradně pro plicní hypertenzi.

Pacientka přivezena RZP 16. 2. 2013 pro celkové zhoršení stavu. Dva dny po propuštění vcelku stabilní, od včerejšího dne pak zhoršení dušnosti, méně močila, výrazné bolesti LS páteře. Pacientka klidově dušná, viditelná cyanóza rtů.

Informační zdroje:

Informace jsme získali od pacientky, lékaře a také z dokumentace.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 70 letech na infarkt myokardu

Otec: zemřel v 59 letech na komplikace Diabetu mellitu

Sourozence: sestra 59 let – léčí se s hypertenzí

Děti: dvě dcery, jeden syn – dosud se s ničím neléčí

Osobní anamnéza:

Vysoký TK od roku 1985, od roku 1995 Diabetes mellitus II. typu, dříve na dietě, pak na PAD nyní převod na inzulín. St. p. op. recidivujícího nezhoubného tumoru kožního – fibromy v podkoží krku a podpaží. Dekompensace srdečního selhání při plicní hypertenzi.

Hospitalizace a operace:

Opakované hospitalizace na interním oddělení pro dekompenzaci srdečního selhání. St. p. op. recidivujícího nezhoubného tumoru kožního – fibromy.

Úrazy: 0

Transfúze: nikdy nebyly podávány

Očkování: jen povinná očkování

Léková anamnéza:

Název léku	Forma léku	Síla	Dávkování	Skupina
Siofor	tablety	850 mg	1 - 0 - 1	antidiabetikum
Cardilopin	tablety	10 mg	1 - 0 - 0	antihypertenzivum
Betaloc Zok	tablety	200 mg	1 - 0 - 0	antihypertenzivum
Furosemid Forte	tablety	250 mg	1 - 0 - 0	diuretikum
Hydrochlorothiazid	tablety	25 mg	½ - 0 - 0	diuretikum, antihypertenzivum
Calcichew D3	žvýkáčkové tablety		1 - 0 - 1	mminerální látky, vitamíny
Protelos	zrněný prášek pro přípravu perorální suspenze	2 g	0 - 0 - 0 - 1	Soli a ionty pro perorální i parenterální aplikaci
Verospiron	tablety	25 mg	1 - 0 - 0	diuretikum, antihypertenzivum
Apo-allopurinol	tablety	100 mg	0 - 1 - 0	diuretikum
Palladone	kapsle	8 mg	9 h, 21 h	opiát

Alergická anamnéza:

Léky: Penicilin, Zorem, Sedacoron

Potraviny: neguje

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: neguje

Káva: od 12/2012 kávu nepije, dříve 1x denně

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza

Menarché: od 12 let

Cyklus: býval pravidelný

Trvání: 5 - 6 dní

Menopauza: ve 49 letech

Potíže klimakteria: pocení, návaly horka

Antikoncepce: neužívala

UPT: 0

Potrat: 0

Samovyšetření prsu: nikdy neprováděla

Poslední gynekologická prohlídka: nepamatuje si

Sociální anamnéza:

Stav: vdova

Bytové podmínky: žije v rodinném domě s dcerou na vesnici

Vztah, role, interakce v rodině: vdova, manžel zemřel 3/2000, s dětmi se navštěvuje pravidelně, vychází spolu dobře, má 5 vnoučat a jedno pravnouče

Mimo rodiny: má pár dobrých přátel, se kterými se 1x týdně stýká, velmi dobře si rozumí, vždy se společně zasmějí

Záliby: čte romány, pracuje na zahradě, procházky po přírodě

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučena – pánská krejčí

Pracovní zařazení: pracovala jako mistrová v Krasu – pánská krejčí, nyní je v důchodu

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza: bezvýznamná

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 20. 2. 2013

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Občas mě bolí hlava, tak 1x za měsíc. Nyní mě hlava nebolí. Vím, že mám namodralé rty.“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Bez meningeálních příznaků. Zornice izokorické, skléry bílé, spojivky prokrvené. Nos bez sekrece, krvácení. Jazyk vlhký, cyanóza rtů, hrdlo zarudlé, bez povlaků. Krk: náplň krčních žil zvýšená, štítná žláza nezvětšená, uzliny nehmatné, pulsace karotid symetrická.
Hrudník a dýchací systém	„Špatně se mi dýchá, chvílemi se dusím.“	Hrudník je symetrický, bez deformit. Poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, chrupky bilaterálně, ozvy ohraničené. Saturace bez kyslíku 86 %. Dušnost námahová i klidová. Kontinuálně oxygenace kyslíkovými brýlemi 2 - 3l/min. Saturace s kyslíkem 93 %.
Srdce a cévní systém	„Špatně se mi dýchá, méně močím.“	Při přijetí krevní tlak 145/85 mmHg, pulz 106/min. Nyní tlak 130/95 mmH, pulz 87/min. Na dolních končetinách viditelné otoky. Akra promodralá.

