

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Alžběta Zálešáková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství

Alžběta Zálešáková

Studijní obor: Všeobecná sestra

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO
S KARDIOMETABOLICKÝM SYNDROMEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Langmajerová

PLZEŇ 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování: Děkuji Mgr. Miroslavě Langmajerové za odborné vedení práce a za poskytování cenných rad. Děkuji mojí rodině za podporu, kterou projevovala po celou dobu mého studia.

OBSAH

1	Kardiometabolický syndrom.....	10
1.1	Definice kardiometabolického syndromu	10
1.2	Epidemiologie metabolického syndromu.....	11
1.3	Patofyziologie metabolického syndromu.....	12
1.4	Metabolický syndrom a kardiovaskulární riziko	12
1.5	Hodnocení kardiovaskulárního rizika	13
1.6	Faktory ovlivňující výskyt metabolického syndromu	14
1.7	Obezita	14
1.8	Je známo pět možností, jak dosáhnout snížení nadměrné tělesné hmotnosti:	15
1.8.1	Obezita a pohyb.....	17
1.9	Hypertenze	17
1.9.1	Klasifikace kategorií krevního tlaku.....	18
1.9.2	Vyšetření u nemocného s hypertenzí.....	19
1.9.3	Léčba hypertenze	19
1.9.4	Farmakologická léčba	19
1.10	Dyslipidemie	20
1.10.1	Dyslipidemie dělíme	20
1.10.2	Ideální hodnoty plazmatických lipidů jsou:	21
1.10.3	Základ léčby	21
1.11	Diabetes mellitus.....	22
1.11.1	Diabetes mellitus 1. typu.....	23
1.11.2	Diabetes mellitus 2. typu.....	23
1.11.3	Akutní komplikace diabetu.....	23
1.11.4	Chronické komplikace diabetu	24
1.11.5	Hladina glykemie	24
1.11.6	U Diabetu je základem léčby	24
1.11.7	Farmakologická léčba	25
1.12	Diagnostika kardiometabolického syndromu.....	25
1.13	Preventivní péče.....	26
1.13.1	Dělení prevence.....	27
1.14	Principy zdravého životního stylu.....	27
1.15	Edukační role sestry.....	29
1.15.1	Didaktické zásady při edukaci nemocného:	29

1.15.2	Edukace o zdravém stravování	29
2	DISKUSE	56

Anotace

Příjmení a jméno: Zálešáková Alžběta

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u nemocného s kardiometabolickým syndromem

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Langmajerová

Počet stran: číslované 52, nečíslované 17

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: kardiometabolický syndrom – diabetes mellitus – hypertenze - obezita

Souhrn:

Předmětem a cílem této bakalářské práce je sestavení ošetrovatelského plánu u pacientů s kardiometabolickým syndromem. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřuji na charakteristiku kardiometabolického syndromu a jeho jednotlivé složky. V dalších kapitolách jsem popsala prevenci kardiometabolického syndromu a jeho léčbu.

V praktické části jsem se pomocí kvalitativního výzkumu snažila analyzovat životní styl pacientů s kardiometabolickým syndromem a zmapovat, jaké mají znalosti o svém onemocnění. Rovněž jsem zjišťovala, jak je účinná edukace a zda se jí pacienti řídí.

V diskuzi jsem shrnula všechny dostupné poznatky, které jsem získala v rozhovorech a porovnávala je s literaturou a s osobními souhrny znalostí. V závěru jsem doporučila důslednější edukaci pacientů s návrhem opatření pro prevenci a léčbu kardiometabolického syndromu.

Anotation

Surname and name: Zálešáková Alžběta

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing process by patients with cardiometabolic syndrome

Consultant: Mgr. Miroslava Langmajerová

Number of pages: numbered 52, unnumbered 17

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 21

Key words: cardiometabolic syndrome - diabetes mellitus –hypertension - obesity

Summary:

The topic and aim of this bachelor's dissertation is to evaluate their awareness about the disease. I also assessed the effectiveness of education and the compliance of the patients.

In the discussion I summarized all available information from my interviews with the patients and compared it with the literature and with compilation of nursing care plan in patients with cardiometabolic syndrome. The paper is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part I focus on the characteristics of cardiometabolic syndrome and its components. Further on, I described the prevention and treatment of cardiometabolic syndrome.

In the practical part, using qualitative research I tried to analyse the lifestyle of the patients with cardiometabolic syndrome and to personal summaries of knowledge. In the conclusion I recommended stronger education of patients with the suggestion of measures for prevention and treatment of cardiometabolic syndrome.

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocného s kardiometabolickým syndromem. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Hlavním cílem této práce je objektivně zhodnotit ošetrovatelské problémy, které souvisí právě s tímto onemocněním a také informovanost pacientů. Kardiometabolický syndrom je v současné době rozšířené onemocnění a někdy se hovoří i o epidemii. Je to souhrnný název pro společný výskyt některých onemocnění, kterými jsou arteriální hypertenze, dyslipidemie, obezita, prediabetes nebo diabetes mellitus.

Tyto nemoci můžeme dobře ovlivňovat preventivními opatřeními, při jejichž dodržování se snižuje výskyt těchto chorob, nebo jejich dopad. Tímto opatřením je zdravý životní styl, který zahrnuje vhodné složení stravy a dostatek pohybové aktivity. Myslím si, že mnoho lidí o kardiometabolickém syndromu nemá důležité informace a berou tak léčbu na lehkou váhu.

V teoretické části podrobně seznamuji s jednotlivými nemocemi, které se schovávají pod souhrnný název kardiometabolický syndrom. V dalších kapitolách jsem se pak zaměřila na projevy a léčbu jednotlivých složek a na hodnocení celkového kardiovaskulárního rizika.

Věnovala jsem se preventivním opatřením a především roli sestry v prevenci tohoto syndromu. Jedná se o velmi obsáhlé téma, a proto je potřeba mít široké spektrum znalostí.

