



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství 3. LF UK

Miroslava Kučerová

**Ošetrovatelská péče o pacienta
s levostranným kardiálním selháním**

*Nursing care of the patient with left-sided heart
failure*

Bakalářská práce

Případová studie

Praha, květen 2009

Autor práce: Miroslava Kučerová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Datum a rok obhajoby: červen 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 28.května 2009

Miroslava Kučerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svým konzultantům bakalářské práce, MUDr. Michaele Maruškové a PhDr. Marii Zvoníčkové, za ochotu a vstřícnost, stejně tak i za profesionální radu a odborné vedení mé bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. KLINICKÁ ČÁST.....	8
1.1 Anatomicko-fyziologický úvod krevního oběhu.....	8
1.2 Patofyziologie levostranné srdeční nedostatečnosti.....	9
1.3 Výskyt a klasifikace.....	11
1.3.1 Výskyt.....	11
1.3.2 Klasifikace.....	11
1.4 Etiologie.....	14
1.5 Rozdělení.....	15
1.6 Klinické příznaky.....	15
1.6.1 Klinický obraz akutního levostranného srdečního selhání.....	15
1.6.2 Klinický obraz chronického levostranného srdečního selhání.....	17
1.7 Vyšetřovací metody.....	18
1.7.1 Anamnéza.....	18
1.7.2 Základní fyzikální vyšetření.....	18
1.7.3 Vyšetření krevního tlaku.....	19
1.7.4 Měření centrálního žilního tlaku.....	19
1.7.5 Laboratorní vyšetření.....	19
1.7.6 Pomocné vyšetřovací metody.....	20
1.8 Léčba.....	21
1.8.1 Cíle.....	21
1.8.2 Léčebné možnosti akutního levostranného srdečního selhání.....	22
1.8.3 Léčebné možnosti chronického levostranného srdečního selhání... ..	23
2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ	25
2.1 Lékařská anamnéza.....	25
2.2 Lékařské diagnózy.....	27
2.3 Průběh hospitalizace.....	27
2.4 Farmakoterapie.....	28
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	32
3.1 Ošetřovatelský proces.....	32
3.2 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové.....	33
3.3 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocné dle modelu Gordonové.....	34
3.4 Ošetřovatelské diagnózy.....	39
3.5 Psychosociální problematika nemocné.....	47
3.6 Edukace.....	50
3.7 Prognóza.....	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY].....	55
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	58

SEZNAM PŘÍLOH	59
PŘÍLOHY	60

Úvod

Cílem mé práce bylo zpracování případové studie Ošetrovatelská péče o nemocnou A.Z. (73let), která byla hospitalizována na koronární jednotce III. interní-kardiologické kliniky FNKV s diagnózou levostranného srdečního selhání.

V klinické části jsem podrobněji rozpracovala anatomicko-fyziologický úvod krevního oběhu, podstatu srdečního selhávání, incidenci, klasifikaci, etiologii, klinické příznaky, diagnostiku a v neposlední řadě i léčbu onemocnění.

V ošetrovatelské části jsem popsala základní metodiku ošetrovatelského procesu. K vyhodnocení informací jsem použila model „Funkčního zdraví“ od Marjory Gordonové. Na základě získaných informací byly stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Aktuálnost ošetrovatelských diagnóz a cílů byla uspořádána ve spolupráci s klientkou. Plán ošetrovatelské péče byl sestaven s ohledem na zdravotní stav klientky. Závěr ošetrovatelské části je věnován edukaci a prognóze.

Případ pacientky A.Z. byl z hlediska ošetrovatelského velice zajímavý. Poskytl mi řadu cenných informací pro mou další ošetrovatelskou praxi.

1. Klinická část

1.1 Anatomicko-fyziologický úvod krevního oběhu

Srdce je svalový dutý orgán, jehož základní funkcí je přečerpávat krev. Je rozděleno do 4 dutin : **pravá síň** (atrium dextrum), **levá síň** (atrium sinistrum), **pravá komora** (ventriculus dexter) a **levá komora** (ventriculus sinister) (1, s.154). Krevní oběh tvoří dva oddělené okruhy, které jsou řazené za sebou. **Malý (plicní) oběh je poháněn pravou komorou srdeční, velký (systémový) levou komorou** (2, s.107).

Malý oběh začíná v pravé síni (atrium dextrum), kam horní a dolní dutá žíla (vena cava superior et inferior) přivádí odkysličenou krev. Odkysličená krev protéká přes trojcípou chlopeň (valva tricuspidalis) do pravé komory (ventriculus dexter). Kontrakcí pravé komory (ventriculus dexter) je vypuzena krev do plic, kde dochází k výměně dýchacích plynů O₂ a CO₂. Okysličená krev z plic přitéká čtyřmi plicními žilami (venae pulmonales) do levé síně (atrium sinistrum). Poté krev prochází přes dvojcípou chlopeň (valva bicuspidalis/mitralis) do levé komory (ventriculus sinister). Kontrakcí levé komory (ventriculus sinister) proudí krev do aorty. Z tepen odstupujících z aorty je zásoben celý organismus okysličenou krví (**velký, systémový oběh**). (1, s.154)

Srdeční činnost je dána pravidelným střídáním kontrakce a relaxace myokardu. Nazývá se **srdeční revoluce**. Srdeční revoluce je neustále opakující se cyklický děj, který je tvořen 2 fázemi **diastolou (ochabnutím myokardu)** a **systolou (kontrakcí myokardu)**. **Diastola** se skládá z období rychlého plnění komor, období pomalého plnění komor a systoly síní. **Konečný diastolický objem** za klidových podmínek dosahuje k hodnotám 120 – 140 ml. Po uplynutí určité doby, vznikne na konci diastoly vzruch v sinoatriálním uzlu, který postupuje vodivou kaskádou převodního systému na svalovinu komor. V tomto okamžiku se vlákna komor začnou stahovat, zvýší se tlak v komorách a uzavřou se atrioventrikulární chlopně. Diastolu střídá aktivní fáze srdeční revoluce, **systola komor**. Systolu komor tvoří 2 fáze, izovolumická a ejekční. Ejekční fáze se dělí na období rychlého a pomalého vypuzování. Při dosažení vyššího tlaku v komorách než je tlak v artériích, se otevřou semilunární chlopně. Krev začne

proudit pod vlivem tlakového gradientu do velkých cév. Po vypuzení krve tlak v komorách začne postupně klesat. Jakmile tlak v komorách poklesne pod hodnotu tlaku v aortě (120mmHg) a plicnici (35 mmHg), uzavřou se semilunární chlopně vlivem tlakového rozdílu. Tlak v komorách dále klesá k nulovým hodnotám. Naopak v síních na konci komorové systoly i na začátku diastoly tlak mírně stoupá. Tudíž záhy po začátku diastoly převyšuje tlak v relaxovaných komorách a v důsledku toho se otevírají atrioventrikulární chlopně a začínají se plnit komory. (2, s.109)

1.2 Patofyziologie levostranné srdeční nedostatečnosti

Srdeční selhání je stav, kdy srdce není schopné zabezpečit adekvátní perfuzi tkání v míře vyžadované danou aktuální metabolickou aktivitou tkání za předpokladu dostatečného žilního krevního návratu.

U levostranné srdeční nedostatečnosti stoupá plicní objem levé srdeční komory a množství krve v plicích. V závislosti na poddajnosti jednotlivých srdečních oddílů stoupá i plicní tlak v levé komoře a následně i tlak v levé síni, v plicních žilách, plicních kapilárách a dochází ke vzniku **postkapilární plicní hypertenze**. Pokud tlak v plicních kapilárách převyší hodnotu osmotického tlaku krevní plazmy, dochází k **přesunu tekutiny zprvu do plicního intersticia** a jsou-li převýšeny i možnosti lymfatické drenáže, **později přestupuje tekutina i do plicních alveolů**.

U nemocných s **mitrální stenózou** (nebo jinou formou blokády mitrálního ústí – například myxomem nebo trombem levé síně) **dochází ke známkám levostranné srdeční nedostatečnosti bez vzestupu plicního tlaku v levé komoře**. Vzhledem k přítomnosti diastolického tlakového gradientu na mitrálním ústí stoupá pouze tlak v levé síni, v plicních žilách, v plicních kapilárách a v plicnici.

Následkem vazokonstrikce v arteriální části plicního řečiště a později též následkem hypertrofie medie plicních arteriol a subintimální proliferace vaziva v malých cévách dochází i ke zvýšení plicní arteriolární rezistence a plicní hypertenze je tedy smíšená (prekapilární i postkapilární). Zvýšení plicního

cévního odporu do jisté míry chrání nemocné před vznikem plicního otoku při zátěži, vede však k zatížení a později i k nedostatečnosti pravé srdeční komory. Vzniku plicního otoku brání i zvýšený odtok lymfy z plic v důsledku zmnožení lymfatické drenáže plic a zvětšení její kapacity a rovněž se uplatňuje zhoršení propustnosti alveokapilární membrány následkem proliferativních změn vazivového intersticia.

Minutový objem srdeční je určován hodnotou srdeční frekvence a tepového objemu srdečního. Pokud není přítomna porucha vzniku nebo převodu srdečního vzruchu, srdeční frekvence při vzniku srdeční nedostatečnosti stoupá. Tepový objem srdeční je určován na základě Frank-Starlingova mechanismu plnicím objemem jednotlivých srdečních komor. Výslednou hodnotu minutového objemu srdečního určí více selhávající komora, to je ta, která pracuje při vyšším plnicím tlaku a má nižší tepový objem. Znamky nízkého minutového objemu srdečního se tedy mohou vyskytovat jak při levostranném, tak při pravostranném srdečním selhávání. Hypoperfuze nejrůznějších orgánů se může projevit řadou příznaků a známek, které jsou uvedeny v klinické části (1.6).

Obraz srdeční nedostatečnosti je ovlivněn kombinací známek transudace tekutiny z kapilár do intersticia různých orgánů, **známek nedokrevnosti orgánů** v důsledku poklesu minutového srdečního objemu v klidu i při zátěži **a přítomností kompenzačních mechanismů**, jejichž účelem je udržet dostatečný přívod okysličené krve a metabolitů do tkání a odvod zplodin tkáňového metabolismu i za podmínek stávající srdeční nedostatečnosti.

Výsledný obraz se bude vždy odvíjet od příčiny, rychlosti vzniku srdeční nedostatečnosti, rychlosti a stupni kompenzačních mechanismů.