Břicho a GIT	„Bolesti břicha nemám.“ „Poslední stolici jsem měla včera ráno, průjmy ani zácpou netrpím.“	Břicho je prohmatné, nebolestivé, měkké, peristaltika slyšitelná. Slezina a játra jsou nezvětšeny.
Močovo-pohlavní systém	„Málo močím.“	Ode dne přijetí zaveden PMK, vedena bilance tekutin. Do dnešního dne příjem tekutin 1500 ml – 2000 ml/den, výdej 2300 ml – 2750 ml.
Kostrovo-svalový systém	„Bolí mě záda.“	Pacientka se léčí s LS páteří. Nyní je méně pohyblivá pro velké bolesti LS páteře, otoky DKK a dušnost. Doma se pacientka pohybuje pomocí francouzských holí. V lůžku je pacienta soběstačná, k jídlu se sama posadí, nají se sama. Pro dušnost není zatím schopna sama dojít na WC, je tedy vožena na vozíku, popř. mísa.
Nervovo-smyslový systém	„Používám brýle na čtení.“ „Vím, co je dnes za den, jak se jmenuji i kde se nacházím.“	Pacientka při vědomí, orientována časem, místem, osobou i prostředím. Sluch bez známek patologie. Brýle nosí jen na čtení.
Endokrinní Systém	„Od roku 1995 mám cukrovku II. typu na PAD, nyní mě převádějí na inzulín.“	Diabetes mellitus II. typu na PAD, nyní převod na inzulín. Štítná žláza v nezvětšená.

Imunologický systém	„Mám alergii na Penicilin, Zorem a Sedacoron.“	Lymfatické uzliny nejsou zvětšeny. Alergie na Penicilin, Zorem, Sedacoron. Nyní teplota těla v normě.
Kůže a její adnexa	„Přijde mi, že mi kůže na dolních končetinách prosakuje. Myslím, že má kůže je nyní hodně napjatá.“	Kůže je napnutá, namodralá, na dolních končetinách prosakuje tekutina přes kůži. Na akrech viditelná cyanóza.

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka je velice vstřícná, spolupráce s ní je dobrá. Kontrola fyziologických funkcí – 3x denně TT, 2x denně saturace, 1x denně tělesná váha. Vedena bilance tekutin (zaveden PMK). Kontrola 3x denně glykémie. Na PHK zavedena IVK – nejeví známky infekce.

Popis aktivit denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Mám cukrovku, tak dodržuji určitá pravidla. Do svého jídelníčku zařazuji hodně tmavé pečivo, ovoce, zeleninu a dostatek tekutin.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Tady v nemocnici mám dietu č. 9. Byla tady dietní sestřička a s tou jsme se domluvili, že mi budou dávat více tmavého pečiva“	Jako diabetička má naordinovanou stravu číslo 9, proběhla konzultace s nutriční terapeutkou. Jí celé porce, sama.

Příjem tekutin	Doma	„Ráno si vařím čaj, během dne popíjím obyčejnou vodu, snažím se vypít 1,5 l za den.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Tady mám na stolečku termosku s hořkým čajem, nechávám si kupovat i minerální vody s malým obsahem soli.“	Pacientka je dostatečně hydratována. Příjem tekutin činí 1500 ml - 2000 ml/24 hodin.
Vylučování moče	Doma	„Doma jsme si o francouzských holích sama došla na toaletu.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Nejde mi teď se moc pohybovat, mám zavedený PMK.“	Pacientka se nyní moc dobře nepohybuje. Má zavedený PMK. PMK je zavedený i z důvodu sledování diurézy.
Vylučování stolice	Doma	„Doma jsme si o holích sama došla na toaletu.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Musím si zazvonit na sestřičku. Přes den mě vozí na vozíku na WC, špatně se mi dýchá a bolí mě záda.“	Pacientka si zvoní o mísu nebo vozík. Doposud byla pacientka na stolici 4x.