V praktické části jsem pomocí kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru zjišťovala, jak jsou nemocní informováni o problematice kardiometabolického syndromu. Rozhovory byly uskutečňovány se dvěma vybranými klienty. Hodnocení probíhá na základě zpracování a porovnání dvou kazuistik. Po stanovení ošetrovatelských diagnóz pomocí ošetrovatelského procesu jsem realizovala ošetrovatelské plány. Chtěla jsem poukázat na rozdílnost přístupu ke svému zdraví u pacientů se stejným onemocněním. Nakonec jsem vytvořila pro každého klienta edukační plán, ve kterém byl zdůrazněn nejzávažnější ošetrovatelský problém.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KARDIOMETABOLICKÝ SYNDROM

1.1 Definice kardiometabolického syndromu

Kardiometabolický syndrom je definován jako soubor rizikových faktorů, které se často projevují současně. Jedná se o společný výskyt nadváhy nebo obezity abdominálního typu, vyššího krevního tlaku, typické poruchy metabolismu tuků a poruchy metabolismu cukru v krvi. Stačí 3 z 5 rizikových faktorů a člověk splňuje definici metabolického syndromu!

Metabolický syndrom je spojen s řadou dalších poruch, jež mají na svědomí předčasný rozvoj aterosklerózy a srdečně-cévních onemocnění. (1, s. 7)

Definice kardiometabolického syndromu pro českou populaci podle novelizace z roku 2014, ke kterému se hlásí i náš Český institut metabolického syndromu (ČIMS 2010):

- Abdominální obezita – obvod pasu: muži nad 102 cm a ženy nad 88 cm.
- TG nad 1,7 mmol/l nebo hypolipidemická terapie
- HDL – cholesterol: muži pod 1,0 mmol/l, ženy pod 1,3 mmol/l nebo hypolipidemická terapie
- TK nad 130/85 mm Hg nebo léčba antihypertenzivy
- Glykemie nalačno více než 5,6 mmol/l nebo porušená glukózová tolerance nebo diabetes mellitus 2. typu nebo léčba antidiabetiky. (2, s. 4)

Žádná diagnóza dosud neměla tolik synonym jako právě kardiometabolický syndrom; např: hyperplastický syndrom, metabolický syndrom, civilizační syndrom, hypertonicko-metabolický syndrom, pluripotentní, dysmetabolický syndrom, syndrom 5 H nebo Deadly quartet – smrtící kvarteto. (1, s. 122)

Metabolický syndrom se vyvíjí v čase u jedinců s genetickou predispozicí při nevhodném životním stylu, tj. při nadměrném energetickém příjmu a nedostatečné pohybové aktivitě, kouření a stresu. Genetickou predispozici lze zjistit z rodinné anamnézy. Pokud někdo z rodičů prodělal v časném věku (tj. otec do 55 let a matka do 65 let) kardiovaskulární příhodu (srdeční infarkt nebo cévní mozkovou příhodu nebo jiné projevy aterosklerózy) anebo je alespoň jeden z rodičů hypertonik nebo diabetik 2. typu, nese jejich potomek vysoké riziko rozvoje kardiometabolického syndromu. (2, s. 3)

Ke zhoršování inzulinové rezistence přispívají významnou měrou také nevhodné životní návyky, stárnutí, kouření a přibývání na váze.

Nejčastější kardiovaskulární a metabolické rizikové faktory se vyvíjejí postupně a u různých jedinců v různém pořadí. (1, s. 121)

1.2 Epidemiologie metabolického syndromu

Z provedených studií, které používaly nejčastěji kritéria NCEP ATP III je prevalence metabolického syndromu v naší populaci ve věku 24-65 let 32% u mužů a 24% u žen. Ve věku 65 let a vyšším je prevalence metabolického syndromu ještě vyšší.

Je nutné aktivně pátrat po osobách s metabolickým syndromem a včas u nich zahájit intervenci jednotlivých rizikových faktorů, abychom snížili vysoké riziko akcelerované aterosklerózy a kardiovaskulární nemoci a abychom zabránili rozvoji diabetu mellitu 2. typu, který by přinesl další zvýšení kardiovaskulárního rizika.

Vyhledávání osob s metabolickým syndromem má velký význam jak v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, tak v prevenci rozvoje DM 2. typu.

Diabetes a aterosklerotické vaskulární nemoci jsou dnes označovány za dvě strany jedné mince, a proto se doporučuje vyhledávat osoby s vysokým kardiometabolickým rizikem současně.

Na tomto riziku se podílejí všechny přítomné rizikové faktory Metabolického syndromu a proto je jim třeba věnovat patřičnou pozornost. (2, s. 4)

1.3 Patofyziologie metabolického syndromu

Jak se promítají rizika, která se sdružují při kardiometabolickém syndromu do vlastních komplikací, zejména do postižení kardiovaskulárního systému?

Vzhledem k tomu, že mají úzkou vazbu k inzulinové rezistenci, bude zapotřebí objasnit i vztah samotné rezistence ke změnám cévní stěny. (3, s. 83)

Patofyziologie kardiometabolického syndromu je poměrně složitá a předpokládá se v ní interakce polygenního genetického pozadí s nezdravým způsobem života, především s vysokoenergetickou stravou a nedostatečnou pohybovou aktivitou.

Základní patofyziologické mechanismy rozvoje metabolického syndromu a jeho následků spočívají v inzulinové rezistenci, zvýšené aktivitě sympatického nervového systému a snížené aktivitě dřeně nadledvin i v hormonálně aktivní abdominální tukové tkáni.

Přesto není patofyziologie, vzájemná souvislost ani priorita všech těchto procesů zcela objasněna. (1, s. 127)

1.4 Metabolický syndrom a kardiovaskulární riziko

Česká republika patří mezi země s vysokým rizikem kardiovaskulárních chorob.

Těsné spojení mezi kardiometabolickým syndromem a cévními chorobami je všeobecně známé. Dnes již také víme, že cévní komplikace, které provázejí přítomnost metabolického syndromu, byly identifikovány a jednoznačně potvrzeny již v období před manifestací metabolického syndromu.