Kompenzační mechanismy, které modifikují obraz srdeční nedostatečnosti jsou následující:

(1) **Aktivace sympatoadrenálního systému** s následným zvýšením srdeční frekvence, arteriální a žilní vazokonstrikcí, zvýšením srdeční kontraktility a vzestupem diastolické relaxační schopnosti myokardu.

(2) *Zapojení systému renin-angiotenzin-aldosteron*, jehož zvýšená aktivita má za následek arteriální vazokonstrikci, retenci sodíku, vody a rovněž přímé zvýšení srdeční kontraktility.

Z dalších hormonálních působků se uplatňují u srdečního selhání *vazopresin*, *síňový natriuretický faktor* a některé *peptidy*. Zvýšená produkce síňového natriuretického faktoru však většinou nestačí korigovat retenci sodíku a vody.

(3) *Retence tekutin* vede ke zvýšení plicního tlaku nebo plicního objemu srdečního a tím k uplatnění Frank-Starlingova mechanismu.

(4) *Dochází k hypertrofii srdeční*, u tlakového přetížení levé komory se jedná o koncentrickou hypertrofii, u objemového přetížení o dilataci komory.

(5) Prostřednictvím redistribuce minutového objemu srdečního se *zvyšuje periferní dodávka O₂ do životně důležitých orgánů*. Zároveň dochází k posunu disociační křivky hemoglobinu a zvýšení tkáňové extrakce O₂ s následným vzestupem arteriovenózní difference koncentrace O₂ (tj. rozdílu saturace kyslíku v arteriální a smíšené žilní krvi)

(6) *Je využíván anaerobní metabolismus*.

Kompenzační mechanismy se projevují nejen příznivým ovlivněním hemodynamiky srdečního selhání, ale i nepříznivými efekty, mezi které patří zvýšení srdeční práce vlivem aktivace sympatiku, zhoršení perfuze myokardu, retence tekutin a vznik otoků, ztráty draslíku a vznik arytmií. (3, s.36-38)

1.3 Výskyt a klasifikace

1.3.1 Výskyt

Prevalence srdečního selhání v populaci se pohybuje v rozmezí 1-2%.

U osob v 8-9.dekádě života se zvyšuje až na 10%. (4, s.38)

1.3.2 Klasifikace

Killipova klasifikace

Killipova klasifikace se používá jen u akutního srdečního selhávání.

Je založena na klinických projevech a RTG nálezů.

Rozděluje se do 4 stupňů (5):

Tab. 1: Killipova klasifikace

Stupeň	definice
I.	Bez srdečního selhání, bez známek městnání.
II.	Srdeční selhání s cvaem, s chrůpky, známkami plicní hypertenze. Vlhké chropy na plicích jsou v dolní polovině.
III.	Těžké srdeční selhání s vlhkými chropy po celých plicích.
IV.	Kardiogenní šok s hypotenzí < 90 mm Hg, periferní vazokonstrikcí, oligurií, cyanózou atd.

Klasifikace dle NYHA

Ke stanovení tíže nebo funkční závažnosti (zejména chronického) srdečního selhání se používá klasifikace dle NYHA (New York Heart Association).

Kvantifikuje:

- výkonnost
- subjektivní obtíže nemocného (především dušnost, palpitace a angiózní bolesti)

Rozděluje se do 4 funkčních tříd (6)

Tab. 2: Funkční klasifikace srdečního selhání podle New York Heart Association (NYHA).
Modifikace z roku 1994

NYHA	definice	činnost	VO ₂ max (orientačně)
Třída I.	Bez omezení činnosti. Každodenní námaha nepůsobí pocit vyčerpání, palpitace nebo anginu pectoris.	Nemocní zvládnou práci, jako je shrabování sněhu, rekreační hru odbíjené či lyžování, běh 8 km/hod. .	>20 ml/kg/min
Třída II.	Menší omezení tělesné činnosti. Každodenní námaha vyčerpává, způsobuje dušnost, palpitace nebo anginu pectoris.	Nemocní zvládnou práci na zahradě, sexuální život bez omezení, chůzi 6 km/hod.	16–20 ml/kg/min
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, chůzi 4 km/hod.	10–16 ml/kg/min
Třída IV.	Obtíže při jakékoliv tělesné činnosti invalidizují. Dušnost, palpitace nebo angina pectoris se objevují i v klidu.	Nemocní mají klidové obtíže a jsou neschopni samostatného života.	<10 ml/kg/min

1.4 Etiologie

(klasifikace podle Schlanta, R.C. a Sonnenblicka, E. H., 1986)

A. MECHANICKÉ PŘÍČINY

1. tlakové přetížení

- *systémová hypertenze (primární, sekundární), koartace aorty, aortální stenóza (supravalvulární, valvulární, subvalvulární), plicní hypertenze (primární, hypoxická vazokonstrikce, hyperkinetická, redukce plicního řečiště např. při plicní embolizaci), stenóza plicnice*

2. objemové přetížení

- *nedomykavost chlopně (aortální, mitrální, trikuspidální, pulmonální), zkratové vady, vzestup intravaskulárního objemu*

3. překážka plnění komor

- *mitrální stenóza, trikuspidální stenóza, perikardiální konstrikce, tamponáda, restriktivní kardiomyopatie*

4. hyperkinetická cirkulace

- *při periferních arteriovenozních píštělích, těžké anémii, beri-beri, Pagetově chorobě*

B. MYOKARDIÁLNÍ PŘÍČINY

1. Primární

- *kardiomyopatie, myokarditidy, neuromuskulární onemocnění*

2. Sekundární

- *chronické opakované epizody ischémie myokardu, infarkt myokardu, poinfarktová výdut' srdeční, toxické poškození (alkohol, kobalt, cytostatika aj.), metabolické poškození (diabetes, hypertyreóza aj.), infiltrativní choroby myokardu, systémové choroby pojiva s postižením myokardu, postižení kardiodepresivním účinkem léků*

C. ARYTMIE

1. Bradyarytmie

2. Tachyarytmie

1.5 Rozdělení (1, s.155):

- podle vyvolávající příčiny:
 - **pravostranné, levostranné, oboustranné**
- podle časového průběhu:
 - **akutní, chronické, latentní** (pouze při zátěži)
- podle obnovení výkonu srdce při selhání na:
 - **kompenzované, dekompenzované**
- další dělení:
 - **systolické, diastolické**

1.6 Klinické příznaky

1.6.1 Klinický obraz akutního levostranného srdečního selhání

Akutní srdeční selhání je klinický syndrom charakteristický nízkým minutovým výdejem, hypoperfuzí tkání, zvýšeným plicním tlakem v zaklínění a městnáním v tkáních. Příčina může být kardiálního i nekardiálního původu, trvalého i přechodného charakteru a může být podkladem pro rozvoj trvalého poškození srdce s následným vznikem chronického srdečního selhání. Srdeční selhání může být komplikací těžkého postižení jiného orgánu, ale také může být příčinnou ireverzibilního multiorgánového postižení(5).

Akutní levostranné srdeční selhání se rozděluje (5):

- **selhání dopředu**
- **selhání dozadu**
- **kombinace obou výše zmíněných mechanismů**

akutní levostranné srdeční selhání dopředu (5)

- ***klinické projevy:***
 - únava
 - slabost
 - bledost
 - periferní cyanóza
 - hypotenze
 - nitkovitý puls
 - tachykardie
 - oligurie
 - popř.rozvoj kardiogenního šoku

- ***při fyzikálním vyšetření můžeme zaznamenat:***
 - vznik regurgitačního systolického šelestu při akutní mitrální insuficienci
 - třetí ozvu s cvalem při systolické poruše funkce levé komory
 - zvýšenou náplň krčních žil a paradoxní puls při perikardiální tamponádě

- **akutní levostranné srdeční selhání dozadu (5)**
- ***klinické projevy:***
 - námahová dušnost, která může postupně vyústit v plicní edém
 - plicní edém se projevuje tachypnoí, suchým kašlem, vzácně vazkým sputem, bledostí či cyanózou
 - kůže může být studená
 - krevní tlak spíše zvýšený

- ***z fyzikálního vyšetření jsou charakteristické:***
 - poslechové fenomény v podobě plicních chropů

- ***z pomocných vyšetření je diagnostický:***
 - nález plicního edému na RTG snímku

1.6.2 Klinický obraz chronického levostranného

srdečního selhání

Klinické příznaky chronického srdečního selhání (6):

- *dušnost*
- *únava*
- *periferní otoky*

- *dušnost*
 - nejdříve námahová, později klidová
 - jejíž hlavní příčinou je vzestup diastolického tlaku v levé komoře, levé síni, plicních kapilárách a následné městnání krve v plicích při dysfunkci levé komory, ať již systolické nebo diastolické

- *kašel*
 - se objevuje při námaze, psychickém stresu nebo rozčilení

- *únava a nevykonnost*
 - hlavní příčinou únavy, je nízký srdeční výdej, periferní hypoperfuze s nepřiměřenou dodávkou kyslíku a živin do kosterních svalů a metabolizujících tkání

- *periferní otoky*
 - příčinou je jednak městnání krve ve venózním řečišti při dysfunkci pravé komory, ale také aktivace osy renin-angiotenzin-aldosteron s následnou retencí sodíku a vody a poklesem renálních funkcí při poklesu srdečního výdeje

- *stenokardie u ICHS*

1.7 Vyšetřovací metody

Ke stanovení diagnózy jsou nezbytná tyto vyšetření:

- 1) Anamnéza**
- 2) Základní fyzikální vyšetření**
- 3) Vyšetření krevního tlaku**
- 4) Měření centrálního žilního tlaku**
- 5) Laboratorní vyšetření**
- 6) Pomocné vyšetřovací metody**

1.7.1 Anamnéza

Anamnéza je soubor veškerých informací o zdravotním stavu nemocného, které jsou chronologicky řazené od narození až po současnost. Dělíme ji na rodinnou, osobní, pracovní a sociální anamnézu. (7, s.15-19)

1.7.2 Základní fyzikální vyšetření (1, s.97-98)

1) Pohled (inspekce)

- celkový vzhled nemocného je odrazem obrazu pro řadu onemocnění
- nemocného pohledem vyšetřujeme systematicky, od hlavy až k patě
- zvýšenou pozornost věnujeme ortopnoické poloze, mitrální tváři, náplni krčních žil, barvě kůže, končetinám

2) Pohmat (palpace)

- pohmatem vyšetřujeme pulzaci karotid, zvedavý úder srdečního hrotu a pulz na artériích

3) Poklep plic (perkuse)

- poklepem vyšetřujeme výpotek v pohrudniční dutině

4) Poslech srdce a plic (auskultace)

- poslechem vyhodnocujeme frekvenci, rytmus a slyšitelné fenomény

1.7.3 Vyšetření krevního tlaku

Jedná se o základní metodu jejíž prostřednictvím můžeme monitorovat krevní oběh (1, s.98).