Spánek a bdění	Doma	„Se spánkem mám potíže. Často se mi špatně dýchá, nebo mě bolí záda, několikrát za noc se probudím, dlouho nemůžu usnout.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Zde se mi spí dobře. Dostávám léky od bolesti a i na spánek. Celou noc mi jede kyslík a tak se mi i lépe dýchá.“	Pacientka usíná kolem desáté. Spí celou noc.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Ráda si čtu, koukám na televizi, procházím se přírodou.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Moc se tady toho nedá dělat. Čtu si, koukám na televizi, povídám si se spolupacientkami.“	Pacientka čte, dívá se na televizi.
Hygiena	Doma	„Doma mi pomáhala s koupáním dcera. Učesat se, vyčistit si zuby a obleknout se, jsem zvládala sama.“	Nelze hodnotit.

	V nemocnici	„Zde mi pomáhají sestřičky, každé ráno mě berou na vozíku do sprchy.“	Pacientka je omezená v pohybu. Každé ráno je brána n vozíku do sprchy, zde se snaží umývat sama. Je nutná dopomoc pouze u umývání zad a vlasů. Kafrovým krémem jsou promazána záda. Výměna ložního prádla dle potřeby.
Samostatnost	Doma	„Nyní nejsem moc samostatná, dcera mi hodně pomáhá.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Mám tady vše při ruce. Najím se, napiji se sama. Pokud potřebuji více pomoc, zazvoním si na sestřičku.“	Kategorie č. 3. Nutná dopomoc v běžných každodenních činnostech.

Popis psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Jsmo při vědomí, vše si pamatuji.“	Pacientka při vědomí.
Orientace		„Vím, kde jsme, jak se jmenuji, kolik je hodin, co je dnes za den a jaké je datum.“	Pacientka je orientovaná, osobou, místem i časem.
Nálada		„Mám strach, jak to vše dopadne.“	Pacientka verbalizuje své pocity strachu o svůj zdravotní stav.
Paměť	Staropaměť	„Myslím, že mám dobrou paměť.“	Pacientka si vybavuje věci z dávné minulosti.
	Novopaměť	„Myslím, že si většinu věcí pamatuji.“	Pacientka se si pamatuje kdo je, co se kolem ní děje, co se po ní vyžaduje. Orientovaná místem, čase a osobou.
Myšlení		„Myslím, že dokážu pochopit, co se po mě chce.“	Pacientka chápe požadavky, vyhoví na výzvu.
Temperament		„O svých pocitech moc často nahlas nemluví.“	Pacientka je komunikativní, otevřená, klidná, usměvavá.
Sebehodnocení		„Vždy mě napadají otázky, že jsem mohla v životě udělat něco lépe, ale jinak jsem sama se sebou spokojená.“	Pacientka je sama se sebou spokojená. O sobě mluví kladně. S životem je spokojená, na nic si nestěžuje.

Vnímání zdraví	„Vždy je nejdůležitější zdraví. Doufám, že se brzy vše upraví do normálu.“	Chápe, co se s ní děje. Lékařem byla řádně informována o svém zdravotním stavu, případných komplikací a vyšetření.
Vnímání zdravotního stavu	„Zrovna se necítím zdravá, necítím se vůbec dobře, ale věřím, že bude lépe.“	Pacientka verbalizuje své obavy. Seznámena lékařem i sestrou (dle svých kompetencí) o dalších postupech.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Už nejsem nejmladší.“	V hlase pacientky se stále objevují obavy.
Reakce na hospitalizaci	„Jsem ráda, že jsem v nemocnici, alespoň se to nějak vyřeší.“	Reakce je přiměřená současné situaci pacientky.
Adaptace na onemocnění	„Cítím se lépe.“	Pacientka se přiměřeně adaptuje na onemocnění.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Mám strach, co bude dál.“	Pacientka má obavy o budoucnost.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	„Není to poprvé, co ležím v nemocnici. Nemám negativní zkušenosti.“	Pacientka byla v minulosti už několikrát hospitalizována. Vše vždy probíhalo bez problému.

Popis sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Nemám problém si s Vámi povídat.“	Pacientka je velice vstřícná. Odpovídá bez problému na jakýkoliv můj dotaz.
	Neverbální	„O svých pocitech málo kdy mluvím, často mě však prozradí moje oči.“	Neverbální komunikace je přiměřená.
Informovanost	O onemocnění	„Paní doktorka mi toho hodně pověděla o mé nemoci. Vzhledem k mým častým hospitalizacím jsem už mnoho věcí sama pochopila.“	Pacientka subjektivně udává dostačující informace o svém onemocnění.
	O diagnost. metodách	„Podstoupila jsem už řadu vyšetření.“	Pacientka zatím všechna vyšetření pochopila.
	O léčbě a dietě	„Dietu mám stejnou, na tom se nic nemění.“	Pacientka zná svou dietu.
	O délce hospitalizace	„Paní doktorka říkala, že zatím musíme vydržet.“	Pacientka chápe nutnost hospitalizace.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Nyní asi hraji roli pacientky.“	Žena 68 let.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem žena, matka, sestra, babička, prababička.“	Nyní pacientka hraje roli pacientky.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Nyní nad tímto moc nepřemýšlím.“	Pacientka chápe svoji situaci a tak k ní i přistupuje.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 20. 2. 2013

Ordinovaná vyšetření:

Glykemický profil.