U nemocných jsou většinou přítomny všechny kardiovaskulární rizikové faktory, které předčasný rozvoj cévních komplikací předurčují – dysglykemie, dyslipidemie, hypertenze, obezita, fyzická inaktivita, inzulinová rezistence, prokoagulační stav, endoteliální dysfunkce, prozánětlivý stav apod.

I pouze mírné zvýšení glykemie je modifikujícím faktorem kardiovaskulárního rizika. (4, s. 150)

Metabolický syndrom představuje koncept vysokého rizika pro aterosklerózu a DM 2. typu. Lidé s Metabolickým syndromem mají 5 x vyšší riziko diabetu a 2 x vyšší riziko vzniku kardiovaskulární příhody.

1.5 Hodnocení kardiovaskulárního rizika

Na příčině kardiovaskulárních onemocnění aterosklerotické etiologie se z více než 90 % podílí kardiometabolický syndrom nebo jeho jednotlivé složky.

Ateroskleróza je nejčastějším neinfekčním onemocněním na světě. V naší společnosti každým rokem umírá více než polovina ze všech zemřelých lidí na srdečně-cévní nemoci (hlavně na srdeční infarkt nebo cévní mozkové příhody). Jedná se o onemocnění, jež vznikají právě na podkladě aterosklerózy, tj. kornatění tepen.

Hlavní rizikové faktory, které vedou k rozvoji aterosklerózy a srdečně-cévních chorob jsou:

- a) Věk a mužské pohlaví
- b) Kouření tabáku (aktivní i pasivní)
- c) Vysokotučná strava a následkem toho vysoká hladina cholesterolu v krvi, především jeho složka LDL
- d) Vysoký krevní tlak (hypertenze)
- e) Nedostatek pohybu, sedavý způsob života
- f) Cukrovka
- g) Stres

Věk je nejsilnější a neovlivnitelný rizikový faktor pro kardiovaskulární nemoci. Věk, pohlaví, kouření, hodnota systolického krevního tlaku a hodnoty celkového cholesterolu byly vybrány jako hlavní kritéria pro odhad absolutního rizika, tj. počtu pravděpodobnosti v %, že v následujících 10 letech daná osoba zemře na kardiovaskulární příhodu. (2, s. 9)

Používají se k tomu známé tabulky rizika SCORE. (Viz. Příloha.1)

1.6 Faktory ovlivňující výskyt metabolického syndromu

V tabulkách se zohledňuje věk, pohlaví, kouření, hodnota systolického krevního tlaku a hodnoty celkového cholesterolu. To jsou hlavní kritéria pro odhad absolutního rizika, tj. počtu pravděpodobnosti v %, že v následujících 10 letech daná osoba zemře na kardiovaskulární příhodu.

Tyto rizikové faktory však nevysvětlují vznik téměř 40 % všech cévních příhod, a proto se v posledních letech začaly hledat další možné rizikové faktory.

Se změnou životního stylu (příjem nadměrného množství potravy a sedavý způsob života) se dostaly do popředí zájmu další „alarmující“ nové rizikové faktory, jako je nadváha a obezita abdominálního typu, porucha metabolismu glukózy a aterogenní dyslipidemie, které vznikají na podkladě inzulínové rezistence.

Inzulínová rezistence se dnes považuje za hlavní poruchu, která vede ke vzniku metabolického syndromu. (2, s. 10)

1.7 Obezita

Zmnožení viscerální tukové tkáně je zásadním faktorem kardiometabolického syndromu. Přednostní ukládání tělesného tuku v dutině břišní je významnějším rizikem než stupeň nadváhy. Proto není součástí metabolického syndromu nadváha či obezita definována hodnotami BMI, nýbrž zvětšený obvod břicha. Ten nepřímo, ale spolehlivě odráží situaci, kdy zvýšené množství mastných kyselin, produkovaných tukovými buňkami, proudí portálním oběhem do jater.

Kritické hodnoty obvodu pasu, představující vysoké riziko, jsou 88 cm pro ženy a 102 cm pro muže.

„Přísnější“ hodnoty 80 cm (ženy) a 94 cm (muži) znamenají zvýšené riziko. Při měření s povislým či visícím břichem přitom nijak nemanipulujeme.

Obezita i metabolicky závažná nadváha představují chronické onemocnění, která postihují metabolismus a přímo či nepřímo celou řadu orgánových systémů (zejména kardiovaskulární a pohybový).

Abychom omezili existujících či budoucí rizika, je nezbytné snížit množství tukové tkáně, což z praktických důvodů hodnotíme jako změnu celkové tělesné hmotnosti.

Relativně největšího prospěchu je dosahováno redukcí 5-10 % počáteční hmotnosti.

Podle studií již při poklesu hmotnosti o 10% se snižuje výskyt cukrovky a jejích komplikací až o 50% a výskyt kardiovaskulárních rizik o 20%.

1.8 Je známo pět možností, jak dosáhnout snížení nadměrné tělesné hmotnosti:

- a) Redukční strava - znamená to omezení energetického příjmu a zachování několika jídel v průběhu dne. Ve většině případů nepřesahuje celodenní energetická hodnota 6000 kJ. Tuky mají nejvyšší energetickou hodnotu, navíc se vstřebávají a ukládají s minimálními energetickými nároky
- b) Je nutno zdůraznit, že energetická hodnota nezáleží na typu tuku (nasycené, nenasycené).
- c) Pohybová aktivita – Základem je běžný pohyb, chůze, pokud možno v rychlejším tempu, do kopce, práce na zahradě, jízda na kole, příp. rekreační sport. Pro těžce obézní je vhodné plavání, když je dost intenzivní. Rozhodně se nedoporučuje běhání pro přílišnou zátěž velkých kloubů. Optimální je každodenní aerobní pohybová aktivita přiměřená věku a možnostem pacienta včetně zohlednění jeho dalších nemocí a pokud možno je prováděna alespoň 30 minut denně či 150 minut týdně. Nutný je individuální přístup, a to zejména u starších osob.
- d) Kognitivně-behaviorální terapie – zahrnuje celou řadu přístupů, zejména kognitivní techniky, sebesilování, aktivní kontrolu vnějších podnětů, kontrolu konzumace jídel, až po skupinovou terapii.
- e) Farmakoterapie – od stažení centrálně působícího sibutraminu nemáme žádný moderní lék, ovlivňující pocity nasycení či omezující hlad. Hmotnost snižují i

antidiabetika využívající inkretinový efekt, jejich úhradu z prostředků zdravotního pojištění pro obeztní bez diabetu však nepředpokládáme.