Krevní tlak můžeme měřit (1, s.98):

- **nepřímo** pomocí rtuťového tonometru a fonendoskopu (stetoskopicky) nebo digitálního tonometru (oscilometricky) přiložením nad a.brachialis
- **přímo** v tepně (intraarteriálně)

1.7.4 Měření centrálního žilního tlaku

- **centrální žilní tlak** měříme prostřednictvím srdečního katétru zavedeného do horní duté žíly žilní cestou (v.subclavia, v.jugularis, v.cubitalis). (1, s.105)

1.7.5 Laboratorní vyšetření

Nejčastěji je u levostranného srdečního selhávání indikováno (kombinací 2 zdrojů: 5. a 6.):

1) vyšetření krve

- *hematologické vyšetření krve*
 - sedimentace, krevní obraz + diferenciál
- *hemokoagulační vyšetření krve*
 - Quickův test, D-dimer
- *biochemické vyšetření krve*
 - troponin I nebo troponin T, aminotransferázy, urea a kreatinin, iontogram, glykémie, stanovení acidobazické rovnováhy, lipidové spektrum
- *serologické vyšetření krve*
 - B typ natriuretického peptidu, C-reaktivní protein
- *izotopové vyšetření krve*
 - stanovení hladiny hormonů štítné žlázy

2) vyšetření moči

- moč + sediment

1.7.6 Pomocné vyšetřovací metody

Rentgen srdce a plic (8, s.65)

- Prostý snímek hrudníku je jedna z nejspolehlivějších vyšetřovacích metod poukazující na známky srdečního selhání, které často předcházejí klinickým příznakům.
- Rentgenový snímek zobrazí zvětšení srdečního stínu, pohrudniční výpotek a přenesený tlak na plicnici.
- Plicní žilní městnání se rozděluje do 3 stupňů:
 - 1) cévní městnání
 - 2) intersticiální plicní otok
 - 3) alveolární plicní otok

Elektrokardiografie (EKG) (kombinací 2 zdrojů: 5. a 6.)

- 12-svodové EKG je základní vyšetření.
- EKG diagnostikuje poruchy srdečního rytmu, známky přetížení srdečních oddílů nebo přítomnost ischemie myokardu.
- U chronické srdeční insuficience můžeme toto vyšetření rozšířit i o zátěžovou elektrokardiografii.

Echokardiografie (kombinací 2 zdrojů: 5. a 8., s.73)

- Echokardiografie je neinvazivní ultrazvuková vyšetřovací metoda, která slouží k posouzení:
 - funkčních a morfologických abnormalit
 - globální a regionální funkce srdečních komor
 - funkce i struktury srdečních chlopní
 - k detekci mechanických komplikací infarktu myokardu
 - stavu perikardu
- Dělí se na několik typů:
 - jednorozměrnou, dvojrozměrnou, jícnovou, Dopplerovskou

- Výhodou echokardiografie je minimální zátěž pro pacienta a možnost jejího opakování, které často slouží k zhodnocení efektu terapie.

Invazivní vyšetřovací metody

- Jedná se rentgenově kontrastní vyšetřovací metody, která využívají invazivního vstupu jehož prostřednictvím se dostávají do tepenného řečiště a následně do vyšetřovaných oblastí.
 - koronografie, ortografie, ventrikulografie, oboustranná srdeční katetrizace

Všechny výše zmíněné vyšetřovací metody se používají při diagnostice srdečního selhání. S přihlédnutím ke klinickým projevům a přidruženým onemocněním, se jejich rámec může rozšířit i o jiné.

1.8 Léčba

1.8.1 Cíle

Terapeutické cíle zahrnují (9, s.38-39):

- 1) odstranění vyvolávající příčiny
- 2) odstranění precipitujících faktorů
 - infekce; anemie; plicní embolizace; poruch srdečního rytmu; hypertyreózy
- 3) kontrola srdečního selhání
 - a) snížení pracovního zatížení srdce
 - tělesný a emoční klid; redukce nadváhy, léčba obezity; snížení dotížení (vazodilatancia); asistovaná cirkulace
 - b) zlepšení přečerpávací funkce srdce
 - pozitivně inotropně působící látky; kardiostimulace; transplantace srdce
 - c) snížení nadměrné retence sodíku a tekutin

- omezení sodíku v potravě; diuretika; mechanické odstranění tekutin (torakocentéza, paracentéza, ultrafiltrace, dialýza)

Volba a kombinace terapeutických postupů je individuálně sestavená dle etiologie, stupně srdečního selhání, přidružených onemocnění, věku nemocného a řady dalších faktorů. (6)

1.8.2 Léčebné možnosti akutního levostranného

srdečního selhání

Akutní srdeční selhání je stav vyžadující hospitalizaci na koronární jednotce, kde je zajištěna intenzivní monitorace vitálních funkcí nemocného.

Režimové opatření (5):

- pohybový režim: absolutní klid; poloha: úlevová/ortopnoická

Monitorace a kompenzace (5):

- infekce; metabolických poruch (katabolismus, diabetes mellitus, urémie atd); renální insuficience; komplikací

Oxygenoterapie

- kyslík aplikujeme maskou nebo prostřednictvím umělé plicní ventilace (saturace kyslíkem by se měla pohybovat v rozmezí 95-98%)

Farmakologická léčba (5):

a) antihypertenziva:

- diuretika (Furosemid, popřípadě volíme jiná kličková diuretika)
- betablokátory (po stabilizaci stavu)
- ACE-inhibitory

- vazodilatancia (Nitráty, Nitroprussid)
- b) opiáty
- Morfin a jiná analoga se používají k odstranění fyzického a psychického stresu
- c) inotropika
- se používají u vybraných nemocných (indikováno u těžkého srdečního selhání př. Levosimendan, Dopamin)
- d) antikoagulancia
- e) srdeční glykosidy
- f) intravenózní podání tekutin při nízkém plnicím tlaku

Chirurgická a podpůrná léčba (5):

- nekrvavá venepunkce
- korekce anatomických poruch
- revaskularizace myokardu
- náhrada či plastika srdečních chlopní
- implantace dočasné mechanické podpory
- transplantace srdce

1.8.3 Léčebné možnosti chronického levostranného

srdečního selhání

Režimové a dietní opatření (6):

- redukce tělesné hmotnosti u pacientů s nadváhou a obezitou;
snížení příjmu NaCl < 4-5 g/den; abstinence alkoholu, kouření;
adekvátní tělesná aktivita

Kompenzace přidružených onemocnění (6):

- hypertenze; ischémie myokardu; fibrilace síní, komorové arytmie;
plicních onemocnění; tromboembolie; infekčních onemocnění;

diabetes mellitus; renální insuficience; onemocnění štítné žlázy;
anemie

Farmakologická léčba (6):

- antihypertenziva:
 - inhibitory ACE
 - diuretika
 - betablokátory
 - blokátory receptoru pro angotenzin II.
 - vazodilatancia
- blokátory aldosteronu
- antiarytmika
- inotropika
- kardiotonika (Digoxin)
- antikoagulancia, antiagregancia
- hypolipidemická léčba

Chirurgická a podpůrně přístrojová léčba (6):

- očišťovací metody: ultrafiltrace, hemodialýza
- mechanicky podpůrné systémy
- implantabilní kardiovertery/defibrilátory
- resynchronizační léčba
- revaskularizace myokardu
- aneuryzmektomie
- plastika mitrální chlopně
- náhrada aortální chlopně
- kardiostimulace
- srdeční transplantace

2. Základní údaje o nemocné

- 1) Lékařská anamnéza
- 2) Lékařské diagnózy
- 3) Průběh hospitalizace
- 4) Farmakoterapie

Veškeré údaje jsou převzaty ze zdravotnické dokumentace nemocné.

2.1 Lékařská anamnéza

- Pacientka A.Z., narozena 1936, byla přijata na koronární JIP III.interní-kardiologické kliniky FNKV.
- Dne 11.2.2009 navštívila obvodní lékařku. Na základě rozhodnutí obvodní lékařky byla pacientka odeslána k hospitalizaci pro tyto potíže:
 - Od pátku na sobě pacientka pozoruje výrazné zhoršení dušnosti. Dříve se dušnost dostavovala při chůzi do 3. patra nebo většího kopce. V současné době se dušnost aktivuje minimální fyzickou námahou (chůze po bytě) anebo ulehnutím do postele. V klidu a ve zvýšené poloze dušnost ustává.
 - Od soboty pacientka pociťuje tlakovou bolest pod oběma klíčovými kostmi. Při hlubokém nádechu se bolest mírně zhoršuje.
 - Včera večer a dnes ráno při smrkání z nosu pacientka zaznamenala slabé krvácení z nosu.
 - Otoky dolních končetin.
- **O.A:**
 - v dětství běžné dětské nemoci; 1983 cholecystektomie; 1984 stav po exstirpaci v.s hyperfunkčního adenomu štítné žlázy; 1986 hypertenzní nemoc; 1986 DM 2.typu na dietě;

6/2006 hospitalizace pro tachyfibrilaci síní; 9/2006 provedena el. kardioverze na sinusový rytmus

- 11/2007 recidiva SVT, v.s. atypický flutter síní s TF 100/min, rezistentní na terapii, pacientka oběhově kompenzovaná NYHA II. stupně, postupováno konzervativně
- 8/2007 el. verze pro fibrilaci síní s rychlou komorovou odpovědí
- 4/2007 kardioverze flutteru síní
- F.A: Cordarone 200mg 1-0-0, Egilok 100mg 1-0-1, Milurit 100 mg 1-0-0, Simvacard 20mg 0-0-1, Agen 10mg 1-0-0, Prestarium 8mg 1-0-0
- A.A: alergie na Penicilin a Paralen (reakce: toxoalergický exantém)

- **R.A:**

- Otec zemřel v 88 letech na astma bronchiale. Matka zemřela v 77 letech na zástavu srdce. Sourozenci : 2, již zemřeli. Bratr měl hypertenzi. Děti: 2, zdravé. IM v příbuzenstvu: 0, náhlá smrt v příbuzenstvu: +, hypertenze v příbuzenstvu: +

- **S.A**

- Pacientka žije ve společné domácnosti s manželem (73let) a s dcerou (50let) v panelovém domě. Panelový dům je vybaven výtahem. Koupelna je realizována bezbariérově.

