

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM**

Bakalářská práce

ADÉLA HANZLÍKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová

Praha 2016



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

Hanzlíková Adéla
3. CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 9. 11. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým srdečním selháním

*The Nursing Process in the Case of a Patient with Chronic Heart
Failure*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

V Praze dne: 9. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Adéla Hanzlíková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat zejména vedoucímu bakalářské práce PhDr. Karolíně Moravcové za poskytnutí cenných rad, námětů a podkladů pro vypracování této práce.

Poděkování též patří mé rodině za podporu a trpělivost během celé doby studia.

ABSTRAKT

HANZLÍKOVÁ Adéla. Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým srdečním selháním. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha. 2016. 59str.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta s chronickým srdečním selháním. Cílem bakalářské práce je sestavit kvalitní plán ošetrovatelské péče o pacienta a poukázat na důležitou roli všeobecné sestry během hospitalizace. V teoretické části jsou zmíněny druhy a příčiny srdečního selhání, dále je teoretická část věnována diagnostice a léčbě chronického srdečního selhání. V praktické části je zpracována kazuistika dle modelu funkčních vzorců Marjory Gordonové. Při zpracovávání bakalářské práce bylo vycházeno z vlastních zkušeností, uvedených zdrojů literatury a rozhovorů s pacientkou.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kardiologie. Ošetrovatelská péče. Srdeční selhání.

ABSTRACT

HANZLÍKOVÁ Adéla. The Nursing Process in the Case of a Patients with Chronic Heart Failure – case interpretation. College of Nursing, o.p.s. Level of Qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolína Moravcová. Praha. 2016. 59p.

The subject of this bachelor's thesis is nursing care for patients with chronic heart failure. Its objective is to design a quality nursing care program for such patients and to draw attention to the key role which the general nurse may play in the course of hospital stays. The theoretical part mentions the various types and causes of heart failure; an additional section is set aside for describing the diagnostics and treatment of chronic heart failure. The practical part consists of a case study based on Marjory Gordon's model of functional health patterns. This bachelor's thesis builds upon the author's own practical experience, the cited literature, and interviews with the patient.

KEY WORDS

Cardiology. Heart failure. Nursing care.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1. HISTORIE	14
1.2 HISTORIE LÉČBY SRDEČNÍHO SELHÁNÍ.....	15
2. CHRONICKÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ	16
2.1 CHRONICKÉ LEVOSTRANNÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ	16
2.2 CHRONICKÉ PRAVOSTRANNÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ	17
3. ZÁKLADNÍ DIAGNOSTICKÉ METODY	18
3.1 TELEKARDIOLOGIE	19
3.2 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY U VYBRANÝCH OŠ. METOD	20
4. FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ.....	21
5. REŽIMOVÁ A DIETNÍ OPATŘENÍ.....	22
6. CHIRURGICKÁ LÉČBA	24
6.1 PŘÍSTROJOVÁ LÉČBA	24
6.2 MECHANICKÉ PODPORY	25
6.3 TRANSPLANTACE SRDCE.....	25
7. SPECIÁLNÍ PROBLÉMY U CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ.....	26
8. KOMUNIKACE	27
9. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM	28
9.1 POLOHA A POHYBOVÝ REŽIM	28
9.2 MONITORACE	28
9.3 VÝŽIVA A VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	29
9.4 HYGIENICKÁ PÉČE.....	29
9.5 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY	29
9.6 PODÁVÁNÍ LÉKŮ	30
10. KAZUISTIKA	31
10.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE PACIENTA.....	31
10.2 POPIS FYZICKÉHO STAVU PŘI PŘÍJMU.....	34
10.3 POSOUZENÍ STAVU DLE MODELU MARJORY GORDON	35

10.4 MEDICÍNSKÝ MENEGAMENT	38
10.5 SITUAČNÍ ANALÝZA.....	39
10.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	41
10.7 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE	53
10.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	54
10.9 EDUKACE PACIENTA.....	56
11. ZÁVĚR	57
SEZNAM LITERATURY	58
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka1 Stav pacientky při přijetí.....	34
Tabulka2 Stav pacientky po návratu na oddělení.....	41

SEZNAM ZKRATEK

BMI	body mass index
CMP	cévní mozková příhoda
CHOPN.....	chronická obstrukční plicní nemoc
DK	dolní končetina, dolní končetiny
DKMP.....	dilatační kardiomyopatie
EKG	elektrokardiogram
FIS	fibrilace síní
GIT	gastrointestinální trakt
GCS	glasgow comascale
HK	horní končetina, horní končetiny
ICD	implantace kardioverter-defibrilátoru
ICHS	ischemická choroba srdeční
INR	protrombinový čas
mmol	milimol
OTS.....	ortotopická transplantace srdce
PVK	periferní venózní katétr
SIN	sinusový rytmus
SpO2	saturace krve kyslíkem
TK	tlak krve
VAS	vizuální analogová škála

(VOKURKA, 2011)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání

Anasarka-prosáknutí tkání vodou

Ascites- zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní

Antikoagulační – působící proti srážení krve

Atrioventrikulární – týkající se srdečních síní a komor

Dekurs – denní záznam o průběhu nemoci

Depolarizace – ztráta napětí

Dysfunkce – narušená nebo odchylná funkce orgánů

Excitační – stimulace, vybuzení, povzbuzení

Hemodynamickým – popis oběhu krve na základě fyzikálních principů

Implantace – vsazení, zasazení

Indikace – stanovení léčebného režimu

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Izokorické – stejně veliké

Kontraindikace – okolnost nebo stav pacienta vylučující některé léčebné postupy

Manifestace – projev onemocnění dosud skrytého

Oxygenoterpie – léčba kyslíkem

Per os – užívání ústy

Periferní – okrajový

Peristaltika – pozvolný rytmický pohyb stěn některých dutých orgánů

Perorální – podávaný ústy

Presynkopa – pocit na omdlení

Prevalence – demografický ukazatel, poměr počtu nemocných k počtu obyvatel

Progredovat – postupovat, zhoršovat se

Presorický - regulující krevní tlak

Recidiva – návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které vymizely příznaky

Reentry – opětný vstup elektrického proudu do určitého místa srdečního svalu

Rezistence - odolnost

Symptomatický – příznačný, zaměřený na příznaky

Synkopa - mdloba

Trikuspidální – týkající se trojicípe chlopně

Turgor – napětí kůže

Tyreotoxikóza - onemocnění z nadměrného množství hormonu štítné žlázy v krvi

Vertikalizace – pomalé uvedení pacienta

(VOKURKA, 2011)

ÚVOD

Cílem bakalářské práce bylo zpracovat kazuistiku u pacienta s chronickým srdečním selháním. Toto téma je aktuální z mnoha důvodů. Jedním z nich je fakt, že vlivem civilizačních chorob a životního stylu, kardiovaskulárních onemocnění neustále přibývá. Dalším důvodem je, že pracuji na oddělení kardiologie v Institutu klinické a experimentální medicíny, kde se s pacienty s chronickým srdečním selháním denně setkávám. Tato bakalářská práce by mohla být i dobrým informačním zdrojem pro ty, kdo se rozhodnou nastoupit do praxe právě na oddělení kardiologie.

V teoretické části je popsáno dělení srdečního selhání a rizikové faktory vyvolávající toto onemocnění. Dále se teoretická část zabývá projevy onemocnění, diagnostikou, terapií a prognózou chronického srdečního selhání.

V praktické části je zpracována anamnéza pacienta, stav při přijetí a průběh hospitalizace. Na základě odebrané ošetrovatelské anamnézy byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a cíle ošetrovatelské péče dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon a dle ošetrovatelských diagnóz NANDA 2012-2014. V neposlední řadě je věnována pozornost psychosociální stránce onemocnění a edukaci nemocného. Při zpracování bakalářské práce bylo vycházeno z vlastních zkušeností, z uvedených zdrojů literatury z rozhovorů s pacientkou a ošetřujícím personálem. To vše se souhlasem pacientky i náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči a kvalitu v Institutu klinické a experimentální medicíny.

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým srdečním selháním, proběhlo v časovém období listopad 2015 až prosinec 2015. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází Medvik- katalog knih Národní lékařské knihovny, Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ) – články a Ovid Medline. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém kardiologie, ošetrovatelská péče a srdeční selhání.

Jako vstupní literatura byla použita Kardiologie pro sestry intenzivní péče od MUDr. Jiřího Koláře a Transplantace srdce od prof. MUDr. Jana Pirka.