- f) Chirurgická léčba obezity – jednoznačně se posunula od hmotnost snižujících (bariatrických) výkonů k tzv. metabolické chirurgii, tedy výkonům s přímým pozitivním vlivem na diabetickou poruchu. Příkladem je žaludeční bypass, kdy zabránění kontaktu natrávené potravy se sliznicí duodena přispívá k převaze antidiabetického působení inkretinů. Podobného účinku lze na omezenou dobu dosáhnout i implantací trubice z jemného plastu do duodena a počátku jejunu. Tyto výkony mohou být indikovány pro diabetiky již s prvním stupněm obezity. Všechny metabolické výkony se provádějí primárně laparoskopicky, a to i u extrémně obeztních osob. Součástí indikace je také cílené psychologické vyšetření. (2, s. 10)

U obeztních lidí je nutný individuální přístup a zvolení správných možností na redukci hmotnosti. Nevhodná jsou krátkodobá řešení, ta akorát nahrávají rychlým změnám hmotnosti, ve smyslu hubnutí a znovu přibírání na váze, tzv. jojo efektu.

Zásadou je naučit se pravidelně jíst. Už jenom to, že se podaří zavést pravidelnost v jídle, často vede k úbytku prvních kilogramů hmotnosti. Organismus nepocítuje hlad, a tak lze postupně množství stravy také mírně omezovat. Je dokázáno, že je velmi důležité pro dodržení pravidelnosti snídat. Budete-li pravidelně dostatečně snídat (škroby, vlákninu a bílkoviny), nebudete trpět odpoledními a večerními nezvladatelnými chutěmi a hladem.

Samozřejmě by se neměla snídat sladká jídla – buchty, koláče, dorty.

Důležité je také, jaké potraviny si člověk vybírá. Přednost by měly mít nízkotučné mléčné výrobky před smetanovými a lehká bílá masa a ryby před tučnými červenými masy.

Uzeniny by se měly jíst jenom libové a pozor na množství soli. Nadměrné solení vede totiž ke zvyšování krevního tlaku.

Každý den bychom měli konzumovat ovoce a zeleninu a u zeleniny se nemusíme nijak omezovat. (1, s. 21)

Sladkosti a výrobky z bílé mouky by se měly nahradit výrobky z celozrnné tmavé mouky. Ze zdravých jídel se dá sestavit výborný jídelníček, jen to chce trpělivost.

1.8.1 Obezita a pohyb

Pod pojmem pohybová aktivita se nemusí skrývat zrovna sport, ke kterému nemá řada lidí žádný vztah. Může to být ale chůze, jízda na kole nebo plavání. To jsou v této kombinaci zcela ideální aktivity. Je důležité dodržovat několik zásad, jež by se měl člověk při pohybu dodržet a to frekvence pohybu, jeho délka a intenzita.

Ideální je pohybovat se denně, ale minimálně by to mělo být obden. Pohybová aktivita má dobrý účinek především na výkonnost srdce, na kostru a svaly, a také metabolické pochody.

Délka pohybu je individuální. Je-li obézní člověk na začátku, stačí mu klidně 10 minut a postupně bude pohyb prodlužovat až na přibližně 40-50 minut. Obecné pravidlo je, že čím déle člověk vydrží v pohybové aktivitě, tím lépe.

Správná intenzita pohybu se také pozná tak, že je při ní člověk schopen mluvit. Pokud jste schopni mluvit plynule, tak je třeba v intenzitě pohybu mírně přidat.

Příkladem vhodné pohybové aktivity je také např. chůze s holemi (nordic walking)

V případě, že si nevíte rady s výběrem vhodného pohybu, je lepší se domluvit s lékařem nebo fyzioterapeutem. (3, s. 25)

1.9 Hypertenze

Arteriální hypertenze, tedy vyšší krevní tlak než 140/90 mm Hg, patří mezi nejčastější onemocnění srdce a cévního oběhu. Je to masově rozšířené onemocnění, které postihuje okolo 25 procent dospělé populace, hovoří se někdy o neinfekční epidemii.

Hypertenze svými komplikacemi významně ovlivňuje nemocnost a úmrtnost. Podle odhadů je až 25 procent úmrtí nad 40 let věku přímo nebo nepřímo způsobeno vysokým krevním tlakem!

Jde o významné onemocnění pro jeho vysoký výskyt a pro rizika kardiovaskulárních a mozkových komplikací.

V České Republice se odhaduje výskyt hypertenze u dospělých mezi 25-64 let až na 35 %, přičemž její výskyt se zvyšuje s věkem. V ČR žije přibližně 2,5 milionu hypertoniků.

Většina pacientů trpí tzv. primární hypertenzí, jejíž přesná příčina není známa. Pouhých 10 % pacientů má tzv. sekundární hypertenzi, která má odstranitelnou příčinu. Z toho vyplývá, že je vždy po diagnostikování arteriální hypertenze potřeba provést vyšetření k zjištění případných odstranitelných příčin.