Výsledek: hodnoty glykemií byly v normě, dle nich byly ordinovány dávky inzulínu

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 9

Pohybový režim: pacientka je v rámci lůžka soběstačná, v teplotní tabulce má pacienta uveden pohybový režim klidový, WC vozík nebo mísa

RHB: aktivní s rehabilitačním pracovníkem

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:

Per os:

Cardilopin 10 mg 1 - 0 - 0

Betaloc Zok 200 mg 1 - 0 - 0

Furon 40 mg 2 - 0 - 0
Verospiron 25 mg 1 - 0 - 0
Apo-allopurinol 100 mg 0 - 1 - 0
Novalgín 500 mg 1 - 1 - 1
Palladone 2 mg 9 h, 21 h
Palladone 8 mg 9 h, 21 h

Intravenózní:

Furosemid 20 mg 8 h, 16 h

Subcutanní:

NovoMix 30 dle glyk. profilu
Clexane 0,8 ml 9 h, 21 h

Jiná: kyslíková terapie, dle potřeby nemocné 2 - 3 litry za minutu.

Chirurgická léčba: neindikována

SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 20. 2. 2013

Pacientka L. P. 68 let, přivezena 16. 2. 2013 RZP pro celkové zhoršení stavu, dušnost, zvýšenou TT. Pacientka hospitalizována na interním oddělení, zde nyní několikátá hospitalizace.

Čtvrtý den od přijetí je pacientka stále dušná, cyanóza rtů trvá. Dýchání ztížené, počet dechů 25/min. Celý den kontinuální oxygenace kyslíkovými brýlemi. Naměřená saturace bez kyslíku 87 %, s kyslíkem 93 %. Barva kůže lehce promodralá, barva sklér bílá. Pulz nepravidelný o frekvenci 106 za minutu. Tlak krve 145/85 mmHg. Tělesná teplota naměřena 37,6 °C. Na předloktí pravé horní končetiny zaveden periferní žilní katétr, nyní 2. den, nejeví známky infekce. Pacientka má zavedený i permanentní močový katétr, nyní 4. den, nejeví známky infekce. Otoky dolních končetin stále trvají. Bolesti LS páteře jsou na analogové škále bolesti 8. Je nastavena opiátová léčba. Pohyblivost je omezená a to z důvodu dušnosti, otoků a bolestí LS páteře. Pacientce je

strava donášena k lůžku, nají se sama. Je zajištěna dopomoc při hygieně. Pacientce se v noci spí dobře. S hospitalizací je smířená, těší se domů.

Stanovení sesterských diagnóz ze dne 20. 2. 2013 a jejich uspořádání podle priorit:

Aktuální diagnózy:

1. Porucha dýchání z důvodu onemocnění srdce, projevující se cyanózou rtu, cyanózou kůže na akrálních částech těla a zrychleným dýcháním (25 dechů za minutu).
2. Subfebrilie vzhledem k zátěži organismu, projevující se naměřenými hodnotami 37,6 °C.
3. Akutní bolest z důvodu onemocnění LS páteře, projevující se verbalizací na analogové škále bolesti číslem 8.
4. Změna ve vylučování moči z důvodu zavedení permanentního močového katétru, projevující se vymizením pocitu naplněného močového měchýře.
5. Zvýšený objem tělesných tekutin vzhledem k onemocnění srdce, projevující se otoky dolních končetin.
6. Zhoršená pohyblivost v důsledku dušnosti, projevující se nesoběstačností v aktivitách denního života.

Potencionální diagnózy:

7. Riziko pádu vzhledem k antihypertenzivní léčbě.
8. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů (IVK, PMK).
9. Riziko vzniku zácpy z důvodu omezené pohyblivosti a léčbě diuretiky.

Sesterská diagnóza:

1. Porucha dýchání z důvodu onemocnění srdce, projevující se cyanózou rtu, cyanózou kůže na akrálních částech těla a zrychleným dýcháním (25 dechů za minutu).

Cíl: Pacientce se bude lépe dýchat.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria:

- Pacientka verbalizuje zlepšené dýchání do konce hospitalizace.
- Saturace krve neklesne pod 93 % bez kyslíku do konce hospitalizace.
- Fyzikální funkce jsou ve fyziologických hodnotách do konce hospitalizace.
- Pacientka umí zaujmout vhodnou úlevovou polohu do 1 hodiny.