- **P.A:**

- Klientka nyní v důchodu. Dříve pracovala jako dámská krejčová.

2.2 Lékařské diagnózy

- Dušnost – dyspnoe - klinicky kardiální insuficience
- Insuficience mitrální chlopně
- Esenciální (primární) hypertenze
- Fibrilace a flutter síní
- Diabetes mellitus 2.typu na dietě

2.3 Průběh hospitalizace

Stav při přijetí

- Pacientka dopravena dcerou. U pacientky se objevila klidová dušnost s tachypnoí. Pacientka při vědomí. Ikterus 0, cyanóza 0, kůže studeně opocená, bledá.

Stav během hospitalizace

- Reakce pacientky na hospitalizaci byla zpočátku velice negativní (1-3 den). Znepokojovala jí dušnost a upoutání na lůžko.
- Pacientka první den hospitalizace ztratila chuť k jídlu.
- Medikace dle ordinace lékaře + oxygenoterapie nosními brýlemi. Po podání kyslíku pacientka se cítí méně dušná.
- Komunikace obtížná, pacientka spává.
- 4.den: změna pohybového režimu. Za pacientkou dochází pravidelně rehabilitační pracovnice, která u pacientky realizuje dechová cvičení.
- 4.den: změna pohybového režimu přispěla k lepší rovnováze psychického stavu, k vyšší chuti k jídlu a soběstačnosti klientky.
- 5.den: výrazné zlepšení sebepěče a pohybové aktivity. Pacientka méně dušná.

Objektivní vyšetření

- TK 160/80 mmHg, P 63/min, TT 36,3°C, dýchání obtížné, chrůpky vlevo, systolický šelest na srdečním hrotě, játra nezvětšena, břicho měkké, bilaterální otoky dolních končetin.

Diagnosticky významná vyšetření

- Laboratorní vyšetření:
 - KO, minerály v mezích normy; ASTRUP (pH 7,35; PaCO₂ 4,84 kPa; PaO₂ 9,4 kPa); QUICK 1,13; FW 20/40; CRP 34,7; Glykémie 6,33 mmol/l; bilirubin 24,6
- Elektrokardiografie
 - výsledek: vysoký kmit R
- Scintigrafie plic
 - plicní perfuze bez defektů, embolizace neprokázána
- Echokardiografie
 - EF 40-50%

2.4 Farmakoterapie

- **Cordarone 200mg 1-0-0**
 - indikační skupina: antiarytmikum
 - indikace: poruchy srdečního rytmu
 - N.Ú: kožní reakce, poruchy štítné žlázy (hypofunkce, hyperfunkce), dýchací obtíže, poruchy zraku (zamlžené vidění, snížená zraková ostrost), poruchy srdečního rytmu, vzestup jaterních enzymů, zažívací potíže, alergické projevy, nervové nežádoucí účinky (bolest dolních končetin, třes, noční můry, potíže s chůzí, benigní intrakraniální hypertenze)
- **Egilok 100mg 1-0-1**
 - indikační skupina: antihypertenzivum, betablokátor

- indikace: hypertenze, poruchy srdečního rytmu, prodělaný infarkt myokardu, angína pectoris, migréna, zvýšená činnost štítné žlázy
 - N.Ú: únava, bolest hlavy, zažívací obtíže, závratě, poruchy spánku, bradykardie, kožní reakce, pocit chladu v končetinách, zvýšené pocení, zrakové poruchy, dušnost.
- **Milurit 100mg 1-0-0**
 - indikační skupina: antiuratikum
 - indikace: dna, primární hyperurikemie, prevence a léčba urátové neuropatie, sekundární hyperurikemie spojená s hematologickými onemocněními
 - N.Ú: alergické projevy (otok rtů, otok úst nebo hrdla způsobující obtíže při polykání nebo dýchání, mdloby, kopřivka), bolest kloubů, zánět postiženého kloubu, slabost, zažívací obtíže, ikterus, bolest v krku, horečka, tečkovité krvácení, poruchy nervového systému, celková slabost, ztráta vlasů, šedý zákal, poruchy zraku
- **Simvacard 20mg 0-0-1**
 - indikační skupina: hypolipidemikum
 - indikace: primární hypercholesterolemie, smíšená dyslipidemie, homozygotní familiární hypercholesterolemie, kardiovaskulární prevence
 - N.Ú: zažívací obtíže, bolest hlavy, celková slabost, bolest svalů, svalová slabost nebo svalové křeče, vzácně ikterus anebo zánět jater, alergické projevy, závratě, chudokrevnost, pocení mravenčení, vypadávání vlasů
- **Agen 10mg 1-0-0**
 - indikační skupina: antihypertenzivum, blokátor Ca kanálu

- indikace: hypertenze, profylaxe angíny pectoris nebo Prinzmetalovy (variantní) anginy pectoris
 - N.Ú: bolest hlavy, otoky (zvláště kolem kotníků), mdloba, spavost, nevolnost, bolest břicha, zrudnutí kůže, purpura, poruchy smyslového vnímání (sluch, chuť), třes, hučení v uších, kašel, rýma, poruchy zbarvení kůže, poruchy močení, palpitace, vzácně hypotenze a alergické projevy
- **Prestarium 8 mg 1-0-0**
 - indikační skupina: antihypertenzivum, ACE inhibitor
 - indikace: terapie hypertenze a srdečního selhání, profylaxe cévní mozkové příhody
 - N.Ú: hypotenze, závratě, suchý kašel, dušnost, žaludeční a střevní obtíže, bolesti hlavy, závrať, mravenčení, poruchy vidění, hučení v uších, tělesná slabost, křeče, vzácně renální insuficience, alergické projevy, poruchy spánku a nálady, sexuální poruchy, sucho v ústech, pocení
- **Furon 1-0-0**
 - indikační skupina: antihypertenzivum, diuretikum
 - indikace: edémové stavy, hypertenze
 - N.Ú: zažívací obtíže, oběhové poruchy (tlak v hlavě, závrať, poruchy zraku), zhoršení průběhu DM a dny, alergické projevy, poruchy krevetvorby, poruchy sluchu, poruchy vodního a elektrolytového hospodářství, poruchy srdečního rytmu, křeče v lýtkách, nechutenství, závratě, poruchy spánku, zmatenost
- **Verospiron 25mg 0-1-0**
 - indikační skupina: antihypertenzivum, diuretikum šetřící K
 - indikace: otoky různého původu, kardiální insuficience, hypertenze, hyperaldosteronismus, hypokalémie

- N.Ú: zažívací obtíže, bolest hlavy, spavost, zmatenost, horečka, alergické projevy, nepravidelná menstruace, prohloubení hlasu, gynekomastie, poruchy srdečního rytmu, sucho v ústech, žízeň, poruchy erekce
- **Ebrantil 30mg 1-0-1**
 - indikační skupina: antihypertenzivum
 - indikace: hypertenze
 - N.Ú: pocit závratě, nevolnost, bolest hlavy, sucho v ústech, ucpaní nosu, poruchy spánku, obtíže zažívacího ústrojí, alergické projevy, palpitace, mírné změny srdeční frekvence, pocit tlaku anebo bolest v hrudníku, ortostatická hypotenze, neklid, priapismus, otoky končetin, zvýšení jaterních enzymů, trombocytopenie
- **Augmentin 1,2 g**
 - indikační skupina: antibiotikum
 - indikace: infekce horních dolních cest dýchacích, urogenitální infekce, infekce kůže a měkkých tkání, infekce kostí a kloubů a jiné infekce, profylaxe při rozsáhlých chirurgických výkonů
 - N.Ú: infekce a parazitární onemocnění, kožní a slizniční kandidóza, poruchy krve a lymfatického systému, poruchy imunitního systému, poruchy nervového systému, cévní poruchy, gastrointestinální poruchy, poruchy jater a žlučových cest, poruchy kůže a podkoží, poruchy ledvin a močových cest, jaterní poškození
- **Clexane 0,4ml 1x denně**
 - indikační skupina: antikoagulancium, antitrombotikum
 - indikace: profylaxe tromboembolické nemoci, léčba hluboké žilní trombózy, nestabilní anginy pectoris, AIM

- kontraindikace: anamnestická trombocytopenie po enoxaparinu
- N.Ú: krvácivé projevy, kožní i celkové alergické reakce, lokální reakce v místě vpichu, trombocytopenie

3. Ošetrovatelská část

3.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je specifická, racionální a systematická metoda, která poskytuje metodický rámec pro realizaci cílů v ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces lze vnímat také jako nástroj aplikující individualizovanou ošetrovatelskou péči do praxe. Obecně přispívá ke zvyšování kvality a efektivnosti poskytované ošetrovatelské péče. (10, s.7-9)

Ošetrovatelský proces se skládá z 5 komponentů (10, s.13-19):

- 1) Zhodnocení nemocného („kdo je můj nemocný“)
 - Je prvním krokem ošetrovatelského procesu, který slouží ke sběru a vyhodnocení dat o nemocném.
 - Dělí se do 2 fází: ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení nemocného.
 - Součástí ošetrovatelské anamnézy jsou identifikační údaje, současný zdravotní stav a anamnestické údaje zahrnující bio-psycho-sociální oblast.
 - Hodnocení nemocného vychází z ošetrovatelské anamnézy, rozhovoru, pozorování, testování a měření.

- 2) Stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz („co ho trápí“)
 - Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace poruchy potřeb a problémů nemocného, které mohou být řešeny vhodnou ošetrovatelskou intervencí.

- 3) Vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče („co pro něj mohu udělat“)
 - Jedná se o uvážený a systematický proces směřující k dosažení kvalitní ošetrovatelské péče.
 - Je rozdělen do dvou částí: stanovení cílů a plán ošetrovatelské péče.

- 4) Realizace aktivní individualizované péče
 - Realizace představuje komplexní ošetrovatelskou činnost zaměřenou na dosažení cíle.

- 5) Zhodnocení efektu poskytnuté péče („pomohla jsem mu“)
 - Vyhodnocení slouží k analýze jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Zjišťujeme, do jaké míry bylo dosaženo pacientova cíle a úspěšnost ošetrovatelské péče.

3.2 Ošetrovatelský model Marjory Gordonové

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala „Model fungujícího zdraví“ od Marjory Gordonové. Model M. Gordonové patří k nejznámějším a nejpoužívanějším modelům v praxi. Z aspektu holistické filozofie podává nejkompexnější pohled na člověka, který byl dosud vytvořen. Podle tohoto modelu sestra získá veškeré spektrum informací potřebné k odběru ošetrovatelské anamnézy, ke stanovení aktuálních či potencionálních diagnóz a k naplánování i zrealizování efektivní individualizované ošetrovatelské péče.