Hypertenze je spolu s kouřením, cukrovkou, zvýšenou hladinou cholesterolu v krvi a obezitou jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik mozkových příhod, ischemické choroby srdeční a aterosklerózy tepen dolních končetin. Prognóza pacientů s arteriální hypertenzí se liší podle výše krevního tlaku, přítomnosti dalších rizik a podle postižení orgánů jako srdce, mozek nebo ledviny. (5,)

1.9.1 Klasifikace kategorií krevního tlaku

optimální TK: 120/80 mm Hg a méně

normální TK: 120 - 129/80-84 mm Hg

vysoký normální TK: 130 - 139/85-89 mm Hg

hypertenze 1. stupně (mírná): 140 - 159/90-99 mm Hg

hypertenze 2. stupně (středně závažná): 160 - 179/100-109 mm Hg

hypertenze 3. stupně (závažná): 180/110 mm Hg a výše

izolovaná systolická hypertenze: systolický TK 140 mm Hg a výše, diastolický TK 90 mm Hg a méně (4, s. 211)

Hypertenzi můžeme definovat nejčastěji podle měření krevního tlaku v ordinaci. Za arteriální hypertenzi označujeme zvýšení krevního tlaku nad 140/90 mmHg a bereme přitom v úvahu průměr minimálně dvou měření při dvou různých návštěvách ordinace, tedy průměr čtyř měření. (6, s. 77)

1.9.2 Vyšetření u nemocného s hypertenzí

Když se nemocnému stanoví diagnóza hypertenze na podkladě opakovaných měření krevního tlaku, musíme mu nejprve provést screeningová vyšetření, která jsou povinná u všech hypertoniků. Tato vyšetření nám umožní zásadní orientaci o druhu a tíži hypertenze.

Z těch základních vyšetření je to: anamnéza, fyzikální vyšetření, měření krevního tlaku na obou horních končetinách, vyšetření krve na lipidogram, ionty, glykemii, krevní obraz, renální funkci a vyšetření moči. Dále je to ještě EKG, ECHO srdce, SONO karotických tepen, SONO ledvin a vyšetření očního pozadí.

1.9.3 Léčba hypertenze

Součástí léčby všech nemocných je nefarmakologická léčba a její principy by měly být vysvětleny každému jedinci, u něhož naměříme vysoký krevní tlak.

Aby se nemocnému snížil krevní tlak, nejdůležitější je redukce hmotnosti. V případě, že se to podaří, vede to k poklesu tlaku. Důležité je také omezit solení, a to zhruba na polovinu, oproti průměrné spotřebě v naší populaci.

Dále je příznivá dostatečná tělesná aktivita, omezení konzumace alkoholu a zanechání kouření. Velmi vhodné je zvýšení spotřeby ovoce a zeleniny a snížení celkového příjmu tuků.

1.9.4 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba má příznivý vliv na výskyt kardiovaskulárních příhod, a to zejména cévní mozkové příhody a srdečního selhání. Prospěšnost léčby je prokázána u různých forem hypertenze. Doba zahájení léčby hypertenze je závislá na výši krevního tlaku a rizikovosti nemocného. Většinou je vhodné nemocného sledovat, doporučit mu režimová opatření a rozhodnout u druhu léčby až za nějaký čas.

Je nutné si uvědomit, že farmakologická léčba hypertenze je většinou léčbou na celý život. Léčba hypertenze se většinou zahajuje monoterapií nebo kombinací dvou léků v nízké dávce. Monoterapie bývá účinná zhruba u 30% nemocných a u ostatních je nutná kombinace dvou a více antihypertenziv.

Cílem léčby hypertenze je snížit riziko vzniku kardiovaskulárních příhod. (6, s. 95)

1.10 Dyslipidemie

Poruchy metabolismu tuků, neboli dyslipidemie, se projevuje patologicky zvýšenou nebo sníženou hladinou lipidů a lipoproteinů v plasmě.

Při vyšetřování spektra lipidů stanovujeme hodnoty celkového cholesterolu, triglyceridů, LDL a HDL cholesterolu.

Metabolický syndrom je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění a dyslipidemie se na těchto skutečnostech významně podílí.

Zásadní je při léčbě komplexní přístup a to zejména obezity, dyslipidemie a arteriální hypertenze.

Dyslipidemie se ve spojení s metabolickým syndromem projevuje zvýšením hodnoty triglyceridů na hodnotu 1,7 mmol/l a vyšší, snížením hodnot HDL cholesterolu na hodnoty 1,0 mmol/l a méně u mužů a 1,3 mmol/l a méně u žen. Celkový cholesterol dosahuje lehce vyšších hodnot oproti normě a to více než 5,0 mmol/l. Hodnoty LDL cholesterolu mohou být mimo referenční meze, ale někdy mohou být i nezvýšené. (7, s. 43)

Zvýšená hladina cholesterolu se ze začátku klinicky nijak zvlášť neprojevuje a rizikem dyslipidemie může být až klinická manifestace aterosklerozy a to zejména ischemická choroba srdeční, ischemické choroby dolních končetin a cerebrovaskulární příhody.

1.10.1 Dyslipidemie dělíme

Dyslipidemii dělíme na primární, ty mají většinou dědičný základ a sekundární a ty vznikají v důsledku jiného onemocnění.

Při zjišťování primární dyslipidemie je velmi důležitá pozitivní rodinná anamnéza. Trpí-li příbuzní nebo rodiče vyšetřovaného člověka poruchou metabolismu lipidů, je velmi pravděpodobné, že dotyčný člověk jí bude trpět také.

Na vzniku těchto poruch se ale kromě dědičnosti podílejí také zevní faktory. Jsou to hlavně nevhodné stravovací návyky, snížená pohybová aktivita, obezita, kouření a zvýšená konzumace alkoholu. (10, s. 56)

Při odebírání žilní krve na stanovení hodnot triglyceridů je důležité, aby byl pacient lačný 12-14 hodin, ale pro stanovení celkového a HDL cholesterolu není lačnění nutné a odběr krve se může provést kdykoliv během dne. Není-li lačnění při stanovování hodnoty triglyceridů a LDL cholesterolu dodrženo, mohou být výsledky nepřesné.