Plán intervencí:

- Zajisti vhodnou polohu (Fowlerova, ortopnoická) – sestra, zdravotnický tým.
- Podej zvlhčený kyslík dle ordinace lékaře – sestra.
- Sleduj fyziologické funkce – TK, D, P, saturace, vědomí – sestra.
- Poskytni pacientovi psychickou podporu – sestra, zdravotnický tým.
- Sleduj laboratorní výsledky (astrup) – sestra.
- Zajisti pravidelné větrání pokoje, dostatek čerstvého vzduchu – sestra, zdravotnický tým.
- Zajisti dechovou rehabilitaci – sestra.
- Zajisti úpravu denního režimu tak, aby se pacientka moc nenamáhala – sestra, zdravotnický tým.

Realizace:

- 10:30 hod. pacientka verbalizuje zhoršené dýchání.
- 10:32 hod. pacientka uložena do Fowlerovi polohy.
- 10:35 hod. informován lékař.
- 10:40 hod. změřeny fyziologické funkce (TK: 148/90, P: 104/min, saturace: s kyslíkem 91 %, D: 26/min).
- Dále pokračujeme v naplánovaných intervencích.

Hodnocení:

- Dýchání se postupně zlepšuje.

- Pacientka je stále na kontinuální oxygenaci kyslíkovými brýlemi.
- Cíl nebyl splněn, nadále pokračujeme v naplánovaných intervencích.

Sesterská diagnóza:

2. Subfebrilie vzhledem k zátěži organismu, projevující se naměřenými hodnotami 37,6 °C.

Cíl: Pacientka bude mít tělesnou teplotu v normě.

Priorita: Střední.

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná fyziologické hodnoty tělesné teploty do 20 minut.
- Pacientka zná podstatu hydratace s ohledem na užívání diuretik do 2h.
- Pacientka má po celou dobu hospitalizace čisté a suché osobní i ložní prádlo.

Plán intervencí:

- Sleduj tělesnou teplotu 3x denně – sestra.
- Podávej antipyretika dle ordinace lékaře a sleduj účinek – sestra.
- Sleduj bilanci tekutin - sestra.
- Zajisti dostatečnou hydrataci – sestra, zdravotnický tým.
- Zajisti klidné prostředí – sestra, zdravotnický tým.
- Zajisti dostatek suchého osobního a ložního prádla – setra, zdravotnický tým.

Realizace:

- U pacientky sledujeme 3x denně tělesnou teplotu. Všechny změny jsou hlášeny lékaři. Dle ordinace lékaře, jsou podávány léky a sledujeme jejich účinek. Nadále je sledována bilance tekutin. Pacientka má dostatek suchého ložního i osobního prádla.

Hodnocení:

- Ráno byla pacientka subfebrilní – 37,6 °C. Podána antipyretika dle ordinace lékaře.
- V poledne byla pacientka afebrilní – 36,6 °C.
- Večer byla pacientka afebrilní – 36,3 °C.
- Cíl byl splněn částečně, nadále pokračujeme v naplánovaných intervencích.

Sesterská diagnóza:

3. Akutní bolest z důvodu onemocnění LS páteře, projevující se verbalizací na analogové škále bolesti číslem 8.

Cíl: Zmírnit bolest.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria:

- Pacientka umí popsat intenzitu bolesti a ukázat na analogové škále bolesti do 2 hodin.
- Pacientka umí využívat úlevovou polohu do 2 hodin.
- Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti do 3 dnů.

Plán intervencí:

- Sleduj lokalizaci, intenzitu a typ bolest – sestra.
- Zajisti úlevovou polohu – sestra, zdravotnický tým.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře – sestra.
- Sleduj a zaznamenávej účinky analgetik – sestra.

Realizace:

- 11:15 hod. pacientka si stěžuje na bolest LS páteře.
- 11:20 hod. bolest hodnotí na analogové škále číslem 6.
- 11:25 hod. pacientka je uložena do úlevové polohy.
- 11:28 hod. naměřen TK: 160/100, P: 108/min.
- 11:30 hod. informován lékař.
- 11:45 hod. splněny ordinace lékaře.
- 12:00 hod. úleva, pacientka se cítí lépe, hodnocení bolesti na analogové škále je 3.
- Dále pokračujeme v naplánovaných intervencích.