M. Gordonová definovala pacienta jako holistickou bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Lidé obklopují určité funkční vzorce, které se podílejí na udržení, navrácení zdraví, kvalitě života a v neposlední řadě také na dosahování lidského potenciálu. Zdravotní stav je odrazem bio-psycho-sociálních interakcí. Z toho vyplývá, že klient je jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví.

Cílem tohoto modelu je dosáhnout bio-psycho-sociální homeostázy a vést jedince k zodpovědnosti za své zdraví.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu jedince. (11, s.99-102)

1. **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**
2. **Výživa a metabolismus**
3. **Vylučování**
4. **Aktivita/cvičení**
5. **Spánek/odpočinek**
6. **Vnímání a poznávání**
7. **Sebepojetí a sebeúcta**
8. **Plnění rolí a mezilidské vztahy**
9. **Sexualita, reprodukční schopnost**
10. **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**
11. **Víra, životní hodnoty**
12. **jiné**

3.3 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocné

dle modelu Gordonové

Identifikační údaje

Jméno: A.Z, žena

Věk: 73let

Bydliště: Praha 10

Stav: vdaná, žije ve společné domácnosti s manželem a dcerou

Zaměstnání: důchodkyně

Kontakt: manžel/dcera

Datum přijetí: 11.02.2009 12.00 hod.

Datum ošetřování: 11.02. – 15.02.2009

Ošetrovatelská anamnéza

- Následující údaje a pozorování byly zaznamenány první den hospitalizace.
- Informace byly získány od pacientky, od rodiny pacientky a od ošetřujícího personálu.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Klientka A.Z. je dámskou krejčovou v důchodu. V zaměstnání byla spokojena. Pracovní vytížení považovala za přiměřené. Do správné životasprávy zahrnula pravidelný pohyb a jídelníček obohacený o zeleninu i ovoce.

Pacientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci. V roce 2007 jí bylo diagnostikováno levostranné srdeční selhávání. Pacientka doposud byla oběhově kompenzovaná, NYHA 2. stupně. Dušnost se u ní dostavovala jen při chůzi do většího kopce anebo do 3.patra.

V současné době se u pacientky dušnost projevuje při jakékoliv fyzické námaze (např. chůze po bytě) anebo po ulehnutí do lůžka. Stav dušnosti doprovází tlaková bolest, která vychází z podklíčkové oblasti. Po odeznění akutní fáze dušnosti bolest ustává.

Klientka vnímá svůj současný zdravotní stav s velkými obavami. Stupňující dušnost u ní navozuje strach z nejisté budoucnosti.

Výživa a metabolismus

Klientka je střední postavy. Při tělesné hmotnosti 69 kg a tělesné výšce 166 cm vychází její BMI na 25,0, což je hodnoceno jako normální váha. Delší dobu (23let) se snaží dodržovat diabetickou dietu. Diabetická dieta ji příliš nevyhovuje. Pacientka uvádí, že sladké pokrmy patří mezi její oblíbené. Nahrazuje je ovocem a zeleninou. Stravu má obvykle rozdělenou do 5-6 menších porcí. Jí téměř vše, ale nejradši má „klasickou českou kuchyni“. Nejí těstoviny a vnitřnosti. Chuť k jídlu má většinou přiměřenou. Denně vypije přibližně 21 tekutin. Do pitného režimu klientka řadí ranní bílou kávu a ovocný čaj oslazený umělým sladidlem.

Nyní pacientka v důsledku dušnosti nemá chuť k jídlu. Pacientka uvádí, že se zpracováním a polykáním stravy problém nemá. Používá umělou zubní náhradu.

U klientky je evidován příjem a výdej tekutin. Kontrola bilance tekutin slouží jako kritérium hodnocení hydratace klientky. Od 12.00 do 20.00 hodin součet přijatých tekutin u pacientky činil 633 ml a výdej 1500 ml. Výdej tekutin za 8 hodin byl vyšší o 867 ml v důsledku naordinovaných diuretik (Furon, Verospiron).

Kůže pacientky je suchého a atrofického vzhledu. Bérce klientky jsou bilaterálně oteklé.

Vylučování

Pacientka má zavedený permanentní močový katétr (velikost 16 CH) od 1.dne hospitalizace (11.2.2009) a to z důvodu dušnosti, vyššímu komfortu a kontroly bilance tekutin.

Pacientka chodí pravidelně 1xdenně na stolicí. Obvykle se vyprazdňuje bez použití laxativ. Poslední stolice dne 10.2.

Aktivita/cvičení

V domácím prostředí klientka většinu každodenních činností zvládala sama nebo za pomoci dcery. Ráda chodila na pravidelné procházky a nákupy. Na delší procházky používala francouzskou hůl. Mezi své záliby zařadila četbu, luštění křížovek, sledování romantických telenovel, politiky a dokumentárních filmů.

Nyní má pacientka naordinovaný absolutní klid na lůžku. Pacientka je částečně soběstačná. Samostatně se zvládne najíst a napít. V oblasti osobní hygieny, oblékání a vyprazdňování potřebuje pomoc ze strany personálu viz. Bartelův test (příloha č.4, skóre 50, závislost středního stupně).

Spánek/odpočinek

Klientka v domácím prostředí neměla žádné problémy se spánkem. Obvykle spala 7-8 hodin denně. Odpočinek probíhá ve formě dvacetiminutové odpolední siesty .

Nyní se cítí unaveně, téměř na pokraji sil. Pozornost přes den udrží jen krátce. Bdělost přes den často střídá spánek. Kvalitu a kontinuitu spánku komplikuje dušnost. Pacientka uvádí, že se dušnost dostavuje po ulehnutí do lůžka. Proto raději usíná v polosedě.

Vnímání a poznávání

Pacientka je orientována místem, časem i osobou. Slyší dobře. Na čtení nosí brýle. Ráda svůj volný čas věnuje knihám nebo křížovkám. Sleduje dokumentární filmy, politiku a televizní zprávy.

Svoji současnou situaci hodnotí jako neúnosnou z hlediska své dcery, která o klientku a jejího manžela pečuje. Klientka za této situace, kdy si není schopna obstarat základní potřeby, by raději volila přesun do domova důchodců, než aby zatěžovala dceru. Domov důchodců klientka vnímá sice jako nouzové, ale přesto nejracionálnější řešení. Svou současnou situaci považuje za přežívání.

Dcera klientky naopak dává přednost rodinné péči i za cenu většího zatížení a úbytku volného času. Pokud by pracovní poměr na plný úvazek a zároveň péče o matku nebyly slučitelné, zvažovala by i možnost opuštění zaměstnání a péči o osobu blízkou. Myšlenka, že by matka žila v domově důchodců je pro ní absolutně nepřijatelná.

Sebepojetí a sebeúcta

Klientka se považuje za zdrženlivého člověka. Převládá u ní spíše smutná nálada, kterou doprovází pocity beznaděje. Smysl života vidí ve své rodině. Říká: „Rodina mi pomáhá překonávat překážky běžného denního života.“

V současné době vnímá sama sebe jako zbytečnou a na obtíž v důsledku zhoršení zdravotního stavu.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí ve společné domácnosti s manželem a dcerou v bytě panelákového typu s výtahem v Praze 10. Syn s rodinou přijíždí na návštěvy k paní A.Z. poměrně často spolu s vnoučaty. Klientka strašně ráda tráví čas s vnoučaty. Říká: „Vnoučata jsou koření života.“

Dnes (11.2.2009) v pozdních odpoledních hodinách navštívila pacientku dcera s manželem. Rodina je velice starostlivá. Hned po příchodu se ptali na stav pacientky, a zda je něco, co by mohly udělat pro zlepšení jejího stavu.

Návštěva pacientku potěšila. Rodina vyslechla starosti klientky. Dcera s otcem se snažili podpořit pacientku, odvrátit od pesimistického myšlení a motivovat k uzdravení. Návštěvou rodinných příslušníků se částečně eliminoval strach klientky.

Sexualita, reprodukční schopnost

Paní A.Z. je 39 let šťastně vdaná. V manželství je velmi spokojená. Další intimní otázky týkající se sexuálního života, klientka neměla potřebu probírat vzhledem ke svému zdravotnímu stavu.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Pacientka odpovídá váhavě. Neptá se. Je málo komunikativní. I přes počáteční nedůvěru k personálu nyní spolupracuje. Převládá u ní smutná nálada. Své napětí se snaží skrývat. Tuto těžkou životní situaci zvládá dobře. Je psychicky stabilní.

Nejvíce jí trápí změna jejího zdravotního stavu. V současné chvíli jsou její vize do budoucna pesimistické. Má strach z toho, jakým způsobem jí nemoc ovlivní dosavadní život. Nevěří, že se vyléčí. Ale na druhou stranu doufá, že se její dušnost upraví.

Víra, životní hodnoty

Pacientka je ateistka. Za velké hodnoty klientka pokládá zdraví a spokojenost v rodině. Byla by plně spokojená, kdyby mohla žít plnohodnotný

život jako dosud. Plnohodnotný život pro pacientku představuje soběstačnost, nezávislost a rodinná pohoda. Dále by se ráda věnovala svým zájmům.

jiné

Klientka není plně informována o svém zdravotním stavu, tudíž jsme o dalších oblastech nehovořily.

3.4 Ošetrovatelské diagnózy

Na základě získané ošetrovatelské anamnézy jsem rozpracovala jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu zahrnující ošetrovatelské diagnózy, cíle, realizaci a hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny na první den hospitalizace klientky. Zachycují ošetrovatelský problém anebo potřebu klientky. Aktuálnost ošetrovatelských diagnóz se měnila během hospitalizace dle stavu a potřeb klientky.