1.10.2 Ideální hodnoty plazmatických lipidů jsou:

- celkový cholesterol 5,0mmol/l a méně
- LDL cholesterol 3,0 mmol/l a méně
- HDL cholesterol 1,0 mmol/l a více
- Triglyceridy 1,7 mmol/l a méně

U nemocných s vysokým kardiovaskulárním rizikem jsou hodnoty, které by měly být ideální, ještě nižší a to celkový cholesterol 4,5 mmol/l a méně a LDL cholesterol 2,5 mmol/l a méně.

Léčba dyslipidemie je důležitá a to zejména pro snížení rizika kardiovaskulárních chorob. Snažíme se o normalizování hodnot lipidogramu. (8, s. 31)

1.10.3 Základ léčby

Základem léčby je léčba nefarmakologická a to úprava životního stylu – režimová opatření a dietní strava. Snažíme se nemocnému vysvětlit, zdůvodnit a doporučit mu nízkotučnou racionální dietu, nekouření a dostatek pravidelného pohybu. Dále je velmi přínosná redukce hmotnosti.

Farmakologickou léčbu zahajujeme podle současných doporučení na základě hladin LDL cholesterolu a kardiovaskulárního rizika. Prvním cílem v léčbě dyslipidemií je dosažení cílových hodnot LDL cholesterolu, které souvisí s kardiovaskulárním rizikem.

Lékem první volby pro lékaře jsou statiny. Ty jsou nejúčinnější na snížení hlavně LDL cholesterolu a podle studií z posledních let, dokážou zpomalit progresi aterosklerozy a dokonce navodit i její regresí.

Podle studií, prováděných v posledních letech, mají statiny v primární a sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění naprosto nezastupitelné místo. (6, s. 67)

1.11 Diabetes mellitus

„Diabetes mellitus je metabolické onemocnění mnohočetné etiologie, které je charakterizováno chronickou hyperglykemií a poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin jako následek defektu v inzulínové sekreci, inzulínovém působení nebo obojím.“ (8, s. 64)

Diabetes definujeme převážně dvěma způsoby: opakovaně zjištěnou hyperglykemií nalačno a to nad 7 mmol/l anebo opakovaně zjištěnou glykemií nad 11 mmol/l ve druhé hodině orálního glukózového tolerančního testu (OGTT) po podání 75 g glukózy perorálně.

K diagnostice diabetu používáme i hodnoty glykovaného hemoglobinu (HbA1c).

Prevalence Diabetu v posledních desetiletích významně stoupá a to téměř na celém světě.

Světová zdravotnická organizace považuje Diabetes mellitus za neinfekční epidemii 21. století.

V naší populaci je prevalence diabetiků, podle posledních údajů 8% a další 2% zůstávají nediodagnostikována. Počet nemocných roste s věkem, a v populaci nad 65 let je už diabetiků více než 20%.

Diabetes vyžaduje drahou a komplikovanou léčbu a je proto žádoucí, aby se pomocí preventivních opatření vyhledávali pacienti s prediabetem a začali se intenzivně léčit. (8, s. 65)

1.11.1 Diabetes mellitus 1. typu

Diabetes mellitus 1. typu se projevuje většinou u dětí a mladistvých. Nemocní s diabetem 1 mají absolutní nedostatek inzulínu, protože u nich dochází k destrukci B-buněk pankreatu.

Nemocní jsou závislí na doživotní substituci inzulínu.

Příznaky v plně rozvinutém onemocnění se projevují jako žízeň, polyurie, polydipsie a nykturie. Někdy si nemocný povšimne únavy, nízké výkonnosti, hubnutí a poruch zrakové ostrosti.

1.11.2 Diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus tvoří 90% všech nemocných s touto chorobou. Prevalence je tedy mnohonásobně vyšší, než u diabetu 1. typu.

Diabetes se rozvíjí u osob s inzulínovou rezistencí, která je na jedné straně dána geneticky, ale na druhé straně se zhoršuje vlivem nezdravého životního stylu. To je především nadměrným energetickým příjmem a sedavým způsobem života, ale také kouřením tabáku a chronickým vystavováním stresu.

Diabetes 2. typu je v počátcích zcela bezpříznakový a projevuje se jenom hyperglykemií.

Až když se onemocnění dlouho neléčí, začnou se u něho objevovat komplikace. (10 s.32)

1.11.3 Akutní komplikace diabetu

Akutní komplikací diabetu je hypoglykemie. Je to stav, kdy je hladina glykemie pod 3,5 mmol/l a je to nejčastější komplikace diabetu. Příčinou hypoglykemie je vysoká hladina inzulínu v krvi, a ta je způsobená vynecháním jídla anebo zvýšením fyzické aktivity.

Projevuje se pocením, třesem, tachykardií, zmateností, nevolností, až křečemi.

Hypoglykemie se musí řešit podáním sacharidů. Je-li toho nemocný schopen, sní kostkový cukr nebo se napije sladkého nápoje. Když je stav nemocného závažný a je spojen s poruchou vědomí, musíme podat 10 – 40% glukóza nitrožilně.

1.11.4 Chronické komplikace diabetu

K chronickým komplikacím diabetu patří rozvoj aterosklerózy a s ní se mohou rozvíjet známky srdečního selhávání, ischemické choroby srdeční a stenokardie nebo ischemická choroba dolních končetin s klaudikacemi.

Další komplikací je diabetická neuropatie, která se projevuje paresteziemi nebo nočními bolestmi dolních končetin. Poruchám zraku u diabetiků říkáme diabetická retinopatie a může hrozit až úplné oslepnutí.

K dalším komplikacím patří diabetická nefropatie. Je to postižení ledvin, které je charakterizováno vylučováním bílkoviny do moči a postupným snižováním glomerulární filtrace, které může vyústit, až do selhání ledvin.

Diabetici také mívají větší sklony k opakujícím se infekcím. (11 s. 56)

1.11.5 Hladina glykemie

Hladina glykemie je stanovována ze žilní krve a pacient by měl být alespoň 8 hodin po příjmu poslední potravy.