TEORETICKÁ ČÁST

„Nelze dobře poznat nějakou vědu, neznáme-li její historii.“

(Auguste Comte)

1 HISTORIE

Pojem „kardiologie“ byl zřejmě poprvé použit v roce 1847. Šlo o název specializace, která se zabývá diagnostikou a léčbou nemocí srdce a cév a která se také zabývá teoriemi o činnosti srdce. Nicméně srdce fascinovalo lidi již tisíce let před naším letopočtem. Většina vyspělých společností považovala srdce za sídlo životního principu. Sumerští básníci popisovali srdce jako orgán rozumu a pocitů a jako hnací sílu při úsilí o nesmrtelnost. Asi 2500 let před n.l. lidé věděli, že krev představuje život a proto ji považovali za nejcennější dar, odtud pochází zvyk krvavých obětí pro bohy nebo zpečetění bratrství právě krví. Egypťané věřili, že se v srdci uchovávají všechny dobré i zlé činy a hromadí se v něm hříchy. Proto při balzamování zacházeli se srdcem s úctou a ponechávali ho v těle nebo ho pohřbívali odděleně ve speciálních kanopách. Při posmrtném soudu Egypťané srdce vážili a čím těžší bylo, tím bylo hříšnější. Nejstarší dochovaný záznam o znalostech srdce je ve Smithově chirurgickém papyru z 16. stol. před n.l., kde autor poprvé připisuje periferní tep k činnosti srdce. Staří Číňané považovali srdce za centrum intelektu a pocitů. V Kánonu lékařství se píše, že všechna krev je pod kontrolu srdce a krevní proud teče nepřetržitě a nikdy se nezastaví, což svědčí o jistých znalostech krevního oběhu. Naproti tomu Číňané považovali krev za sídlo chorob. Věřili tomu, že hříchy člověka se během života hromadí v krvi a odtud vzniká názor, že krevní transfúze, může změnit charakter člověka. V antice byl za největšího myslitele považován Platón, který označil srdce za pramen krve a uzel všech žil. Na jeho učení navázal i Galén, který určil srdce za místo vnitřního žáru a plíce podle něj měly za úkol ochlazování dopravou čerstvého vzduchu.

(KUTNOHORSKÁ, 2010), (RIEDEL, 2009)

1.2 HISTORIE LÉČBY SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

Srdeční selhání je konečnou formou téměř všech onemocnění srdce. Od dob antického Řecka až téměř do 19. století spočívala léčba edémů, hlavních příznaků srdečního selhání, v podávání projímadel, omezování příjmu tekutin, potních kúrách a v odstraňování edémové tekutiny. Phillip Karrell, osobní lékař cara Alexandra III., zjistil, že potrava zatěžuje srdce. Proto k léčbě vodnatelnosti v roce 1866 doporučil dietu, což bylo jen 800 ml mléka denně. Tato dieta se ordinovala 40 let, než se zjistilo, že její úspěšnost spočívá hlavně v nízkém obsahu chloridu v mléce. Až počátkem 20. století byly profesorem Arthurem Robertsonem Cushnym experimentálně ověřeny účinky dixitalisu, tak jak je známe dnes. Jako první diuretikum byl na začátku století znám kofein a theobromin, který vyvinul S. Askanazy. Avšak i přes obrovský pokrok, v medicíně i ve farmakologii, který vědci udělali, není léčba srdečního selhání jednoduchá a není ani vždy úspěšná. (RIEDEL, 2009)

2 CHRONICKÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ

Srdeční selhání můžeme dle časového průběhu rozdělit na akutní a chronické. Chronické srdeční selhání je soubor řady symptomů, které jsou způsobeny nedostatečnou funkcí srdce. Vyskytuje se u 1-2% populace. Chronické srdeční selhání je stav, kdy i přes dostatečné plnění komor klesá minutový srdeční výdej a tak srdce nedokáže pokrýt metabolické potřeby tkání např. přívod O₂ a živin a odstranění CO₂. Příčinou srdečního selhávání může být porucha kontraktility myokardu, způsobená např. ischemickou chorobou srdeční (přibližně u 70% nemocných) nebo kardiomyopatií (přibližně u 10% nemocných). Dále příčinou srdečního selhávání může být zvýšené dotížení – presorická zátěž levé srdeční komory (např. aortální stenóza) nebo presorická zátěž pravé komory (např. stenóza plicnice). Další z příčin může být zvýšené předtížení – objemová zátěž (např. aortální nebo mitrální regurgitace). K méně častým důvodům srdečního selhání patří toxiny (např. alkohol, kokain), endokrinní příčiny (např. Cushingův syndrom) nebo stravovací návyky (např. obezita, kachexie). Podle projevů tedy rozdělujeme chronické srdeční selhání na selhání levé komory, pravé komory nebo obou komor. (SOVOVÁ, 2004), (WIDIMSKÝ, 2009)

2.1 CHRONICKÉ LEVOSTRANNÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ

Chronické levostranné srdeční selhání (levostranná srdeční insuficience) je stav, kdy srdce nedokáže vypudit okysličenou krev z levé komory a to vede k městnání krve v plicích. Mezi nejčastější příčiny levostranného srdečního selhání patří hypertenze, stav po infarktu myokardu se sníženou ejekční frakcí levé komory, srdeční vady a kardiomyopatie. Jako subjektivní příznaky levostranného srdečního selhání (levostranné insuficience) pacient udává nevykonnost a námahovou dušnost. V dalších stádiích se námahová dušnost mění na dušnost, při níž nedokáže pacient ležet a musí sedět nebo stát, má kašel, bolesti hlavy, nespavost, neklid a noční močení. Mezi objektivní příznaky řadíme tachykardii, bledé a studené periferie, městnání krve v plicním oběhu, rozšíření plicních žil, dilataci plicnice, plicní edém nebo malabsorbci při hypoperfuzi orgánů. (SOVOVÁ, 2004)

2.2 CHRONICKÉ PRAVOSTRANNÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ

Příčinou pravostranného srdečního selhání (pravostranné insuficience) bývají nejčastěji onemocnění, která vedou k plicní hypertenzi (např. CHOPN nebo plicní fibróza) a zvýšení tlaku v pravé komoře srdeční. Špatnou funkcí pravé strany srdce se snižuje minutový objem srdce. To vede k tomu, že krev přitékající z těla do pravé síně se zde měštná, protože srdce není schopno krev správně přečerpat. Mezi příznaky pravostranné insuficience řadíme dušnost, nechutenství, únavu, nespavost, otoky dolních končetin, zvýšené noční močení, ascites, zvětšení jater, periferní cyanozu a zvýšenou náplň krčních žil. Při těžkém srdečním selhání se může objevovat anasarka, ascites, hydroperikard nebo hydrotorax. Na RTG je viditelná dilatace pravé síně a pravé komory. (SOVOVÁ, 2004), (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006)

3 ZÁKLADNÍ DIAGNOSTICKÉ METODY

Pro stanovení diagnózy chronického srdečního selhání musí být přítomny příznaky a objektivně prokázaná porušená funkce srdce. Pro správnou diagnostiku je velice důležitá anamnéza pacienta. Zejména rodinná anamnéza bývá důležitá. Dále lékař zjišťuje anamnézu alergickou, pracovní, sociální a pro stanovení příčiny onemocnění bývají důležité i abúzy pacienta. Je podstatné, aby pacient dokázal popsat své subjektivní obtíže, obtíže pacientů s chronickým srdečním selháním jsou totiž velmi různorodé. Pro určení závažnosti onemocnění se nejčastěji užívá funkční klasifikace New York Heart Association (NYHA). Ta hodnotí schopnost pacienta snášet fyzickou zátěž (např. chůzi): třída I. bez omezení, třída II. omezení jen při velké zátěži, třída III. omezení i při malé zátěži (námahová dušnost aj.), třída IV. omezení i v klidu, tj. nemocný má dušnost a další příznaky už i v klidu. Mezi základní diagnostické metody patří fyzikální vyšetření pacienta, při němž lékař pomocí inspekce, pohmatu, poklepu a poslechu zhodnotí stav pacienta. Dále se u pacienta provádějí laboratorní vyšetření, kde se zjišťují hodnoty krevního obrazu, koagulace, hladiny elektrolytů, urey, kreatininu, glykemie, jaterních testů, kyseliny močové, hormonů štítné žlázy a zajišťuje se rozbor moči a sedimentu. Pro diagnostiku je přínosem i zjištění hladiny plazmatických koncentrací natriuretických peptidů (BNP, NT-pro BNP).

(ŠPINAR, 2012)

Mezi neinvazivní vyšetřovací metody používané k diagnostice srdečního selhání řadíme klidové EKG vyšetření. Při kterém lze zjistit přítomnost poruch srdečního rytmu např. fibrilace síní. Patologické vlny Q na EKG by mohly ukazovat na infarkt myokardu a EKG poskytuje i informace o případné hypertrofii levé komory. K dalším neinvazivním metodám patří echokardiografie, která vypovídá o stavu endokardu, myokardu, perikardu a určuje, zda je selhání srdce způsobeno systolickou či diastolickou dysfunkcí. Při echokardiografii lze i potvrdit či vyloučit vady chlopní. Neinvazivní metodou je i nativní RTG snímek srdce a plic, na kterém může být vidět kardiomegalie či intersticiální edém. K přesnému hodnocení myokardu levé a pravé komory je nejlepší možností magnetická rezonance. Mezi invazivní vyšetřovací metody používané k diagnostice chronického srdečního selhání řadíme selektivní koronarografii, která u nemocných s ischemickou chorobou srdeční odhalí postižení

koronárních tepen a pravostrannou srdeční katetrizaci. Při pravostranné srdeční katetrizaci je zjišťován a vyhodnocován tlak a průtok v malém srdečním oběhu. Hlavní úlohou všeobecné sestry při těchto invazivních výkonech je příprava pacienta na výkon. V obou případech pacient od půlnoci nesmí nic jíst, pít může. Sestra zajistí zavedení PVK a před výkonem dohlédne na odstranění šperků, případně zubní protézy. U koronarografie je nutná příprava místa vpichu, to znamená vyholit pacientovi třísla. K diagnostice srdečního selhání lze též použít i zátěžové testy např. bicyklovou ergometrii, kdy je sledována dušnost a slabost u pacienta při jízdě na rotopedu. Corridor-walk test zjišťuje, jakou vzdálenost pacient ujede po určené trase za 6 minut a spirometrie ukazuje vitální kapacitu plic. Vyšetření plicních funkcí je důležité pro vyloučení jiných plicních onemocnění. (VÍTOVEC,2013), (WIDIMSKÝ, 2009)