1. Porucha výměny dýchacích plynů v důsledku srdečního selhání

Cíl péče:

- zlepšení ventilace a okysličování tkání
- zvýšení pulzní saturace nad 90%
- snížení intenzity bolesti v podklíčkové oblasti z 3. stupně na 1. stupeň

Plán péče:

- sestra vybaví lůžko pomůckami usnadňující pohyb na lůžku (hrazdička), zajišťující polohu (molitanové čtverce a válce) a zabezpečující nemocnou před pádem (postranice)
- sestra napoložuje pacientku do vysoké Fowlerovy polohy
- sestra zajistí možnost komunikace mezi pacientkou a ošetřujícím personálem pomocí signalizačního zařízení

- sestra připojí klientku na monitorovací systém, který snímá:
 - saturaci kyslíkem (oxymetr)
 - krevní tlak, pulz, dech, vědomí, EKG
- sestra podá klientce zvlhčený kyslík prostřednictvím kyslíkových brýlí (8-10l /minutu)
- sestra dle ordinací lékaře podá léky (diuretika: Furon, Verospiron)
- sestra zaznamená jakékoliv projevy dušnosti a hypoxie (dle cyanózy, pulzní saturace, hodnot acidobazické rovnováhy), které neprodleně hlásí lékaři
- sestra nabízí pomoc při změně polohy a vyprazdňování stolice
- sestra zhodnotí prostřednictvím pomyslné pětistupňové analogové škály intenzitu bolesti

Realizace a efekt ošetrovatelské péče:

- Lůžko jsem vybavila pomůckami zajišťující polohu (molitanové čtverce a válce), usnadňující pohyb (hrazdička) a zabezpečující nemocnou před pádem (postranice). Pacientku jsem napolohovala do vysoké Fowlerovy polohy za pomoci polohovacích pomůcek (molitanové čtverce a válce), které byly využity jako opora a podložení nohou. Signalizace byla umístěna v dosahu klientky (na noční stolek). Po uložení na lůžko byla klientka napojena na monitorovací systém. Byla jí zdůrazněna důležitost inhalace kyslíku jako prevence hypoxie (snížení parciálního tlaku kyslíku v tkáních) a hypoxémie (snížení parciálního tlaku kyslíku v krvi). Poté jsem klientce nasadila kyslíkové brýle a podala diuretika (Furon, Verospiron) dle ordinace lékaře. Pacientka byla polohována dle stavu z vysoké Fowlerovy polohy na středně vysokou nebo na bok a to z důvodu odlehčení tlaku v nejzatíženějších místech (zejména sacrální oblast, paty). Zhodnotila jsem intenzitu bolesti dvakrát během odpoledních hodin (13.00 hod a 17.00 hod.), abych si ověřila efekt ošetrovatelských intervencí.

- Fowlerova poloha přinesla klientce značnou úlevu od dušnosti a bolesti. Byla zajištěna za pomoci polohovacích pomůcek. Za jejich pomoci se pacientka v poloze udržela. Pacientka se naučila ovládat signalizaci. Monitorovací systém byl správně uchycen, tudíž snímal veškeré vitální funkce bez problémů. Klientka oxygenoterapii kyslíkovými brýlemi tolerovala. Kyslíkové brýle klientce nepadaly. Oxygenoterapie přispěla za 8 hod. (od 12.00hod. do 20.00 hod.) k zlepšení saturace z 89% na 93% a k posunutí hodnot acidobazické rovnováhy do referenčních mezí. Přes veškerá opatření se u klientky objevila periferní cyanóza na akrálních částech prstů horních i dolních končetin a klidová dušnost. Intenzita bolesti se snížila z 3. stupně (obtížná bolest) na 1. stupeň (lehká bolest).

2. Deficit sebeděže v základních lidských oblastech v důsledku léčebné imobilizace a dušnosti (12, s. 15)

Cíl péče:

- zajištění maximální soběstačnosti klientky v oblasti:
 - příjmu tekutin
 - používání signalizace
 - změny polohy s minimální asistencí
- předcházet vzniku dekubitů

Plán péče:

- sestra vybere vhodné prostředí pro uložení klientky s možností všestranného využívání externí pomoci (dostatek prostoru, přístup k lůžku, zajištění signalizace, centrální rozvod kyslíku)
- sestra uloží klientku do lůžka vybaveného antidekubitární matrací
- sestra využije antidekubitární pomůcky (věnečky) a zapoložuje klientku

- sestra vybaví lůžko pomůckami usnadňující pohyb v lůžku (hrazdička)
- sestra zajistí vhodné uložení (v dosahu klientky) tekutin
- sestra vysvětlí způsob, jak používat signalizaci
- sestra dbá o dokonalou úpravu lůžka, lůžkovin a osobního prádla
- sestra spolupracuje v týmu při manipulaci s klientkou
- sestra eliminuje střížné efekty
- sestra pravidelně v dvouhodinových intervalech kontroluje predilekční místa
- sestra řádně osuší a promastí kůži (dolní končetiny, oblast konečníku)
- sestra určí dle Bartlova testu (viz. příloha č.4) rozsah poruchy soběstačnosti v základních lidských oblastech

Realizace a efekt ošetrovatelské péče:

- Pacientku jsem umístila do vhodného prostředí, kde byl zajištěn přístup ze tří stran, signalizace, centrální rozvod kyslíku a pomůcky usnadňující pohyb v lůžku (hrazdička). Tekutiny jsem umístila v dosahu klientky (na noční stolek). Pacientka byla uložena na lůžko, které bylo vybaveno antidekubitární matrací. Oblast zad a pat byla ošetřena mastným krémem a oblast konečníku pastou (Menalind). Po ošetření kůže jsem za pomoci personálu napolohovala klientku do vysoké Fowlerovy polohy. Při úkonu jsem využila molitanové čtverce i válce jako oporu a podložení nohou. Paty klientky byly podloženy molitanovými věnečky obalenými mulem. Po všech těchto opatřeních byly odstraněny veškeré nerovnosti lůžkovin, které by potencionálně mohly způsobit útlak a posléze by mohly být příčinou vzniku dekubitu. Pacientku jsem poučila jakým způsobem má používat signalizaci. Dále jsem s pacientkou vyplnila Bartelův test, který zhodnotil úroveň soběstačnosti. Hodnocení odhalilo poruchu soběstačnosti středního stupně, skóre 50 (viz. Bartelův test, příloha č. 4).

Pravidelně jsem 2 hodinových intervalech kontrolovala predilekční místa (trn 7. krčního obratle, hřebeny lopatek, loketní klouby, krajinu kosti křížové).

- Pacientka samostatně přijímala tekutiny. Naučila se ovládat signalizaci. Při změně polohy spolupracovala s personálem a uměla využít hrazdičku. Pacientce věnečky obalené mulem nepadaly, splnily tedy svůj účel. První den hospitalizace nejevila kůže klientky (trn 7. krčního obratle, hřebeny lopatek, loketní klouby, krajinu kosti křížové) známky podráždění.

3. Strach v důsledku nejisté budoucnosti (14, s.368-370)

Cíl péče:

- pacientka dokáže verbalizovat a konkretizovat svůj strach

Plán péče:

- sestra sleduje verbální i neverbální projevy strachu klientky
- sestra eviduje projevy strachu (nervozita, panika, snížený pocit sebejistoty, zblednutí, chvění, zděšení, tachypnoe, tachykardie)
- sestra ponechá prostor k vyjádření pocitů a obav klientky
- sestra udržuje komunikaci (dialog)
- sestra registruje vliv strachu na fyziologické funkce
- sestra rodinu seznámí se situací a zapojí ji do ošetrovatelského plánu

Realizace a efekt ošetrovatelské péče:

- Ponechala jsem pacientce prostor k vyjádření a definování jejich pocitů a obav. Snažila jsem se nemocnou uklidnit podáním dostatečného množství informací o péči, kterou ji můžeme poskytnout. S pacientkou jsem vyplnila ošetrovatelskou anamnézu (příloha č.5), abych udržela komunikaci na úrovni dialogu. Pokládala jsem jí otázky typu : „Jaký dopad má vaše přijetí na vaši

rodinu?“ ; „Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?“ ; „Změnila vám nemoc nějak váš způsob života?“ ; „Jak očekáváte, že se vám bude dařit po propuštění?“ Odpovědi na tyto otázky mi pomohly pochopit příčinu strachu klientky. Dále jsem pozorovala projevy strachu (zblednutí, chvění, nervozita) a vliv strachu na fyziologické funkce. Rodinu jsem seznámila se situací.

- Pacientka 1.den hospitalizace dokázala hovořit o svém strachu. Obávala se, že změna jejího zdravotního stavu jí nedovolí samostatně zvládat každodenní činnosti denní potřeby. Její strach stupňovala představa, že bude muset změnit stávající sociální situaci, aby příliš dceru nezatěžovala. Fyziologické funkce byly od příjmu konstantní (TK 160/80 mmHg, P 63/min., D 20/ min.).
- Rodinu klientky jsem informovala. Rodina zastávala názor, že sociální situace klientky s přihlédnutím k aktuálnímu stavu je neměnná. Po rozhovoru s rodinou, klientka byla klidnější.

4. Nedůvěra klientky v ošetřující personál v důsledku předchozí negativní zkušenosti

Cíl péče :

- klientka konkretizuje důvod nedůvěry

Plán péče (14, s.192):

- sestra vyslechne, v čem spočívá nedůvěra klientky v ošetřující personál
- sestra zjistí jaká jsou očekávání klientky v ošetřující personál
- sestra klientce připomene všechny pozitivní zkušenosti s ošetřujícím personálem, které přispěly k uzdravení
- sestra bude pomáhat nemocné s překonáním i sebemenších pocitů frustrace
- sestra bude předcházet dalším negativním událostem mezi klientkou a personálem

- setra bude odkazovat na jiné zdroje podpory (rodina)

Realizace a efekt ošetrovatelské péče:

- Pacientku jsem vyslechla. Zjistila jsem jednu špatnou předchozí zkušenost s ošetřujícím personálem, negativně ovlivňující její důvěru. Tato zkušenost spočívala v záměně léků vyvolávající alergickou reakci v podobě toxoalergického exantému. Dala jsem jí za pravdu, že toto pochybení je závažné. Zdůraznila jsem, že veškeré léky, které jsou podány všem pacientům na tomto oddělení podléhají trojnásobné kontrole. Pacientku jsem také informovala o tom, že tabletová forma léků je rozdávána přímo na pokoji, aby pacient měl přehled a zároveň kontrolu jaký druh léku dostává.
- Dále jsem zjistila jaké jsou očekávání klientky. Klientka očekávala, že hospitalizace přispěje k zlepšení jejího zdravotního stavu. Na základě toho jsem jí ujistila, že zájem pacienta, je i zájmem personálu. Zdůraznila jsem, že členové zdravotnického týmu udělají vše, co bude v jejich silách.
- Poté jsem klientce položila otázku týkající se pozitivní zkušenosti s ošetřujícím personálem. Klientka sdělila, že ostatní zkušenosti byly ve skrze kladné.
- Rodinu jsem seznámila se stávající situací.
- Na konci prvního dne pacientka dokázala definovat příčinu nedůvěry. Personál se snažil eliminovat nedůvěru zpětnou kontrolou léků. Rodina odvracela nedůvěru klientky v ošetřující personál argumentem, že naše zdravotnictví je na vysoké úrovni a k těmto chybám dochází jen sporadicky.