Normální hodnoty glykemie jsou nalačno 3,8 – 5,6 mmol/l a normální glukózová tolerance znamená glykemie ve druhé hodině oGTT testu 7,8 mmol/l a nižší.

Glykemie v rozmezí 5,6 a 6,9 mmol/l se označují jako hraniční glykemie a dále se ještě musí dovyšetřit pomocí oGTT testu. (9, s. 46)

1.11.6 U Diabetu je základem léčby

a také cílem dlouhodobá normoglykemie. S tím souvisí také oddálení nebo dokonce zabránění komplikací diabetu.

Pojetí léčby diabetu je komplexní, to znamená, že kromě kompenzace glykemií je nezbytné léčit i další klinické projevy inzulínové rezistence. To jsou zejména obezita, hypertenze, dyslipidemie a hyperkoagulační stav. Důvodem komplexní léčby je prokázaná souvislost mezi optimální kompenzací diabetu a dalších složek metabolického syndromu.

1.11.7 Farmakologická léčba

Farmakologickou léčbou u diabetika 1. typu je jednoznačně inzulín a je to léčba celoživotní.

U diabetika 2. typu se podávají perorální antidiabetika nebo se mohou kombinovat i s inzulínem. (10, s. 71)

1.12 Diagnostika kardiometabolického syndromu

Kardiometabolický syndrom je soubor typických rizikových faktorů, které se často vyskytují společně a vznikají velmi pravděpodobně na podkladě inzulínové rezistence. Přítomnost metabolického syndromu znamená na jedné straně riziko pro rozvoj předčasné aterosklerozy a následně kardiovaskulárních nemocí vzniklých na jejím podkladě a na druhé straně riziko pro vznik diabetu 2. typu.

Pro každý rizikový faktor, jenž je typický pro kardiometabolický syndrom, byla stanovena hodnota, kterou považujeme za patologickou:

- Obvod pasu měřený ve stoje při výdechu u mužů 102 cm a více a u žen 88 cm a více.
- Krevní tlak měřený po 5 minutách vsedě 130/80 mmHg a vyšší.
- Hladina TG nalačno 7,7 mmol/l a více.
- Hladina HDL cholesterolu u mužů pod 1 mmol/l a u žen pod 1,3 mmol/l.
- Hladina cukru v krvi nalačno 5,6 mmol/l a více. (11, s. 13)

Abychom mohli diagnostikovat kardiometabolický syndrom, jsou k tomu nutná různá vyšetření. Začínáme sběrem anamnézy a ptáme se na předchozí kardiovaskulární onemocnění nebo choroby, které s nimi mohou souviset. Dále nás zajímá rodinná anamnéza předčasného výskytu kardiovaskulárních nemocí. Také se nemocného ptáme na kouření tabáku, stravovací návyky a fyzickou aktivitu. Nezapomínáme se také zeptat na věk, pohlaví, vzdělání a zaměstnání.

Vyšetření – měření krevního tlaku vsedě na obou horních končetinách, srdeční frekvence, poslech srdce a plic, palpace karotických tepen a pulzace tepen na dolních končetinách. Dále zjišťujeme u nemocného výšku, hmotnost a vypočítáme BMI. Změříme obvod pasu.

Z laboratorních vyšetření nás zajímá hladina celkového cholesterolu, triglyceridů, HDL a LDL cholesterolu. Potom také glykemie nalačno a glykovaný hemoglobin, močovina a kreatinin v séru a samozřejmě vyšetření moči na přítomnost cukru a bílkoviny.

K celkovému vyšetření a správné diagnostice je vhodné doplnit i EKG, abychom monitorovali činnost srdce. Pro podrobnější vyšetření srdce je možné také provést echokardiografii. Tato všechna vyšetření pomohou správně diagnostikovat kardiometabolický syndrom. (5, s. 14)

1.13 Preventivní péče

Než se stát nemocným, je pro každého z nás lepší, předejít nemoci a zůstat zdravý.

V prevenci nejčastějších nemocí, na které umíráme, tj. srdečně-cévních, je třeba aktivně vyhledávat osoby s rizikovými faktory a především s vysokým rizikem, mezi které patří pacienti s kardiometabolickým syndromem. Včasné odhalení metabolického syndromu a jeho neodkladná nefarmakologická i farmakologická léčba je základem předcházení rozvoje aterosklerozy, srdečně-cévních nemocí a základem prevence diabetu 2. typu.

Prevence kardiovaskulárních onemocnění je celoživotní proces, který by se měl dotýkat všech. (18 s. 62)

1.13.1 Dělení prevence

Prevenci dělíme na primární, tj. na prevenci prováděnou u lidí bez manifestního kardiovaskulárního onemocnění s různým celkovým kardiovaskulárním rizikem a sekundární, která je zaměřená na nemocné, kteří již prodělali kardiovaskulární příhodu.

Základem prevence kardiometabolického syndromu je prosazování zdravého životního stylu. Právě ve zdravém životním stylu je velká šance, jak předejít ateroskleróze tepen a následně kardiovaskulárnímu onemocnění.

Prioritou současné preventivní kardiologie je kategorizace celkového kardiovaskulárního rizika. To rozhoduje o intenzitě intervence, tj. o nefarmakologické a farmakologické léčbě přítomných rizikových faktorů.

Největší efekt prevence a léčby lze očekávat u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním nebo u osob s vysokým kardiovaskulárním rizikem.

Základem provádění preventivních opatření v celé populaci je vhodná komunikace s veřejností, která by měla být pozitivně laděná a měla by edukovat. (6, s. 192)

1.14 Principy zdravého životního stylu

Kouření tabáku je zdrojem řady škodlivých látek, které přicházejí do organismu. Je to nezhoubnější návyk lidstva, který způsobuje 50% všech úmrtí na naší planetě. Jeho škodlivost závisí na množství vykouřeného tabáku.

Pohyb je přirozenou vlastností všech lidí a není divu, že jeho nedostatek přispívá k rozvoji řady nemocí. Pravidelná fyzická aktivita je významným rysem zdravého životního stylu.