3.1 TELEKARDIOLOGIE

Efektivita léčby chronického srdečního selhání je stále vyšší a napomáhá tomu i fakt, že obor kardiologie využívá stále modernější technologie. V roce 1949 americký biofyzik Norman Holter začal telemetricky sledovat srdeční rytmus, kdy se výsledky ukládaly na kazety. Od té doby technologie pokročila a tyto informace se ukládají na USB disky nebo se přeposílají přes bluetooth, pevnou linku nebo internet. Dálkový monitoring pacienta má výhodu v úspoře času pro pacienta i lékaře. Informace o EKG, naměřeném krevním tlaku, hladině glykemie či o implantovaném přístroji se odešlou do telemedicínského centra, kde je experti vyhodnotí a případně zajistí pomoc. Pacienti s implantovaným přístrojem ICD nebo PM musí dvakrát ročně absolvovat kontrolu, aby se potvrdila správná funkce přístroje. V Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze k těmto kontrolám využívají systém Care-Link. Kontroly jsou bezdrátové, pouze se přiloží hlavice (základní stanice) a data se odešlou do datového centra. (BLACK,2014), (STŘEDA,2016)

3.2 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY U VYBRANÝCH OŠ. METOD

Na kardiologických odděleních musí být pacienti monitorováni 24 hod., z toho důvodu je monitor EKG nejdůležitějším přístrojem. Za správnou funkci monitoru zodpovídá všeobecná sestra. Při trvalém monitorování může dojít k několika problémům. Může být závadný nebo slabý signál, to se může dít při nedokonalém kontaktu elektrody s kůží. Nestabilní či neostrý záznam je způsoben špatným umístěním elektrod a je třeba je přelepit. Časté falešné alarmy mohou být způsobeny svalovými kontrakcemi a i v tomto případě je nutné přelepení elektrod. Samolepící elektrody je nutné obměňovat každých 48 hod. Je nutné, aby při tom došlo k dokonalému očištění kůže od gelu z elektrod. To se provádí např. benzinem. Pokud je kůže pod elektrodami podrážděná je důležité ji ošetřit, změnit místo nalepení nebo změnit typ EKG elektrod. (KOLÁŘ, 2009)

Před, klasickým transtorakálním ECHO, vyšetřením není žádná zvláštní příprava. Naopak před transezofageálním ECHO vyšetřením je nutné pacienta připravit. Je důležité, aby byl pacient poučen, o tom jak výkon probíhá a aby byl v psychické pohodě. Pacient musí mít podepsán informovaný souhlas s výkonem a musí od pŕlnoci lačnit. Ošetřující sestra zajistí zavedení PVK a pokud má pacient zubní protézu, tak dohlédne na její vyndání. Při samotném výkonu je pacientovi podáno sedativum i.v. a provedena lokální anestezie faryngu Lidocain sprejem. Poté je zavedena jícnová sonda a úlohou sestry je sledovat celkový stav pacienta, EKG křivku a monitorovat krevní tlak a saturaci. Po skončení vyšetření nesmí pacient kvůli znecitlivění jícnu ještě 1 hod. nic jíst ani pít. (KOLÁŘ, 2009)

4 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

Cílem léčby srdečního selhání je zmírnit nebo úplně odstranit příznaky srdečního selhání, zvýšit toleranci k zátěži, snížit úmrtnost, zlepšit kvalitu života a prodloužit život. První indikační skupinou v léčbě srdečního selhání jsou diuretika. Ty zabraňují reabsorpci sodíku v ledvinných tubulech, čímž zvyšují diurézu a vylučování sodíku a tím i klesá hmotnost pacienta. Diuretika rozdělujeme na kličková diuretika (při léčbě chronického srdečního selhání jsou nejúčinnější), thiazidová diuretika a kalium šetřící diuretika. Mezi zástupce kličkových diuretik řadíme například Furosemid nebo Furorezi. Kontraindikací u tohoto druhu diuretik je hypokalémie nebo gravidita. Zástupcem thiazidových diuretik je v dnešní době například Hydrochlorothiazid a zástupcem diuretik snižujících vylučování kalia je například Verospiron tbl nebo Aldactone inj. Další skupinou léků k léčbě chronického srdečního selhání jsou inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI). Jsou to základní léky při léčbě srdečního selhání. ACEI inhibitory způsobují vazodilataci a brání tvorbě změn na myokardu a svalovině cév. Nežádoucím účinkem při léčbě ACEI může být dráždivý kašel.

Betablokátory jsou pacientům podávány pro snižování srdeční frekvence a pro svůj antiarytmický účinek. Další volbou při léčbě chronického srdečního selhání mohou být srdeční glykosidy například Digoxin. Digoxin se na trhu vyskytuje ve formách tbl., inj. nebo gtt. Srdeční glykosidy patří mezi nejstarší léky užívané v kardiologii. Digoxin zpomaluje tepovou frekvenci a zlepšuje stahování myokardu. Nežádoucí účinky při užívání srdečních glykosidů mohou být bolesti hlavy, nespavost, nechutenství nebo únava. Při zvýšené koncentraci mohou srdeční glykosidy způsobovat arytmie či komorové tachykardie. Doporučuje se nezapíjet srdeční glykosidy vodami bohatými na vápník například Vincentkou. Dále může být v léčbě chronického srdečního selhání indikována léčba antikoaguační či antiagregační. (WIDIMSKÝ, 2009),(VÍTOVEC, 2013), (VLČEK, 2010)

5 REŽIMOVÁ A DIETNÍ OPATŘENÍ

Zásadní v péči o pacienta je dostatečná edukace. Pacient musí být o svém onemocnění poučen a informacím musí mu rozumět. Při jakémkoli srdečním onemocnění, je třeba dodržovat jisté zásady správné životosprávy. Tyto zásady by měly vést ke snížení nebo přinejmenším k udržení hmotnosti. Strava by měla být nedráždivá a měla by být rozdělena do 4-5 denních jídel. Jednou ze zásad zdravé životosprávy by mělo být nahrazení živočišných tuků za rostlinné. Strava by měla obsahovat dostatečné množství vitamínů a vlákniny. Pro zvýšení příjmu vlákniny je možné např. bílé pečivo a těstoviny nahradit celozrnnými, bílou rýží nahradit hnědou rýží a zvýšit příjem čerstvého ovoce a zeleniny. Dohromady by se denně mělo zkonsumovat 400-500g ovoce a zeleniny. Pokud pacienta trápí nadýmavost, doporučuje se zeleninu vařit v páře. (STEJSKAL, 2004), (ŠPINAR, 2012)

Dodržovat by se měl i pravidelný pitný režim, doporučuje se vypít 200-400 ml na každých 10 kg tělesné hmotnosti. Což nemusí platit u všech pacientů. Často se u pacientů s chronickým srdečním selháváním setkáme s omezením příjmu tekutin, kvůli refrakterním otokům či hyponatremii. V tomto případě musí být pacient pečlivě poučen. K omezování tekutin se musí přistupovat individuálně např. omezování příjmu tekutin u seniorů by mohlo vést k dehydrataci, což by celkový zdravotní stav mohlo jen zhoršit. Pacienti s chronickým srdečním selháním musí být poučeni o nutnosti každý den kontrolovat svoji hmotnost a v případě zvýšení váhy informovat lékaře, mohlo by docházet k retenci tekutin v těle, což by také mohlo vést ke komplikacím. Obecně se doporučuje pít hlavně neochucenou vodu nebo neslazené čaje. Minerální vody by se pít neměly, protože obsahují zvýšené množství soli. (National Clinical Guideline Centre, 2010), (ŠPINAR, 2012)

Dále by se pacienti měli vyhýbat smaženým pokrmům a soli. Denní příjem soli by neměl přesáhnout 3g. Což znamená nekonzumovat uzeniny, tavené sýry a různá dochucovadla např. bujon. Omezit by se měl i příjem sladkostí, nahradit se dají nízkotučnými dezerty s menším obsahem cukru např. mraženými jogurty. K zásadám správné životosprávy patří i nekouřit. Konzumovat alkohol je striktně zakázáno. Důležité je dodržovat předepsanou léčbu, pacienti by měli být i informováni o lécích,

které pro ně nejsou vhodné jako např. nesteroidní antirevmatika, některé blokátory vápníkových kanálů, tricyklická antidepresiva nebo kortikosteroidy.