5. Riziko dehydratace v důsledku diuretické medikace (4, s.46-47)

Cíl péče:

- pacientka bude mít normální turgor kůže

Plán péče:

- sestra informuje klientku o změnách příjmu tekutin
- sestra pečlivě zaznamená příjem a rychlost příjmu
- sestra sleduje stav hydratace (edém/dehydratace), charakter a množství moči
- dle indikace lékaře sestra omezí nebo zvýší příjem tekutin a sodíku
- sestra eviduje výsledky laboratorních vyšetření
- při změnách hydratace sestra vše neprodleně hlásí lékaři
- sestra poučí členy rodiny o dietních opatření

Realizace a efekt ošetrovatelské péče:

- Klientku jsem nejprve informovala o změnách příjmu tekutin. Vysvětlila jsem jí, že příjem tekutin se řídí dle vyloučeného množství moče, tudíž by neměl přesáhnout 1500 ml. Poté jsem přísně evidovala příjem, rychlost příjmu a výdej tělesných tekutin. Od 12.00 do 20.00 hodin přijala 633 ml tekutin a vyloučila 1500 ml. Výdej tekutin za 8 hodin byl vyšší než příjem o 867 ml v důsledku naordinovaných diuretik (Furon, Verospiron). Pacientka nejevila známky dehydratace (normální turgor kůže, hodnoty hematokritu v mezích normy). Rodina klientky byla informována o změnách příjmu tekutin.
- Klientka neprokazovala známky dehydratace (normální turgor a hodnoty hematokritu v mezích normy). Rychlost byla evidována dle časového záznamu příjmu tekutin. Výdej tekutin byl kontrolován za pomoci kalibrovaného močového sáčku. Barva moči byla jantarově žlutá a bez příměsí. Rodina respektovala změnu v pitném režimu.

6. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru

Cíl péče:

- správné zavedení permanentního močového katétru za aseptických podmínek
- včasné podchycení příznaků infekce

Plán péče:

- sestra asepticky (sterilně) zavede permanentní močový katétr
- sestra zaznamená den zavedení permanentního močového katétru
- sestra použije sáček s antibakteriálním filtrem
- sestra sleduje příměsi v moči
- sestra obmění sběrný sáček za 24 hodin
- sestra sleduje místní i celkové projevy zánětu
- sestra při známkách zánětu informuje lékaře

Realizace a efekt ošetrovatelské péče:

- Pacientce jsem zavedla asepticky permanentní močový katétr (16 CH). Na katétr jsem napojila sáček s antibakteriálním filtrem. Datum zavedení jsem zaznamenala do dokumentace. Sledovala jsem množství, barvu, příměsi moče, místní i celkové známky zánětu.
- Močový katétr byl zaveden dle mínění klientky bezbolestně. Odváděl jantarově žlutou moč bez příměsí do sběrného sáčku. Za 8 hodin od zavedení bylo odvedeno 1500ml moči. První den hospitalizace (11.2.2009), kdy byl zaveden permanentní močový katétr se neobjevily místní ani celkové projevy zánětu.

7. Riziko vzniku tromboembolické komplikace z důvodu imobilizace nemocné

Cíl péče:

- prevence vzniku tromboembolické komplikace
- pacientka bude informována o riziku a prevenci tromboembolické komplikace

Plán péče:

- sestra provede bandáže dolních končetin pod kolena
- sestra aplikuje nízkomolekulární antikoagulancia (Clexane 0,4ml 1xdenně)
- sestra zajistí polohování nemocné
- sestra dbá, aby pacientka dodržovala adekvátní pitný režim ve vztahu ke stavu onemocnění a ordinací lékaře
- sestra informuje klientku o prevenci tromboembolie
- sestra rozpozná projevy trombózy anebo tromboembolie

Realizace a efekt ošetrovatelské péče:

- U pacientky jsem provedla bandáž dolních končetin pod kolena. Aplikovala jsem nízkomolekulární Heparin (Clexane 0,4ml) subkutánní cestou do laterální krajiny břicha pod úhlem 90° prostřednictvím kožní řasy. Dbala jsem, aby klientka v průběhu dne přijímala přiměřené množství tekutin. Informovala jsem klientku o prevenci tromboembolické komplikace (bandáže, podání nízkomolekulárního heparinu, správná hydratace, změna polohy, cviky cévní gymnastiky). Poté jsem jí názorně ukázala cviky, které jsou pro ni vhodné.
- Pacientce bandáž držela. Místo vpichu bylo bez hematomů a bez podráždění. Klientka přijímala přiměřené množství tekutin (633ml). Byla informována o prevenci tromboembolie. Klientka pravidelně (každou hodinu) 20x střídavě propínala špičku a patu.

Tento cvik ještě doplňovala opisováním půlkruhu špičkou nohy vpravo i vlevo.

- Pacientka neprokazovala 1. den hospitalizace známky tromboembolie.

8. Riziko pádu v důsledku léčebné imobilizace

Cíl péče:

- pacientka nepadne z lůžka

Plán péče:

- sestra poučí klientku o nebezpečí vzniku pádu
- sestra vhodně upraví okolí lůžka
- sestra vybaví lůžko pomůckami zajišťující polohu (molitanové čtverce a válce), usnadňující pohyb (hrazdička) a zabezpečující nemocnou před pádem (postranice)
- sestra umístí k ruce klientky signalizaci
- sestra označí lůžko nemocné
- sestra před manipulací s klientkou zajistí dostatečné množství personálu

Realizace a efekt ošetrovatelské péče:

- Pacientku jsem poučila o nebezpečí pádu. Upravila jsem okolí lůžka, tak abych minimalizovala důsledky případného pádu. Vybavila jsem lůžko postranicí. Klientka byla zapolohována za pomoci molitanových čtverců a válců. Za účelem snadnějšího pohybu bylo lůžko vybaveno hrazdičkou. Klientku jsem poučila o riziku pádu a poté jsem označila lůžko symbolem rizikového pacienta. K ruce klientky byla umístěna signalizace. Přesun a polohování klientky byl zajištěn čtyřmi členy zdravotnického týmu.

- Pacientka akceptovala pomůcky (molitanové čtverce, válce, postranici, hrazdičku) vybavující lůžko. K pohybu na lůžku využívala hrazdičku. První den hospitalizace nedošlo k pádu ani k úrazu.

3.5 Psychosociální problematika nemocné

Prožívání nemoci

Zvrat zdravotního stavu klientku velice zasáhl. V prvním okamžiku byla bledá, nervózní a apatická. Komunikovala málo, odpovídala váhavě, nekladla dotazy týkající se jejího zdravotního stavu či léčby. Převládala u ní spíše smutná nálada. Nevěřila v uzdravení, ale na druhou stranu doufala, že hospitalizace jí pomůže upravit dušnost, která ji velice trápila.

V další fázi navodila nemoc u klientky strach z nejisté budoucnosti. Obávala se toho, že nemoc jí zásadně ovlivní dosavadní život, zejména soběstačnost a stávající sociální situaci.

Postoj k nemoci

Pacientka navštívila lékařku na popud své dcery v okamžiku, kdy jí dušnost omezovala v každodenních aktivitách. S retrospektivním ohledem klientka uznala, že bagatelizovala závažnost svého onemocnění.

I přesto, že klientka se nacházela v těžké životní situaci, spolupracovala s ošetřujícím personálem a respektovala léčebný režim.

Reakce na pobyt

Špatná zkušenost s ošetřujícím personálem, která přerostla v nedůvěru, nijak adaptaci na nové prostředí neusnadňovala. Tato zkušenost byla závažného charakteru, kdy došlo k záměně léků, které vyvolaly alergickou reakci klientky.

Situaci jsem řešila ujištěním, že členové zdravotnického týmu hájí zájmy klientky dle svého nejlepšího svědomí a vědomí. Také jsem poukázala na kladné zkušenosti z minulosti, které vedly k zlepšení stavu nemocné. Dále jsem probrala možnosti jakým způsobem by bylo možné posílit důvěru klientky. Nedůvěru jsem

se snažila odvrátit spolupráci rodiny, jelikož měla na klientku významný vliv. Za pomoci členů rodiny se mi podařilo částečně eliminovat stres z nemocničního prostředí a nedůvěru k personálu.

Zhodnocení komunikace

Pacientka komunikovala málo, odpovídala váhavě. Otázky týkající se jejího stavu spontánně nepokládala.

Pacientka spolupracovala. Poskytla mi spolu s její dcerou široké spektrum informací. Klientka se vyhýbala tématům týkající se víry a sexuálního života, protože tuto oblast pokládala za intimní a příliš osobní. Informace byly získány s určitým časovým odstupem, jelikož komunikace klientku velice vyčerpávala. Na jejich základě jsem sestavila ošetřovatelskou anamnézu.

Zvládnutí stresu

Klientka po přijetí byla nervózní, bledá a apatická. Stres vyjadřovala neverbálním způsobem prostřednictvím gestikulace a mimiky. Na otázky odpovídala s určitým časovým odstupem. Otázky spontánně nekladla. Hned při prvním kontaktu byla zřejmé, že nechová důvěru k ošetřujícímu personálu. Nedůvěra se projevovala nadměrnou kontrolou veškeré medicíny.

Motivace k léčbě

Cílem pacientky bylo dosáhnout určitého stupně soběstačnosti, tak aby byla schopna si zajistit základní úkony denní potřeby. Soběstačnost se pro ní pojila s plnohodnotným životem. Rodina klientky pro ní byla oporou a zároveň motivací k léčbě.

Sociální problematika

Pacientka bydlí ve společné domácnosti s manželem a dcerou v bytě panelákového typu s výtahem v Praze 10. Dcera se o klientku spolu s jejím manželem svědomitě stará. Vede domácnost a pomáhá rodičům v různých oblastech.

Klientka je nyní v důchodu. Ve volném čase čte knihy, luští křížovky, sleduje televizní zprávy, dokumentární filmy a politiku. Klientka velice ráda pobývá venku v přírodě. Když jí to stav dovolí, chodí i na procházky.

S ohledem na onemocnění si klientka uvědomuje závažnost svého stavu a z toho vyplývající omezení. Obává se, že po propuštění nebude bez pomoci druhé osoby zvládat své denní potřeby. Tato skutečnost klientku dovedla k zamyšlení, zda nezvolí spolu s manželem přesun do domova důchodců, i když na druhou stranu by raději zůstala doma. Avšak představa, že bude dceři na obtíž jí nutí tuto situaci přehodnotit.