Hodnocení:

- Pacientka zná a využívá techniku úlevové polohy.
- Pacientce jsou aplikována analgetika při vzestupu bolesti.
- Cíl byl splněn částečně, v plánu intervencí je potřeba nadále pokračovat.

Sesterská diagnóza:

4. Změna ve vylučování moči z důvodu zavedení permanentního močového katétru, projevující se vymizením pocitu naplněného močového měchýře.

Cíl: Pacientka zná příčinu změny ve vylučování moče.

Priorita: Střední.

Výsledná kritéria:

- Pacientka nepocítuje nepříjemné pocity souvislosti s permanentním katétrem.
- Pacientka verbálně sděluje pochopení nutnosti zavedení permanentního katétru.
- Pacientka zná důvod zavedení PMK do 2h hodin.
- Pacientka zná důvod vymizení pocitu naplnění močového měchýře do 2 hodin od zavedení PMK.
- Pacientka zná cviky na posílení močových reflexů do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

- Zajisti péči o permanentní močový katétr – setra, zdravotnický tým.
- Kontroluj průchodnost permanentního močového katétru – sestra.
- Zajisti výměnu PMK dle standartu oddělení - sestra.
- Sleduj vzhled a příměsi moče – sestra, zdravotnický tým.

Realizace:

- Při práci s PMK pracujeme dle aseptických zásad. Sledujeme vzhled moče a příměsi. O všech změnách informuje v čas lékaře a plníme jeho ordinace.

Hodnocení:

- Pacientka je dostatečně informována o důvodu zavedení PMK.
- Dostatečně zná zásady aseptické péče při manipulaci s PMK
- Cíl byl splněn, nadále pokračujeme v naplánovaných intervencích.

Sesterská diagnóza:

5. Zvýšený objem tělesných tekutin vzhledem k onemocnění srdce, projevující se otoky dolních končetin.

Cíl: Objem tekutin bude na funkční úrovni.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná důvod omezení příjmu tekutin do 24 hodin.
- Pacientka zná důvod omezení příjmu soli do 24 hodin.
- Pacientka je schopna si sama zapisovat příjem tekutin do 2 hodin od vysvětlení.

Plán intervencí:

- Sleduj a zaznamenávej příjem a výdej tekutin do dokumentace – sestra.
- Sleduj a zaznamenávej hmotnost pacienta – sestra.
- Sleduj otoky dolních končetin – sestra, zdravotnický tým.
- Vysvětli nutnost omezení soli a tekutin, zajisti kontakt s dietní sestrou – sestra.
- Věnuj zvýšenou péči kůži a sliznicím – sestra.
- Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj účinky – sestra.

Realizace:

- Každý den je u pacientky sledována bilance tekutin, její tělesná hmotnost, otoky končetin. Byla zajištěna i konzultace s dietní sestrou, která pacientce objasnila nutnost omezení solí a tekutin. V časových intervalech, dle ordinace lékaře jsou podávány léky a sleduje se jejich účinek.

Hodnocení:

- Příjem tekutin 1500ml/den.
- Výdej 2000ml/den.
- Cíl byl splněn částečně, je nutno pokračovat v naplánovaných intervencích.

Sesterská diagnóza:

6. Zhoršená pohyblivost v důsledku dušnosti, projevující se nesoběstačností v aktivitách denního života.

Cíl: U pacientky dojde k obnovení samostatnosti.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria:

- Pacientka je schopna si sama dojít na WC do konce hospitalizace.
- Pacientka se sama prochází po chodbě do konce hospitalizace.
- Pacientka je schopna si sama dojít do jídelny do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

- Edukuj o klidu na lůžku – sestra.
- Edukuj o pohybu mimo lůžko pouze se setrou, rehabilitační pracovníkem – sestra.
- Zajisti spolupráci fyzioterapeuta – sestra, lékař.
- Zajisti kondiční a dechové cvičení několikrát denně (3-4 minuty) – sestra.
- Pouč o bezpečnosti a prevenci pádu – sestra.
- Motivuj k samostatnosti – sestra.
- Postupně zvyšuj, po konzultaci s lékařem, pohybovou zátěž klientky

Realizace:

- 10:25 hod. pacientka si zvoní o vozík na WC.
- 10:28 hod. sestra motivuje pacientku k tomu, aby společně s ní šla na WC.
- 10:30 hod. pacientka se snaží za pomoci sestry vstát z lůžka.
- 10:33 hod. pacientka vstala, snaží se udělat pár kroků.
- 10:40 hod. pacientka společně se setrou došla do půl cesty na WC a dál už nemůže.
- 10:41 hod. sestra dováží vozík.
- 10:43 hod. sestra odváží pacientku na WC.
- Je nutno dále pokračovat v naplánovaných intervencích.