(STEJSKAL, 2004), (ŠPINAR, 2012)

V neposlední řadě je důležitý pohyb. Pokud je to možné vzhledem k fyzickému stavu nemocného, doporučuje se mírná fyzická aktivita např. chůze nebo jízda na rotopedu. Aktivitu je třeba přizpůsobit aktuálnímu stavu nemocného, který by měl hlídat jakoukoli změnu zdravotního stavu jako např. dušnost nebo pálení či svírání na hrudi. Pokud si pacient není jist vhodností aktivity, měl by se poradit se svým ošetřujícím lékařem. Další důležitou zásadou pro pacienty s chronickým srdečním selháním je i fakt, že by měli chodit na pravidelné prohlídky k ošetřujícímu lékaři. (HRADEC, 2008), (ŠPINAR, 2012)

6 CHIRURGICKÁ LÉČBA

K chirurgickému řešení srdečního selhání je přistupováno, pokud je srdeční selhání zapříčiněno opravitelnou poruchou srdečních struktur. Nejčastěji se jedná o revaskularizaci myokardu, kdy jde o přemostění zúžené části věnčité tepny, při kterém dojde k obnově zásobení postižené části srdečního svalu okysličenou krví. V případě těžké mitrální regurgitace se přistupuje k plastice mitrální chlopně a v případě těžké aortální stenózy dochází k náhradě aortální chlopně. Jednou z metod, která je ve výzkumném stádiu je i kardiomyoplastika, kdy jsou srdeční komory obaleny kosterním svalem. (ŠPINAR, 2007)

6.1 PŘÍSTROJOVÁ LÉČBA

Pacienti v poslední fázi srdečního selhání jsou ohroženi náhlou smrtí, proto se přistupuje k tzv. resynchronizační léčbě. To představuje implantaci kardioverter – defibrilátoru (ICD), ten může zmírnit projevy a průběh srdečního selhávání. Přístroj se implantuje do podkoží pod levou klíční kost a přes v. subclavia je jedna nebo dvě elektrody zavedeny do srdce. Pokud je srdeční frekvence pacienta příliš pomalá (bradykardie), může to vést k nedostatečnému přečerpávání krve v organismu a pacient je ohrožen srdeční zástavou. Z tohoto důvodu, je možné přistoupit k implantaci pacemakeru (kardiostimulátoru). Kardiostimulátor se implantuje do podklíčkové oblasti a elektrody jsou vedeny přes v. subclavia do srdečních oddílů. (PIRK, 2008)

6.2 MECHANICKÉ PODPORY

Mechanické srdeční podpory můžeme definovat jako čerpadla krve, která jsou schopna u pacientů s pokročilým, život ohrožujícím srdečním selháním částečně nebo úplně převzít úlohu srdce v krevním oběhu s cílem obnovení dostatečného srdečního výdeje. (PIRK, 2008, str. 55) Mechanické srdeční podpory dělíme na krátkodobé (max. 30 dnů), střednědobé (max. 6 měsíců) a dlouhodobé (léta). Tyto podpory se využívají jako most k transplantaci, most k uzdravení (např. v případě některých myokarditid) nebo jako destinační terapie (permanentní řešení. (PIRK, 2008)

6.3 TRANSPLANTACE SRDCE

Obecnou tezí je, že k OTS indikujeme nemocného s terminálním srdečním selháním, kde byly vyčerpány všechny ostatní možnosti interní a chirurgické léčby. (PIRK, 2008, str.73) Indikovaní pacienti k transplantaci srdce jsou ve IV. třídě funkční klasifikace a jsou upoutáni na lůžko s parenterálním podáváním léků. Naopak absolutními kontraindikacemi jsou probíhající infekce, malignita, fixovaná plicní hypertenze (PAR > 4 WU), závislosti na alkoholu nebo drogách, psychóza a BMI > 40 kg/m². (PIRK, 2008)

7 SPECIÁLNÍ PROBLÉMY U CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

Při srdečním selhání se často objevují přidružená onemocnění, která mohou stav pacienta komplikovat. Jedním z nich je renální insuficience. Pokles glomerulární filtrace, proteinurie či zvýšení koncentrace kreatininu, všechny tyto příznaky se musí sledovat a na každou odchylku se musí reagovat. Při chronickém srdečním selhání je nutné omezit příjem soli a tekutin. U pacienta se denně sleduje příjem a výdej tekutin, váha, krevní tlak popřípadě velikost otoků. Při dlouhotrvajícím žilním městnání u pacientů s chronickým srdečním selháním na podkladě systolické dysfunkce, u pacientů s nedostatečností trojcípé chlopně a u pacientů s konstriktivní perikarditidou často vzniká hypoxické poškození jater. To se projevuje především změnami laboratorních výsledků. Při poškození jater, je zvýšená koncentrace bilirubinu, AST (aspartátaminotransferáza), ALT (alaninaminotransferáza), GMT (gama-glutamyltransferáza) a ALP (alkalická fosfatáza). Při chronickém srdečním selhávání dochází též ke změnám plicních funkcí. Dochází ke slabosti dýchacích svalů a tím i ke snížení poddajnosti a kapacity plic. Dochází ke změnám dýchání ve spánku k tzv. Cheyneovu-Stokesovu dýchání a může to přejít až ke spánkové apnoe. Je nutné sledovat saturaci a popřípadě i projevy cyanozy. Pokud je to nutné, je třeba zahájit oxygenoterapii. (MÁLEK, 2013)

8 KOMUNIKACE

Při jakémkoli onemocnění či při dlouhodobější hospitalizaci pacient prochází změnami, ne jen tělesnými a psychickými ale i sociálními. Pacienti se pohybují mezi nemocnicí a domovem a tyto změny bývají těžké. Pacienti se z domova těžko vrací zpět do nemocničního zařízení, ale může tomu být i naopak. Při hospitalizaci pacienti trpí řadou obav např. obavou z nedostatku zájmu, ze ztráty kontaktu s blízkými ale mohou řešit i finanční a sociální situaci. Pacienti mívají strach z průběhu onemocnění a z vyšetření, která je čekají. Těmto obavám lze předcházet vhodnou komunikací s pacientem, ale také způsobem jakým se chováme. Je důležité sjednotit verbální a neverbální komunikaci. Nemocného akceptujeme takového jaký je se všemi projevy jeho chování. U pacienta se může dostavit frustrace, neochota komunikovat či neochota spolupracovat. Ošetřující sestra by měla situaci profesionálně zvládnout a pacienta nekritizovat a ani nehodnotit. Měla by chápat, že pro pacienta je to náročná životní situace a v každém případě by se měla snažit vyhnout konfliktu. Pacient by měl pocítit zájem sestry o vlastní osobu a sestry by měly citlivě reagovat na témata, která pacient přináší. Při rozhovoru by měla být volena komunikace, které pacient dobře rozumí, tzn. nepoužívat odborné termíny. V komunikaci s pacientem by neměly být používány manipulativní otázky a reakce na pacienta by neměla být direktivní nebo hodnotící. Pro ošetřující personál může být péče o chronicky nemocné pacienty velmi zatěžující a hrozí zde syndrom vyhoření, kterému lze předcházet např. rozhovorem s nadřízeným nebo návštěvou psychologa. (VENGLÁŘOVÁ, 2006), (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

9 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM

Pacientka s pokročilou DKMP, mitrální regurgitací a plicní hypertenzí, byla přijata na standartní oddělení kardiologie pro kompenzaci stavu a implantaci ICD z primární prevence, pro záchyt nesetrválých běhů komorových tachykardií. Pacientka byla přijata plánovaně z domova.

9.1 POLOHA A POHYBOVÝ REŽIM

Při příjmu na standartní oddělení jsou pacienti seznámeni s oddělením a všeobecnou sestrou poučeni o řádu oddělení. Poté jsou doprovzeni na pokoj, který je vybaven koupelnou a toaletou. Pacienti jsou uloženi na elektrifikované lůžko. Pacienti s kardiologickým onemocněním nejčastěji zaujímají Fowlerovu nebo ortopnoickou polohu. Nejběžnějším pohybovým režimem na oddělení kardiologie je režim oddělení nebo režim pokoj+wc. Režim mimo oddělení není běžný, protože pacienti jsou sledováni telemetrickým zařízením, které opuštěním oddělení přestává vysílat signál. Důležité je, aby pacienti po uložení na lůžko měli k dispozici signalizační zařízení a v případě potřeby se dovolali pomoci.

9.2 MONITORACE

Po celou dobu pobytu na oddělení kardiologie jsou monitorovány všechny fyziologické funkce pacienta puls, dech, teplota, saturace a krevní tlak. EKG rytmus je po celou dobu monitorován pomocí telemetrického zařízení. U srdečního rytmu se zaměříme na jakoukoli patologii. Jakékoli změny stavu pacienta jsou hlášeny ošetřujícímu lékaři a vše je zaznamenáváno do dokumentace.

9.3 VÝŽIVA A VYPRAZDŇOVÁNÍ

Pacienti s chronickým srdečním selháním by měli mít dietu s omezením soli. U pacientů s nadváhou by dieta měla být spíše redukční. Pacienti by měli jíst menší porce, ale zato častěji. Strava by měla obsahovat vlákninu a v ideálním případě by se denně mělo zkonsumovat 400-500g ovoce a zeleniny. Pokud je pacient nutričně ohrožen, zaznamenáváme příjem potravy a zavoláme ke konzultaci nutričního terapeuta, která doporučí možné náhrady stravy např. sipping nebo úpravu stravy. Příjem tekutin u pacientů bývá omezen dle stádia chronického srdečního selhání. U pacientů monitorujeme příjem a výdej tekutin, většinou po 24 hodinách. Pokud je bilance vyrovnaná stav je ideální, pokud nikoli je třeba informovat ošetřujícího lékaře a dle něj podat např. diuretika. Každý pacient, u kterého monitorujeme bilanci tekutin, musí být každý den vážen. U hospitalizovaných pacientů zjišťujeme každý den pravidelnost stolice, aby se předešlo komplikacím v podobě zácpy.