Rozmluva s dcerou vedla k zjištění, že i přes veškeré dosavadní změny, se chce nadále starat o rodiče i za cenu větších či menších kompromisů.

3.6 Edukace

Edukací získává pacientka informace, které jsou důležité z hlediska zvýšení péče o své vlastní zdraví. Na základě edukace může pozitivně ovlivnit vývoj onemocnění.

Paní A.Z. onemocněla závažnou chorobou, proto hned zpočátku bylo jí a její rodině podáno dostatečné množství informací. Cílem edukace bylo předcházet stavu zhoršení. Předmětem edukace byla změna léčebného režimu, změna soběstačnosti, změna životního stylu a změna ve výživě.

Edukace se týkala několika okruhů:

1) změny léčebného režimu

- V akutní fázi onemocnění měla klientka naordinován absolutní klid na lůžku. Pacientce lékař odůvodnil podstatu těchto opatření.
- Sestra dále informovala nemocnou o zvýšeném riziku vzniku proleženin (dekubitů) a jejich prevenci.
- Klientce byly také podány informace o riziku vzniku tromboembolické komplikace.

2) změny soběstačnosti

- Pacientce bylo vysvětleno, že se změnou léčebného režimu, jejíž základním účelem je předcházet stavům dušnosti, souvisí omezení soběstačnosti a jakékoliv fyzické námahy. Byla poučena, že v případě potřeby má požádat o pomoc personál.

3) dietních opatření

- I přesto, že klientka dodržuje dietu již několik let, byly jí připomenuty základní zásady diabetické diety. Edukací jsme rozšířily pacientky obzor o dietu vhodnou pro kardiaky, která vhodně doplňuje naordinovanou léčbu.
- Problematika ohledně výživy byla probrána i s dcerou nemocné, neboť ve společné domácnosti připravuje pokrmy zejména ona. Společně projednaly zajímavosti v oblasti výživy diabetiků a kardiaků s dietní sestrou.

- dieta u srdečního selhání

(kombinací 2 zdrojů: 4, s.43 a 5)

- Strava by měla být rozdělena do 5-6 menších porcí/den.
 - Strava by neměla být dráždivá a nadýmavá.
 - Černá káva je povolena maximálně v množství 1-2 šálků/den.
 - Základ diety u srdečního selhávání spočívá v omezení kuchyňské soli (NaCl). Příjem soli by neměl přesáhnout 5g NaCl/den. Upozornění ohledně soli náleží i potravinám se skrytou solí (uzeniny, sýry, konzervy a nakládané potraviny).
 - Alkohol by neměl přesáhnout normu 40g u mužů a u žen 30g (což odpovídá 1 pivu nebo 1-2 dcl vína denně).
 - Příjem tekutin by měl být omezen na 1,5-2l/den.
- dieta u 2.typu Diabetes mellitus (14, s.94)
 - Strava by měla být pravidelná, čerstvá a rozdělená do 6 porcí za den.
 - Skladba potravy by měla být rostlinného původu.
 - Redukce potravin s vysokým energetickým obsahem a obsahující volný cukr.

- Jako vhodný zdroj bílkovin jsou doporučeny ryby, luštěniny, drůbež a odtučněné mléčné výrobky.
- Strava by měla být bohatá na nenasycené mastné kyseliny, vlákninu, minerály a vitamíny.
- Součástí léčby je omezení soli na 5g/24 hod.

4) změny životního stylu (kombinací 2 zdrojů: 4, s.43 a 5)

- Klientka na konci hospitalizace byla poučena o stálé kontrole tělesné hmotnosti. Zároveň jí bylo sděleno jakým způsobem se má postavit k vyššímu nárůstu tělesné hmotnosti (2kg/3dny).
- Klientce byl zdůrazněn striktní zákaz cigaret.
- Dále byla pacientka informována lékařem o lécích, které jí naordinoval. Byla seznámena s názvem léků, dávkováním, účelem indikace a v neposlední řadě s nežádoucími účinky léků.
- Dalším bodem edukace týkající se změny životního stylu byla pohybová aktivita. Klientka byla poučena, že pohybová intervence má pozitivní dopad na prognózu a závažnost srdečního selhávání. Nicméně musí být adekvátní k aktuálnímu stavu klientky.

3.7 Prognóza

Klientce byla nadále ordinovaná konzervativní terapie a rehabilitace. Pacientka po skončení hospitalizace byla propuštěna do domácího ošetření. Byla edukována ohledně monitorace osobní váhy, medikace, diety, pohybové aktivity a celkové změny životního stylu.

Klientka si byla vědoma, že nadcházející období bude pro ni velice náročné. Připouštěla si, že bude nutné změnit nejen stravovací návyky, ale i přizpůsobit tělesnou zátěž k momentálnímu stavu organismu po dobu rekonvalescence.

Byla také upozorněna na výskyt dalších zdravotních komplikací a s tím spojené velké psychické zátěže.

Závěr

V bakalářské práci jsem zpracovala případovou studii pani A.Z. (1936) na téma: „Ošetrovatelská péče o pacienta s levostranným srdečním selháváním“.

V klinické části jsem podrobně rozpracovala anatomicko-fyziologický úvod krevního oběhu, charakteristiku a podstatu onemocnění, výskyt, klasifikaci, základní příčiny onemocnění, rozdělení, klinický průběh, základní vyšetřovací metody a léčbu srdečního selhávání.

V ošetrovatelské části jsem použila metodiku ošetrovatelského procesu. K vyhodnocení informací jsem použila model „Funkčního zdraví“ podle M. Gordonové. Na základě získaných informací ze zdravotnické dokumentace, od nemocné, od rodiny, členů zdravotnického týmu a z vlastního pozorování byly stanoveny aktuální a potencionální diagnózy již první den hospitalizace. Plán ošetrovatelské péče byl stanoven s ohledem na aktuální stav klientky a její potřeby. Sestavením určité hierarchie ošetrovatelských diagnóz a cílů dle aktuálnosti, bylo dosaženo spoluprací s klientkou. Dalším krokem ošetrovatelského procesu byla realizace navržených ošetrovatelských intervencí. Jejichž nepostradatelnou součástí bylo zhodnocení efektu ošetrovatelské péče.

V pasáži edukace jsem vybrala některé oblasti vyžadující podání informací pacientce a její rodině, aby mohly společnými silami zvýšit péči a kvalitu zdraví klientky. V závěru práce jsem se zmínila o prognóze.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. Šafránková, A. a Nejedlá, M.: Interní ošetřovatelství I. Grada Publishing, Praha 2006, ISBN 80-247-1148-6
2. Rokyta, R. a kolektiv: Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech. ISV nakladatelství, Praha 2000, ISBN 80-85866-45-5
3. Klener, P. a kolektiv: Vnitřní lékařství. Galén, Praha 2006, ISBN 80-7262-431-8
4. Sovová, E.; Řehořová, J.: Kardiologie pro obor ošetřovatelství. Grada Publishing, Praha 2004, ISBN 80-247-1009-9
5. Špinar, J.; Janský, P.; Kettner, J.; Málek I.: Doporučení pro diagnostiku a léčbu akutního srdečního selhání [online] c 2006, dostupné na: www.kardio-cz.cz
6. Špinar, J.; Hradec, J.; Meluzín, J.; Špác, J.; Špinarová, L.; Vítovec, J.; Lupínek, P.; Málek, I.: Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání [online] c 2006, dostupné z: www.kardio-cz.cz
7. Chrobák, L. a kolektiv: Propedeutika vnitřního lékařství. Grada Publishing, Praha 1997, ISBN 80-7169-274-3
8. Kolář, J. a kolektiv: Kardiologie pro sestry intenzivní péče. AKCENTA, Praha 1998, ISBN 80-86232-00-X
9. Marek, J. a kolektiv: Farmakoterapie vnitřních nemocí. Grada Publishing, Praha 2005, ISBN 80-247-0839-6
10. Staňková, M.: ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe. NCO NZO, Brno 2005, ISBN 80-7013-282-5
11. Pavlíková, S.: Modely ošetřovatelství v kostce. Grada Publishing, Praha 2006, ISBN 80-247-1211-3
12. Juřeníková, P.; Hůstková, J.: Ošetřovatelství-učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol: 2. část - Ortopedie, kožní, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie. Středisko služeb školám Uherské Hradiště, Uherské Hradiště 2001
13. Juřeníková, P.; Hůstková, J. a Petrová, V.: Ošetřovatelství-učební text pro střední zdravotnické školy: 1. část-Vnitřní lékařství, gynekologie,

porodnictví, urologie. Středisko služeb školám Uherské Hradiště, Uherské Hradiště 1999

14. Doenges, M., E.; Moorehouse, M., F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Grada Publishing, Praha 1996, ISBN 80-7169-294-8
15. Trachtová, E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. NCO NZO, Brno 2005, ISBN 80-7013-324-4
16. Čechová, V.; Mellanová, A.; Rozsypalová, M.: Speciální psychologie. IDV PZ, Brno 2001, ISBN 80-7013-342-2

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM TABULEK:

1. Killipova klasifikace podle Forrestra. Špínar, J.; Janský, P.; Kettner, J.; Málek I.: Doporučení pro diagnostiku a léčbu akutního srdečního selhání [online] c 2006, dostupné na: www.kardio-cz.cz
2. Funkční klasifikace srdečního selhání podle New York Heart Association (NYHA). Modifikace z roku 1994- Špínar, J.; Hradec, J.; Málek I.; Toman J.: Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání, dostupné na: www.kardio-cz.cz

SEZNAM PŘÍLOH:

- 1. Srdeční revoluce**
- 2. Graf Frank-Starlingova mechanismu**
- 3. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové**
- 4. Bartelův test běžných denních činností**
- 5. Ošetřovatelská anamnéza**
- 6. Plán a hodnocení ošetřovatelské péče**

Příloha č.1

Srdeční revoluce



C:\Users\Miroslav
Kučera\Desktop\Příloha

Příloha č.2

Graf Frank-Starlingova mechanismu



C:\Users\Miroslav
Kučera\Desktop\Příloha

Příloha č.3

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové



C:\Users\Miroslav
Kučera\Desktop\Příloha

Příloha č.4

Bartelův test běžných denních činností



C:\Users\Miroslav
Kučera\Desktop\Příloha

Příloha č.5

Ošetrovatelská anamnéza



C:\Users\Miroslav
Kučera\Desktop\Příloha

Příloha č.6

Plán a hodnocení ošetrovatelské péče



C:\Users\Miroslav
Kučera\Desktop\Příloha