Hodnocení:

- Pacientka se snaží, je motivovaná sama zvládnou dojít na WC. Její zdravotní

stav to zatím neumožňuje v takové míře, jak by si to sama přála.

- Cíl byl tedy splněn částečně a dále pokračujeme v naplánovaných intervencích.

Celkové hodnocení:

Pacientka L. P., ve věku 68 let s hlavní diagnózou chronické selhání srdce – cor pulmonale přivezena 16. 2. 2013 RZP pro celkové zhoršení stavu, dušnost, zvýšenou TT. Po čtyřech dnech hospitalizace jsme pacientku posoudili jak po psychické tak fyzické stránce. Stanovili jsme diagnózy a ty následně rozpracovali.

U většiny sesterských diagnóz byl cíl splněn částečně. Je důležité upozornit na to, že většiny sesterských diagnóz jsou cíle dlouhodobé. I přesto byly vnímány pacientkou velmi pozitivně.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Péče o nemocného s chronickým selháním srdce se odvíjí od příznaků, které toto onemocnění provázejí. Ne u každého nemocného jsou stejné, a proto je důležité přistupovat ke každému jedinci individuálně.

Léčba u chronického selhání srdce zahrnuje životní styl, výživu, farmakoterapii, ale také chirurgickou léčbu. Cílem léčby není jen zkvalitnění života jedince, ale také jeho prodloužení. Důležitá je motivace nemocného, která může být doplněna psychoterapií.

Doporučení pro sestry:

- Získat nemocného pro spolupráci!
- Motivovat nemocného.
- Nezlehčovat problémy nemocného.
- Edukovat nemocného o onemocnění, o nutnosti brát léky v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře.
- Edukovat rodinu nemocného.
- Dbát na své zdraví- prevence bolesti zad.
- Vysvětlit nemocnému nutnost hospitalizace.

Doporučení pro nemocného:

- Spolupracovat!
- Dodržovat pokyny lékaře a sestry.
- Pozitivně myslet.
- Kontakt s nemocným se stejnou diagnózou.
- Dodržovat pravidla zdravého životního stylu (nekouřit, omezit solení...)

Doporučení pro rodinu:

- Pozitivně motivovat nemocného, podporovat ho.
- Nevyvolávat v nemocném pocity méněcennosti.
- Neklást na nemocného velké psychické i fyzické nároky.

- Podle možnosti upravit režim rodiny a sladit s režimovými opatřeními související s chorobou nemocného.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala ošetrovatelským procesem u nemocného s chronickým onemocněním srdce. Práce byla rozdělena na dvě části. V první část se zabývala problematikou onemocnění a druhá část problematikou ošetrovatelského procesu.

V práci jsme se dozvěděli, že není podstatné se zabývat onemocněním jen po medicínské stránce, ale také především po ošetrovatelské stránce. Kdy se ke každému jedinci musí přistupovat individuálně s ohledem na bio-psycho-sociální a spirituální stránku.

Bakalářská práce by mohla sloužit jako podklad pro nemocného s chronickým onemocněním srdce, pro příbuzné nemocného, ale také pro sestry.

Pacientka, u které byl vykonáván ošetrovatelský proces, byla velmi vstřícná a ochotná. Naplánované intervence se jí líbí a bude v nich nadále pokračovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné monografické publikace

1. ADÁMKOVÁ, Věra, 2010. *Nemocné srdce, aneb, Nemoc není bezmoc*. 1. vyd. Brno: Facta Medica, 152 s. ISBN 978-80-904260-7-8.
2. BÝMA, Svatopluk a Jaromír HRADEC, 2009. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2009*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 12 s. ISBN 978-80-86998-32-9.
3. FEJFAR, Zdeněk et al., 2001. *Česká kardiologie a kardiologové: črty z historie*. 1. vyd. Praha: Galén, 330 s. ISBN 80-7262-102-5.
4. HRADEC, Jaromír a Svatopluk BÝMA, 2011. *Chronické srdeční selhání: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 16 s. ISBN 978-80-86998-48-0.
5. HRADEC, Jaromír a Jiří SPÁČIL, 2001. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Editor Pavel Klener. Praha: Karolinum, 359 s. Scripta. ISBN 80-246-0291-1.
6. CHALOUPKA, Václav et al., 2003. *Zátěžové metody v kardiologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 293 s. ISBN 80-247-0327-0.
7. JANSÁ, Pavel, 2002. *Cor pulmonale: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 184 s. ISBN 80-7254-251-6.
8. KARGES, Wolfram J a Sascha al DAHOUK, 2011. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. 1. vyd. Přeložila Jana Bernardová. Praha: Grada, 426 s. ISBN 978-802-4731-087.