9.4 HYGIENICKÁ PÉČE

Všeobecná sestra musí znát míru soběstačnosti svých pacientů. Pokud je pacient schopen provést kompletní hygienickou péči sám, všeobecná sestra pouze dohlédne na kvalitu péče a na výměnu ložního prádla. Pokud je u pacienta soběstačnost snížena, komplexní hygienickou péči zajišťuje ošetřující personál.

9.5 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Samotná hospitalizace je pro pacienta velice stresující záležitostí, proto by všeobecná sestra měla zajistit pacientovi dostatek spánku a odpočinku. Pokud má pacient potíže se spánkem, měl by být informován ošetřující lékař, který může předepsat např. hypnotika. V moci všeobecné sestry je pátrat po příčinách poruchy spánku, zajistit pacientovi psychickou podporu, eliminovat rušivé elementy (světlo, hluk) nebo zajistit úpravu lůžka před spaním. Pokud je u pacienta plánován jakýkoli výkon, je důležité, aby byl pacient dostatečně informován o budoucím zákroku. Všeobecná sestra by na pacienta měla mluvit klidně, pomalu a měla by zajistit

dostatečné soukromí. Na konci by měla dát pacientovi prostor pro otázky a měla by se přesvědčit, zda pacient vše pochopil a všemu dostatečně rozumí. Pokud je to možné, je vhodné, aby se účastnila i rodina, která může pacientovi poskytnout pomoc a oporu. Pokud pacient vyžaduje duchovní pomoc, mělo by být v moci ošetřujícího personálu tuto službu zařídit.

9.6 PODÁVÁNÍ LÉKŮ

Podávání léků, je podstatná část léčebného režimu při hospitalizacích v nemocničních zařízeních. Vysokoškolsky vzdělaná sestra by měla mít dostatečné znalosti o možnostech aplikace léků a měla by mít znalosti o účincích a o vedlejších účincích léků. Při podávání léků, je důležité řídit se ordinací lékaře. Před podáním, je důležité ověřit si správnost způsobu, množství a hodiny podávané látky. Sestra při příchodu k nemocnému ověří jeho totožnost pomocí oslovení a poté i pomocí identifikačního pásku, který má pacient na zápěstí. Po podání medikace provede záznam do dokumentace. Pokud pacient bude mít dotazy ohledně léků, které dostal, všeobecná sestra je povinna na jeho dotazy pravdivě odpovědět.

10 KAZUISTIKA

Pacientka byla přijata na oddělení kardiologie pro dekompenzaci stavu a pro plánovanou implantaci ICD z primární prevence. Jako informační zdroje byla použita zdravotnická dokumentace, rozhovor s pacientkou a vlastní pozorování.

10.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE PACIENTA

Iniciály: K.M.

Datum narození: xx.yy.1986

Rodné číslo: 860000/0000

Věk: 29

Pohlaví: žena

Datum a čas přijetí: 24. 01. 2016 v 10:00

Typ přijetí: plánovaný

Stav: svobodná

Adresa trvalého bydliště: XXX, Jirkov

Zdravotní pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna - 111

Státní občanství: ČR

Národnost: česká

Typ přijetí: plánovaný

Oddělení: kardiologie

Ošetřující lékař: MUDr. Xxxxx

Pacientka byla poučena o léčebném řádu: ANO

Informovaný souhlas k léčbě: pacientka podepsala

Medicínská diagnóza (hlavní):

Chronické srdeční selhání na podkladě DKMP

Medicínské diagnózy (vedlejší):

Plicní hypertenze

Obezita

St.p. hepatitidě B

Anemie

Záchyt nesetrválých běhů komorové tachykardie

Důvod přijetí (udávaný pacientem):

Kompenzace stavu

Implantace ICD

Zvážení zařazení na čekací listinu pro transplantaci srdce

Osobní anamnéza:

Běžné dětské choroby

Atopický ekzém

Rodinná anamnéza:

Otec: 60let, DKMP

Matka: 55 let, zdráva

Sourozenci: dvě starší sestry ze strany matky- zdravý, dva starší
bratři

ze strany otce-zdrávi

Děti: dcera, 2 roky, zdráva

Farmakologická anamnéza:

Tritace tbl 1,25 mg p.o. 0-0-1	(antihypertenzivum)
Furon tbl 40 mg p.o. 2-1-0	(diuretikum)
Verospiron tbl 25 mg p.o. 1-0-1	(diuretikum)
Kalium Chloratum tbl 500 mg p.o. 1-0-1	(draslík)
Procoralan tbl 5mg p.o. ½-0- ½	(inhibitor If kanálů)
Coryol tbl 3,125 mg p.o. 1-0-1	(betablokátor)
Apo-Ome cps 20mg p.o. 0-0-1	(antiulcerozní látka)
Sorbifer Durules tbl 100mg p.o. 1-0-1	(železo)
Neurol tbl 0,25mg p.o. 1-0-0-1	(anxiolytika)
Fraxiparine 0,4ml s.c. 1xD	(antikoagulancium)

Pracovní anamnéza:

Pokladní

Gynekologická anamnéza:

1x těhotenství, 1x porod

St.p. konizaci děložního čípku, 2008

Sociální anamnéza:

Svobodná, žije s rodinou přítele

Alergologická anamnéza:

Negativní

Abusus:

2 roky nekouří, do těhotenství občas kouřila

Alkohol i návykové látky neužívá

10.2 POPIS FYZICKÉHO STAVU PŘI PŘÍJMU

Pacientka s pokročilou DKMP, mitrální regurgitací a plicní hypertenzí, byla přijata na oddělení kardiologie pro kompenzaci stavu a implantaci ICD z primární prevence, pro záchyt nesetrválých běhů komorových tachykardií. Během hospitalizace bude též zvažováno zařazení pacientky na čekací listinu k transplantaci srdce.

Tabulka 1 Stav pacientky při přijetí

Status praesens při přijetí	
TK	110/85 mmHg
P	98/min
TT	36,6 st.C.
D	20/min, bez dušnosti či kašle
VÝŠKA	172cm
VÁHA	95kg
BMI	32,1

Celkový stav

Pacientka při vědomí, lucidní, orientována časem, místem i osobou. Spolupracuje, na otázky odpovídá adekvátně, poloha těla aktivní. Pacientka bez obtíží.

Hlava a krk

Subjektivně: Pacientka neudává obtíže.

Objektivně: Hlava pokleповě nebolestivá, spontánně otevírá oči, pohled fixuje. Zornice izokorické, skléry bílé. Oči, nos i uši bez výtoku. Rty růžové, jazyk vlhký, plazí středem. Krk volný, krční žíly se zvýšenou náplní. Lymfatické uzliny nezvětšené. Pacientka bez smyslových poruch.

Hrudník a dýchací cesty

Subjektivně: Pacientka udává dušnost při zvýšené námaze.

Objektivně: Hrudník souměrný. Při poslechu zjištěna tachykardie a systolický šelest. Dýchání vpravo bazálně oslabené jinak sklípkovité. Ojediněle jsou slyšet chrůpky.

Dutina břišní

Subjektivně: Pacientka udává problémy se zácpou.

Objektivně: Břicho palpačně měkké, nebolestivé. Pro obezitu špatně prohmatné. Játra zvětšena.

Pohybový aparát

Subjektivně: Pacientka neudává potíže.

Objektivně: Pacientka nepotřebuje kompenzační pomůcky k pohybu. Dolní končetiny má klidné, bez otoků a bez varixů.

Kůže

Subjektivně: Pacientka trpí atopickým ekzémem, především na rukách.

Objektivně: Pokožka suchá na rukách, kvůli atopickému ekzému. Kůže bez ikteru a cyanózy.

10.3 POSOUZENÍ STAVU DLE MODELU MARJORY GORDON

Pacientka je velmi milá a komunikativní, na mé otázky bez obtíží odpověděla. Rozhovor s ní byl příjemný a inspirativní.

VNÍMÁNÍ- UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako špatný. Tato hospitalizace není první a pacientku již unavuje být v nemocnici. Pobyt v nemocnici pro ni není jednoduchý, protože má doma malou dcerku. Doufá, že při tomto pobytu bude vyšetřena a na základě všech výsledků zařazena na čekací listinu k transplantaci. Vidí to jako jedinou možnost k uzdravení a návratu do normálního života. Pro udržení zdraví v současné době nemůže dělat nic. Je stále doma a dodržuje předepsanou léčbu.

VÝŽIVA A METABOLISMUS

Pacientka je v pracovní neschopnosti, proto se stravuje pouze doma. V domácím prostředí se nestravuje pravidelně. Její váha je v současnosti 95 kg a při její výšce 172 cm má BMI 32,1. Pacientka ví, že je její váha vyšší a přiznává, že od poslední hospitalizace přibrala. Připisuje to špatnému složení stravy a skoro žádnému pohybu. Pacientka má ráda typickou českou kuchyni. Zeleninu moc nemusí, ale ovoce má ráda. Podle nařízení lékaře má omezení tekutin do 1,5l což se snaží dodržovat, i když přiznává, že čas od času to také poruší.

VYLUČOVÁNÍ

S vylučováním moči pacientka obtíže nemá. Moč je bez viditelných příměsí a bez zápachu. Na toaletu pacientka chodí častěji, což připisuje diuretikům, která užívá. Na stolicí chodí pravidelně jednou za den. Žádné přípravky neužívá.

AKTIVITA-CVIČENÍ

V současnosti pacientka žádné cvičení neprovozuje. Občas jde s dcerou na krátkou procházku nebo do parku. Dříve ráda plavala, jezdila na kole nebo hrála volejbal. To dnes nemůže. Když je doma tak se stará o dceru, občas něco poklidí nebo uvaří. Mezi její koníčky patří čtení knih, má ráda různé cestopisy. Doufá, že až se uzdraví bude moci s dcerou a přítelem jet na dlouhou dovolenou k moři.

SPÁNEK A ODPOČINEK

Potíže se spánkem pacientka nemá. Usíná hned, bez problémů a budí se odpočatá. V nemocnici je to horší. Odpočívá přes den a v noci se jí spát nechce, ale nejhorší jsou spolupacientky. Vedle ní je paní a ta v noci chrápe, to jí vadí při usínání a pak ji to budí ze spánku. Mnohokrát musela požádat sestru o prášek na spaní.

VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

Pacientka je orientována osobou, místem i časem. Všechny smysly má v pořádku, jen má trochu zhoršený zrak. Na čtení nosí občas brýle. Žádné jiné potíže neudává.

PLNĚNÍ ROLÍ- MEZILIDSKÉ VZTAHY

Pacientka žije u rodiny svého přítele. V domácnosti vychovávají společnou dceru. Před tím než nastoupila do pracovní neschopnosti, pracovala jako pokladní. K práci by se ráda vrátila, hned jak to bude možné. Mají totiž s přítelem finanční potíže a její pracovní neschopnost a náklady za léčbu (léky, doprava) jsou pro rodinný rozpočet zátěží. Rodina je pro ni oporou. Snaží se být silná hlavně kvůli dceři. Z obavy před nakažením jiným onemocněním např. chřipkou moc nechodí ven a ani nepřijímá skoro žádné návštěvy. Pacientka je vděčná za internet, protože si s přáteli může psát alespoň na Facebooku nebo Skypu.

SEBEKONCEPCE A SEBEÚCTA

Pacientka sama sebe vidí jako optimistku. Má ráda lidi a ráda navazuje nová přátelství. V kolektivu je oblíbená. Má ráda humor a proto se vše snaží brát s humorem a nadhledem. Doufá v uzdravení a lepší zítřky.

SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOSTI

Pacientka má dlouhodobý vztah a spolu s přítelem vychovává dceru. Vztah hodnotí jako hezký a bez větších problémů. Problémy se sexualitou neudává. Žádné gynekologické ani urologické potíže nemá.

STRES A ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

Pacientka přiznává, že je z hospitalizace nervózní. Nejen kvůli vyšetřením a výkonům, ale i kvůli rodině. Neví, jak dlouho bude muset zůstat v nemocnici. Doufá, že rodina péči o dceru zvládne a že se finanční problémy nezhorší. Je optimistka a věří, že vše dobře dopadne.

VÍRA

Pacientka o sobě říká, že je ateistka. Nyní ale připouští, že nad Bohem a vírou přemýšlí stále častěji.

10.4 MEDICÍNSKÝ MENEGAMENT

Datum a čas přijetí: 24. 01. 2016 v 10:00

Ordinované vyšetření: odběry krve, kontrola glykémie, EKG, zavedení PVK

Výsledky: ↑ jaterní testy, ↑ BNP, ↑ leukocyty, ↑ CRP, glykémie 7,34 mmol/l

Monitorace: EKG, krevní tlak, srdeční frekvenci, monitorovat příjem a výdej tekutin a6 hodin, TT, napojení na telemetr

Konzervativní léčba

Dieta: pacientka lační před výkonem

Pohybový režim: pokoj+wc

RHB: x

Medikamentózní léčba:

Per os:	Tritace tbl 1,25 mg p.o. 0-0- 1	(antihypertenzivum)
	Furon tbl 40 mg p.o. 2-1-0	(diuretikum)
	Verospiron tbl 25 mg p.o. 1-0-1	(diuretikum)
	Kalium Chloratum tbl 500 mg p.o. 1-0-1	(draslík)
	Procoralan tbl 5mg p.o. ½-0- ½	(inhibitor If kanálů)
	Coryol tbl 3,125 mg p.o. 1-0-1	(betablokátor)
	Apo-Ome cps 20mg p.o. 0-0-1	(antiulcerozní látka)
	Sorbifer Durules tbl 100mg p.o. 1-0-1	(železo)
	Neurol tbl 0,25mg p.o. 1-0-0-1	(anxiolytika)
i.v:	Furosemid sol 10mg/ml dle OL dle diurézy	(diuretikum)
s.c:	Fraxiparine 0,4ml s.c. a12h (před výkonem vynecháno dále dle OL)	(antikoagulancium)

Chirurgická léčba: plánovaná implantace ICD

10.5 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka s pokročilou DKMP, mitrální regurgitací a plicní hypertenzí, byla plánovaně přijata na oddělení kardiologie IKEM dne 24. 01. 2016 v 10:00 pro kompenzaci stavu a implantaci ICD z primární prevence, pro záchyt nesetrválých běhů komorových tachykardií. Pacientka byla přijata na standartní oddělení, byly jí provedeny kontrolní krevní odběry a natočeno EKG. Po zhodnocení ošetřujícím lékařem byla pacientka indikována k výkonu. Po poučení ošetřujícím lékařem pacientka podepsala informované souhlasy, byl jí zaveden PVK a byla s ní vyplněna vstupní ošetřovatelská anamnéza.

Stav před výkonem

TK	110/85 mmHg
P	98/min
EKG	SR, 89/min, PQ 180ms, QRS 86ms, QTc 489ms, P-mitrale, porucha gr.R V1-V4, aplanace T I, a VF, negat. T III
TT	36,6 st.C.
D	20/min, bez dušnosti či kašle
SpO ₂	96%
VÝŠKA	172cm
VÁHA	95kg
BMI	32,1
GCS	15
VAS	0

V 15:00 byla pacientka převezena na implantační sál, kde jí byl pod levou klíční kost implantován 1D-ICD s elektrodou zavedenou do pravé komory. V 16:20 se pacientka vrátila na standartní oddělení. Bylo jí natočeno kontrolní EKG, změřen krevní tlak a byla napojena na telemetr. Fyziologické funkce, budou monitorovány dvakrát po 30 min. Operační rána byla klidná a bez prosaků. Na ráně je písková komprese, která zůstane dalších 6 hodin. Jíst a pít může pacientka 2 hodiny po výkonu. Klid na lůžku bude pacientka dodržovat do dalšího dne, dokud ji ošetřující lékař nezkontroluje a nedovolí jí vstát.

Tabulka 2 Stav pacientky po návratu na oddělení

ČAS	16:20	17:00	17:30
TK	120/90	110/90	105/90
P	95	90	90
D	19	20	19
SpO2	96%	97%	97%
EKG	sin	sin	sin
VAS	1	4	3

10.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA taxonomie, definice a klasifikace 2012-2014. V této bakalářské práci jsou rozděleny na aktuální a potencionální a jsou v pořadí dle priorit.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Akutní bolest

Snížený srdeční výdej

Narušený vzorec spánku

Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Riziko pádu

Riziko infekce

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- bolest

Související faktory:

- průvodci zranění (biologičtí)

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolest (intenzita bolesti – 0) při propuštění z nemocnice.

Cíl krátkodobý: Pacientka po zahájení analgetické terapie má zmírněnou bolest (intenzita bolesti klesne z hodnoty 4 na hodnotu 0) do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka je schopná o bolesti a jejích projevech hovořit.

Pacientka dodržuje farmakologický a pohybový režim.

Pacientka klidně spí.

Ošetrovatelské intervence:

1. Sleduj charakter bolesti ve spolupráci s pacientkou (lokalizace, charakter, nástup, trvání, častost, intenzitu - stupnice 0-10). Výsledek zaznamenej do dokumentace.

2. Podávej analgetika dle ordinace lékaře. Monitoruj jejich efekt a zaznamenej do dokumentace.
3. Sleduj neverbální projevy bolesti.
4. Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, DF, TT).
5. Sleduj účinky a vedlejší účinky léků.

Realizace:

24.1.2016

- 15:00 – pacientka je přivezena na implantační sál
- 16:20 návrat z implantačního sálu zpět na standartní oddělení
- 16:50 - pacientka si stěžuje na zvyšující se bolest levého podklíčku o intenzitě 4 (0-10).
- 17:00 - kontrola fyziologických funkcí (TK 110/90, P 90, D 20, SpO2 97%)
- 17:02 – analgetika podána dle ordinací lékaře 1 tbl Novalgin 500 mg p.o.
- 17:30 - kontrola intenzity bolesti - pacientka uvádí mírnou úlevu od bolesti, nadále bolest hodnotí číslem 3.
- 18:00 - kontrola intenzity bolesti- pacientka uvádí úlevu
- 20:00 – pacientka bez bolesti
- 22:00- odstraněna písková komprese a na ránu podán led

25. 1. 2016

- pacientka spolupracuje při sledování intenzity bolesti, pravidelné (à 6 hodin) se provádí záznam do dokumentace
- pacientka je zcela bez bolesti

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Efekt: úplný

Pacientka je zcela bez bolesti. Byla poučena o režimu po implantaci, informacím rozumí, pokyny dodržuje, a proto nedochází k žádným komplikacím (např. k bolestivosti).