9. KITTNAR, Otomar et al, 2011. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 790 s. ISBN 978-802-4730-684.
10. KOLÁŘ, Jiří, 2003. *Kardiologie: pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3. vyd. Praha: Akcenta, 411 s. ISBN 80-862-3206-9.
11. LUKL, Jan, 2004. *Klinická kardiologie: stručně*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 270 s. ISBN 80-244-0876-7.
12. MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ, , 2012. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 347 s. ISBN 978-80-247-0785.
13. MÁLEK, Ivan, 2004. *Transplantace srdce: pohled kardiologa*. 1. vyd. Praha: Triton, 108 s. ISBN 80-7254-510-8.
14. NIEDERLE, Petr, 1990. *Vleklé srdeční selhání: co je to a jak s ním žít? : příručka pro nemocné*. 1. vyd. Praha: Triton, 14 s. ISBN 80-725-4063-7.
15. O'ROURKE, R., R. WALSH a V. FUSTER, 2010. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. 1. české vyd. Přeložila Hana Pospíšilová. Praha: Grada, 767 s. ISBN 978-802-4731-759.
16. PIRK, Jan, MATYÁŠOVÁ, Jana, 2007. *Srdce a srdíčka Jana Pirka*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 234 s. ISBN 978-80-7106-923-2.
17. STROOBANDT, Roland, S. BAROLD, Alfons F. SINNAEVE, 2009. *Implantable cardioverter-defibrillators step by step: an illustrated guide*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 427 s. ISBN 14-051-8638-0.
18. SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 2.vyd. Brno: Tribun EU, 280 s. ISBN 978-80-263-0001-4.

19. SOVOVÁ, Eliška, ŘEHOŘOVÁ, Jarmila, 2004. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 156 s. ISBN 978-802-4710-099
20. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
21. ŠPINAR, Jindřich et al., 2007. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání: guidelines ČKS 2006: kapesní verze*. Brno: Česká kardiologická společnost, 34 s. ISBN 978-80-239-9326-4.
22. ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC, 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada, 254 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
23. ŠTEJFA, Miloš, 2006. *Kardiologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 776 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
24. TRACHTOVÁ, Eva, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
25. VIEFHUES, Herber et al., 1991. *Chronic heart failure*. New York: Springer-Verlag, 282 s. ISBN 03-875-3677-9.
26. WIDIMSKÝ, Jiří, 2003. *Selhání srdce: stručná verze 2004*. 4. vyd. Praha: Triton, 279 s. ISBN 80-7254-464-0.

Internetové zdroje

1. Česká kardiologická společnost, o. p. [online]. [cit. 2013-4-27].
<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=90>
2. Nemocnice Jihlava [online]. [cit. 2013-2-11].
Dostupné z: <http://www.nemji.cz/telemetrie/d-3946/p1=3401>

3. Ordinace.cz [online]. [cit. 2013-4-13].
Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/holterovuv-monitor/>
4. Solen [online]. [cit. 2013-3-9].
Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/05/06.pdf>
5. Vitalion [online]. [cit. 2013-3-9].
Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/srdecni-selhani/>
6. ZDN.CZ [online]. [cit. 2013-4-13].
Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/chronicke-srdecni-selhani-v-ambulantni-peci-457275>

Časopis

1. KŘEČKOVÁ, Markéta, 2011. *Chronické srdeční selhání v ambulantní péči*.
Sestra. č. 1, s. 34-38. ISSN 1210-0404

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše

TITULNÍ LIST K REŠERŠI			
Číslo rešerše	126/2012		
Název	Chronické selhání srdce		
Překlad názvu	Chronic heart failure		
Charakteristika	výběrová		
Použité prameny	OPAC knihovny, Caslin, ANL, BMČ, EBSCO		
Druh dokumentů	knihy, články, sborník		
Časové rozpětí	1991 - 2012		
Jazyk(y)	čeština, angličtina		
Počet záznamů	92	Počet stran (A4)	11
Klíčová slova	chronické nemoci, srdeční selhání, ošetřovatelství		
Třídníky MDT	616-036.1 616.12-008.46 616-083		
Obor	přírodní vědy a technika		
Charakteristika žadatele	všeobecná sestra		
Způsob zadání	elektronicky		
Účel rešerše	bakalářská práce		
Datum zadání	13. 10. 2012		
Termín zpracování	26. 11. 2012		
Datum zpracování	15. 11. 2012		
Zpracoval(a)	Mgr. Marie Štyndlová		