Pokračující intervence je č. 4.

U pacientky budeme monitorovat FF až do ukončení hospitalizace.

Snížený srdeční výdej (00029)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární- pulmonální reakce

Definice: Srdce pumpuje nedostatečné množství krve pro metabolické potřeby těla.

Určující znaky:

- tachykardie
- palpitace
- změny EKG

Související faktory:

- změněný rytmus

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: ICD implantováno z primární prevence, pro záchyt nesetrválých běhů komorových tachykardií zasáhne výbojem v případě potřeby

Cíl krátkodobý: Snížení zátěže na srdce

Očekávané výsledky:

Pacientka je srozuměna s nutností klidového režimu.

Pacientka dodržuje farmakologický a pohybový režim.

Pacientka je srozuměna s režimovými opatřeními po implantaci.

Ošetrovatelské intervence:

1. Proved' edukaci pacientky o výkonu
2. Zkontroluj podepsání informovaných souhlasů k výkonu
3. Proved' edukaci pacientky o režimu po výkonu
4. Ověř, že pacientka všemu porozuměla a souhlasí s nadcházejícím výkonem
5. Po návratu pacientky na standartní oddělení natoč EKG a monitoruj FF.
6. Po návratu pacientky na standartní oddělení kontroluj operační ránu po implantaci.

Realizace:

24.1.2016

- 10:00- pacientka lační před výkonem
- 12:00- provedena edukace pacientky lékařem a podepsány informované souhlasy
- 15:00 – pacientka je přivezena na implantační
- 16:20 -návrat z implantačního sálu zpět na standartní oddělení
- 16:20 - kontrola fyziologických funkcí (TK 110/90, P 90, D 20, SpO2 97%), natočení kontrolního EKG

25. 1. 2016

- kontrola správného uložení přístroje v arytmiologické ambulanci
- kontrola správné funkce v arytmiologické ambulanci

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Efekt: úplný

Kontrola přístroje proběhla bez komplikací. Funkce přístroje je správná. Pacientka byla poučena o režimu po implantaci, informacím rozumí, pokyny dodržuje, a proto nedochází k žádným komplikacím. Během hospitalizace je v přístroji zaznamenán jeden běh nesetrválých komorových tachykardií.

Pokračující intervence je č.6.

Po výkonu je nutné převazovat operační ránu po implantaci min. 1X denně za aseptických podmínek.

Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky:

- nespokojenost se spánkem
- uvádí pocit nedostatečného odpočinku

Související faktory:

- nedostatek soukromí při spánku

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude mít klidný a kvalitní spánek

Cíl krátkodobý: Pacientka se ráno cítí odpočatý

Očekávané výsledky:

Pacientka se bude cítit odpočatá a v noci se nebude budít.

Ošetrovatelské intervence:

1. Pátrej po příčinách poruchy spánku.
2. Zajisti pacientovi psychickou podporu.
3. Eliminuj rušivé elementy (světlo, hluk).
4. Zajisti úpravu lůžka před spaním.
5. Podej hypnotika dle ordinace lékaře.
6. Sleduj účinky podaných léků.

Realizace:

24.1.2016

- 21:00- v pokoji bylo vyvětráno a byla vypnuta televize
- 22:00- podán Stilnox 10mg tbl p.o. dle ordinace lékaře

25. 1. 2016

- 2:00 -pacientka spala
- 6:00- pacientka byla vzbuzena kvůli odběrům krve

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Efekt: částečný

Pacientka spala více než 7 h vkuse a cítí se odpočatá ale stále jí vadí přítomnost jiných pacientek na pokoji.

Pokračující intervence jsou 1,2,3,4,5,6.

V intervencích je důležité pokračovat po zbytek hospitalizace, abychom zajistili pacientce odpočinek.

Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu (00001)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin, který přesahuje potřeby metabolismu.

Určující znaky:

- tělesná hmotnost v poměru k výšce a tělesné konstituci zvýšená o 20% oproti ideálnímu stavu

Související faktory:

- nadměrný příjem živin vzhledem k potřebám metabolismu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka sníží svoji hmotnost

Cíl krátkodobý: Pacientka bude edukována o redukční dietě a o režimových opatřeních patřících k chronickému srdečnímu selhání.

Očekávané výsledky:

Pacientka je srozuměna se zásadami zdravé výživy.

Pacienta je edukována o redukční dietě a o výživových opatřeních při chronickém srdečním selhání.

Pacientka chápe důležitost redukce váhy.

Ošetrovatelské intervence:

1. Sleduj a zaznamenávej tělesnou hmotnost pacientky.
2. Zaznamenávej příjem stravy u pacientky.
3. Zajisti redukční dietu.
4. Zajisti edukaci pacientky od nutriční terapeutky.
5. Zaznamenávej příjem tekutin u pacientky.

Realizace:

24. 1. 2016

- při příjmu: zvážení pacientky

-zajištění redukční diety

25.1.2016

- 14:00- schůzka s nutriční terapeutkou

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Efekt: částečný

Pacientka byla poučena o nutnosti snížit svoji váhu. Pacientka byla edukována nutriční terapeutkou o redukční dietě a všeobecnou sestrou o dietě při chronickém srdečním selhání. Všem rozumí. O téma jeví zájem a chce svoji hmotnost snížit.

Pokračující intervence je č.1,2,5.

V dietě je nutné pokračovat i po ukončení hospitalizace.

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečí/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Zvýšená náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory:

- hypnotika

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude bez pádu během hospitalizace

Cíl krátkodobý: U pacientky nedojde k poranění

Očekávané výsledky:

Pacientka bude bez pádů a poranění.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zajisti bezpečné prostředí pro pacientku
2. Zajisti, aby pacientka dosáhla na signalizační zařízení
3. Zajisti zvýšený dohled nad pacientkou po podání léků
4. Po výkonu dopomoc při běžných činnostech

Realizace:

24.1.2016

- po výkonu dopomoc při běžných činnostech
- 16:30 –zajištění signalizačního zařízení
- 22:00- zvýšený dohled po podání hypnotik

25. 1. 2016

- 8:30- zvýšený dohled po podání antihypertenziv
- 18:00- zvýšený dohled po podání antihypertenziv
- 19:00- zvýšený dohled v koupelně při hygieně
- 22:00 – zvýšený dohled po podání hypnotik

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Efekt: úplný

Pacientka bez pádu.

Pokračující intervence jsou 1,2,3.

V intervencích je důležité pokračovat po zbytek hospitalizace, abychom zajistili pacientce bezpečné prostředí a předešli tak pádů a poraněním.

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

-nedostatečná primární obrana (porušená kůže)

Priorita: zvýšená

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude bez známek infekce

Cíl krátkodobý: U pacientky nedojde k infekci

Očekávané výsledky:

Pacientka bude bez infekce a komplikací.

Ošetrovatelské intervence:

1. Monitoruj místo a okolí invazivního vstupu
2. Kontroluj funkčnost invazivních vstupů
3. Kontroluj operační ránu
4. Převazuj operační ránu min. 1x denně za aseptických podmínek
5. Výměna PVK každé 4 dny dle standardu nemocnice.

Realizace:

24.1.2016

- 13:00- za aseptických podmínek zaveden periferní venozní katetr
- 16:30 –kontrola operační rány – rána klidná- ponechána písková komprese
- 22:20- sundání pískové komprese , rána klidná, podány ledy

25. 1. 2016

- 10:00 –kontrola, převázání a proplach PVK
- 11:00- kontrola a převaz operační rány za aseptických podmínek v arytmiologické amlulanci

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Efekt: úplný

Pacientka bez známek infekce.

Pokračující intervence jsou 1,2,3,4,5

V intervencích je důležité pokračovat po zbytek hospitalizace, abychom zajistili pacientce bezpečné prostředí a předešli tak vzniku infekce a komplikacím.

10.7 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka byla přijata z domova na oddělení kardiologie pro kompenzaci stavu a implantaci ICD z primární prevence. U pacientky jsme ve sledovaném období stanovili 4 aktuální a 2 potenciální ošetrovatelské diagnózy, které jsme detailně rozpracovali. Určili jsme cíle a naplánovali ošetrovatelské intervence. Poté jsme realizovali individuální ošetrovatelskou péči. U každé ošetrovatelské diagnózy jsme zhodnotili efekt péče po dvou dnech. Jako první jsme rozpracovali akutní bolest, u které byly cíle splněny úplně, proto již není nezbytně nutné v intervencích pokračovat. Dále jsme se věnovali sníženému srdečnímu výdeji. U této diagnózy byly cíle také splněny úplně a již není nutné ve všech intervencích pokračovat. Jako další ošetrovatelskou diagnózu jsme rozpracovali i narušený vzorec spánku. Cíle byly splněny částečně a ošetrovatelské intervence je nutné stále plnit. Další ošetrovatelskou diagnózou je riziko nevyvážené výživy: více, než je potřeba organismu. Cíle byly splněny částečně a je nutné, aby se intervence plnily nejen po zbytek hospitalizace ale i po propuštění pacientky domů. Jako další ošetrovatelskou diagnózu máme riziko pádu, cíle byly splněny úplně, ale intervence je nutné plnit po zbytek hospitalizace. Poslední diagnózou

je riziko infekce, i zde se podařilo splnit cíl úplně, ale opět je nutné v intervencích pokračovat, až do konce hospitalizace. Poskytovanou ošetrovatelskou péčí považujeme za účinnou. Z důvodu zdravotního stavu pacientky, je nutné i nadále pokračovat v efektivní ošetrovatelské péči. Pacientka je optimistka a jeví zájem o svou léčbu a velice ráda by se aktivně zapojila například tím, že bude dodržovat doporučená režimová opatření. I rodina se snaží zapojit do péče, a snaží se pacientku podpořit. Což jí při léčbě a dlouhodobé hospitalizaci velice pomáhá. Především návštěvy dcery jsou pro ni velkým dobitím energie a dobré nálady.

10.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Důležitou součástí bakalářské práce, by mělo být i doporučení pro praxi. Na základě studia odborné literatury, studijních materiálů ale i na základě získaných zkušeností můžeme odvodit pár návrhů pro ošetrovatelský personál, pacienty ale i pro management nemocnic.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- Především je důležité kvalitní vzdělání a zájem o obor, který vykonáváte.
- Návštěvy kurzů a školení, které se týkají oboru kardiologie.
- Rozšiřování si vzdělání např. ARIP, EKG kurzy...
- Pracovat v týmu a komunikovat v týmu.
- K pacientovi přistupovat holisticky a empaticky.
- Zvolit správný typ komunikace s pacientem a přistupovat k němu jako k rovnocennému partnerovi.
- Umět správně vyhodnotit pacientovo psychické rozpoložení, jednat asertivně a vyhnout se konfliktu.
- Seznámit se s anamnézou pacienta.
- Znat zásady edukace a při informování pacienta podle nich postupovat.
- Znat postupy při výkonech a mít všechny potřebné pomůcky k výkonu.

Doporučení pro pacienty:

- Užívat medikaci předepsanou ošetřujícím lékařem.
- Chodit na pravidelné kontroly k ošetřujícímu lékaři.
- Dodržovat doporučená režimová opatření.
- Nekouřit a vyhýbat se místům, kde se kouří.
- Nepít alkohol.
- Nebrat žádné návykové látky.
- Pravidelně cvičit x rehabilitovat x chodit na procházky.
- Informovat se o nabídkách lázní či rehabilitačních ústavů.
- Dodržovat předepsanou dietu.
- Dodržovat zásady zdravého životního stylu.
- Pravidelně se vážit.
- Dodržovat pitný režim.
- Navštívit sdružení lidí se stejným onemocněním.

Doporučení pro rodinu:

- Zjistit, co nejvíce informací o dané nemoci.
- Motivovat nemocného k dodržování léčebného režimu.
- Přizpůsobit dům potřebám nemocného např. polohovací lůžko.
- Zajistit klidný a bezpečný dům.
- Navštívit sdružení lidí se stejnou nemocí.
- Komunikovat s nemocným.
- Snažit se nemocného podpořit a motivovat.

Doporučení pro management nemocnic:

- Zajištění školení personálu v novinkách v oboru.
- Motivovat personál, ke zvyšování odborných znalostí formou odměn.
- Zajistit finanční motivaci pro nově nastupující sestry.
- Zajistit nově nastupujícím všeobecným sestřím řádné kurzy o výkonech provádějících se na oddělení.

- Během tří měsíčního adaptačního procesu přidělit nově nastupujícím všeobecným sestřám mentora, který je provede po nemocnici a proškolí je v otázkách bezpečnosti atd.

10.9 EDUKACE PACIENTA

Edukace o aplikaci Fraxiparine

Kvůli své diagnóze, je pacienta nucena si každý den aplikovat Fraxiparine 0,4ml s.c. Fraxiparine se používá k antikoagulační léčbě a je důležité, aby pacienta byla informována o jeho správném použití.

S edukací pacienty se začalo po výkonu, kdy lékař ordinovat první dávku Fraxiparine 0,4 ml s.c. Ošetřující sestra zajistila dostatečnou klid a soukromí a pacientce vysvětlila, co je nízkomolekulární Heparin a k čemu se užívá. K edukaci pacientů se na oddělení kardiologie využívají edukační letáky, kde jsou i obrázky. Při praktickém nácviku ošetřující sestra pacientce vysvětlila, co znamená aplikace s.c. a kde jsou nejvhodnější místa pro aplikaci. Dále byla pacientka informována o pomůckách, které jsou třeba např. čtverečky napuštěné dezinfekcí. Nakonec si pacientka pod kontrolou ošetřující sestry odezinfikovala místo vpichu, vytvořila kožní řasu a pod devadesátistupňovým úhlem aplikovala Fraxiparine. Na konci byla ještě pacientka informována o možných nežádoucích účincích při léčbě antikoagulancii. Jako je např. tvorba hematomů.

11 ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla ošetrovatelská péče u pacienta s chronickým srdečním selháním. Cílem bakalářské práce bylo zpracovat kazuistiku u pacienta s tímto chronickým onemocněním. Toto téma je aktuální především proto, že vlivem civilizačních chorob a životního stylu lidstva, kardiovaskulárních onemocnění neustále přibývá. V teoretické části jsou zmíněny druhy a příčiny srdečního selhání, dále je teoretická část věnována diagnostice a léčbě chronického srdečního selhání. Léčba tohoto onemocnění je zdlouhavá, komplikovaná a nákladná a ne vždy se dá řešit konzervativně. Proto se bakalářská práce nevěnuje pouze konzervativní léčbě, ale je v ní zmíněna i léčba chirurgická nebo transplantace srdce.

V praktické části je zpracována kazuistika devětadvacetileté pacientky dle modelu funkčních vzorců Marjory Gordonové. Je zde zpracována anamnéza pacienta, stav při přijetí a průběh hospitalizace. Na základě odebrané ošetrovatelské anamnézy byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a cíle ošetrovatelské péče. Do kazuistiky byly vybrány dva dny, během nichž pacientka absolvovala implantaci ICD.

Psaní této práce mě obohatilo o spoustu nových informací. Ve svém zaměstnání se s pacienty s chronickým srdečním selháním setkávám každý den a při vyhledávání informací do této bakalářské práce jsme se dozvěděla spoustu novinek při léčbě chronického srdečního selhání.

SEZNAM LITERATURY

BLACK, Jeanne. *A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure*. Study protocol for the Better Effectiveness After Transition - Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial. BEAT-HF Research Group, 2014. ISSN 1745-6215.

HEATHER, T., Herdman. *Ošetrovatelské diagnózy 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

HRADEC, J. *Chronické srdeční selhání*. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře. Praha: 2008, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP: 10s.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-726-2604-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3224-4.

MÁLEK, Filip. *Speciální problémy u chronického srdečního selhání*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2013. ISBN: 978-80-204-2879-0.

NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE, 2010. *Chronic heart failure: the management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care* [online]. London: National Clinical Guideline Centre, 2010 [cit. 2013-11-03]. Dostupné z: <http://guidance.nice.org.uk/CG108/Guidance/pdf/English>.

PIRK, Jan a kol. *Transplantace srdce*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN: 978-80-246-1606-3.

RIEDEL, Martin. *Dějiny kardiologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-614-4.

SOVOVÁ, Eliška. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN: 80-247-1009-9.

STŘEDA, Leoš. *eHealth a telemedicina*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing,2016. ISBN: 978-80-247-5764-3.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN: 978-80-247-1148-5.

ŠPINAR, Jindřich. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání - ČKS 2011*. Brno : Česká kardiologická společnost, 2012. ISBN: 978-80-904596-6-3.

ŠPINAR, Jindřich — HRADEC, Jaromír — MELUZÍN, Jaroslav, et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání ČKS 2006. *Vnitřní lékařství*, 2007, Roč. 53, č. 7-8, s. 877-908. ISSN: 0042-773X.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha:Grada, 2006. ISBN:978-80-247-1262-8.

VÍTOVEC, Jiří, ŠPINAROVÁ, Lenka. *Diagnostika a léčba chronického srdečního selhání v první linii*. První linie, 2013. roč. 3, č. 2, s. 41-43. ISSN: 1804-9028.

VLČEK, Jiří a kol. *Klinická farmacie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-202-5.

WIDIMSKÝ, Jiří. *Selhání srdce*. 5. vyd. Praha : Triton, 2009. ISBN: 978-80-7387-295-3.

PŘÍLOHY

Příloha A - Rešerše.....II

Příloha B - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce
.....III

Příloha A- Rešerše

OŠETŘOVATELSÝ PROCES U PACIENTA S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM

Adéla Hanzlíková

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Kardiologie. Ošetrovatelská péče. Srdeční selhání.

Cardiology. Nursing care. Heart failure.

Časové vymezení: 2006-2016

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články

Počet záznamů: (knihy: 21, články :165)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog knih Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

- Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ) –články

-Ovid Medline

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým srdečním selháním v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

III.