Pravidelný pohyb zlepšuje kardiorepirační zdatnost a pomáhá udržet nebo redukovat hmotnost. Má také vynikající efekt na snížení rizika vzniku diabetu 2. typu.

Je doporučováno provádět pohybovou aktivitu aerobně, a to alespoň 2,5 až 5 hodin týdně.

Nicméně intenzitu i druh pohybové zátěže je třeba individuálně přizpůsobit stavu nemocného i jeho osobnímu přístupu k pohybu. (8, s. 64)

Za racionální dietu se dnes považuje dieta s denním energetickým příjmem s poměrem 55-65% polysacharidů, 25-35% tuků a 15 % bílkovin. Celkový příjem energie by se měl nastavit tak, aby se BMI pohyboval v optimálních mezích.

Polysacharidy by měly být tvořeny celozrnnými produkty, zeleninou a ovocem. Bílkoviny by měly být hrazeny nízkotučnými mléčnými výrobky, rybí a drůbežím masem a u nemocných s vyšším krevním tlakem by měl být omezen příjem soli.

Při výběru tuků by měly převažovat tuky rostlinné nad tuky živočišnými. U nemocných s dyslipidemií by měl být omezen také příjem cholesterolu v potravě.

Řada studií prokázala, že mírná konzumace alkoholu je pozitivní a snižuje úmrtnost. Zatímco vyšší konzumace alkoholu je spojena s vyšší celkovou úmrtností.

Definicí mírné konzumace je jeden alkoholový nápoj denně pro ženy a dva nápoje pro muže. Alkoholovým nápojem se míní 1 pivo nebo 2 dl vína nebo 5 cl lihoviny.

V žádném případě však nelze konzumaci alkoholu nikomu doporučovat, lze ji jenom tolerovat. (8, s. 76)

V současné době je každý z nás vystaven pravidelnému stresu: sociálnímu, pracovnímu, finančnímu či časovému. Každý z nás na stres jinak reaguje, ale chronický stres může mít za následek u citlivějších jedinců vznik depresí. Depresivní osoby mají častější výskyt některých kardiovaskulárních rizikových faktorů.

Kompenzace stresu představuje proces, kterým bychom měli potlačit nepříjemné pocity, vzniklé na podkladě stresu a to nejlépe činnostmi, které v nás vyvolávají radost.

K těmto činnostem většinou náleží kulturní nebo sportovní zážitky, sex, spánek aj.

Kompenzace stresu dosáhneme tím, že dobře vyvážíme stresové a protistresové činnosti. (13 s. 72)

1.15 Edukační role sestry

Edukace pacienta znamená výchova a vzdělávání sestrou. Role sestry edukátorky spočívá v tom, že předává pacientovi nové informace a učí ho dovednosti, které dosud neuměl.

K tomu, aby sestra mohla tyto činnosti vykonávat správně, musí mít odborné kompetence komunikační, motivační, prezentační a diagnostické.

Jsou také vhodné osobní předpoklady, které umožňují vcítit se do role pacienta. Pak je možné správně vybrat a aplikovat správné techniky svého působení.

Edukaci dělíme na základní, kdy jsou nemocnému předávány nové informace o jeho nemoci a učíme ho dovednostem, které zatím neměl.

Dalším typem edukace je reedukace, kdy nemocnému prohlubujeme vědomosti a znalosti, které už má.

Edukační proces se musí individualizovat ve vztahu ke zdravotnímu a momentálnímu fyzickému a psychickému stavu daného pacienta. Sestra edukátorka musí být komunikativní a musí mít schopnost empatie, uznání a úcty. Je důležité správně diagnostikovat daný problém, analyzovat ho a sestavit adekvátní edukační program. (11, s. 83)

1.15.1 Didaktické zásady při edukaci nemocného:

Zásada postupnosti – to znamená postupně zvyšovat náročnost edukace. Zásada soustavnosti – vést v návyku pravidelnosti opatření. Zásada trvalosti – naučit nemocného trvalosti změn. Zásada všestrannosti – to je využití získaných znalostí v běžném životě. A zásada názornosti – to znamená co nejpřesněji popsat postup dovedností a názorné předvedení. (10, s. 97)

1.15.2 Edukace o zdravém stravování

Edukace o zdravém stravování je velmi důležitá a je součástí prevence i léčby kardiometabolického syndromu. Je nutná úprava jídelníčku a to za pomoci nutriční

terapeutky. Zdravé stravování může velkým způsobem pomoci ke snížení kardiovaskulárního rizika.

Obecně platí takhle doporučení: strava by měla být vyvážená a pestrá. Energetický příjem je nutné upravit tak, aby se předešlo nadváze. Vhodné je doporučit nemocnému zvýšenou konzumaci ovoce a zeleniny, libového masa, celozrnných obilovin a nízkotučných mléčných výrobků. Velmi vhodné je konzumovat ryby a živočišné tuky nahradit rostlinnými.

Je také důležité snížit příjem soli a to méně než 5 g soli na den. Omezení alkoholu je dobré a jeho konzumace by měla být pouze mírná. (10, s. 102)

S úpravou jídelníčku je důležité nemocnému vysvětlit, že jenom dieta nestačí. Je nutné zavést do svého života i pravidelnou pohybovou aktivitu. Ideální je pohybovat se intenzivně alespoň 3 x týdně po dobu 30 – 45 minut a třeba k tomu nemocného správně motivovat. Pro začátek je vhodná rychlejší chůze, chůze do schodů, plavání nebo jízda na kole.

Zdravé stravování a přiměřený pohyb mají velmi dobré výsledky a vedou i ke snižování hmotnosti. (16 s. 47)

Edukace nemocného s kardiometabolickým syndromem je velmi důležitá a správné motivování pacienta k úpravě zdravého životního stylu a přiměřeného pohybu vede k výborným výsledkům.

Sestra by měla být nemocnému nápomocna při všech doporučeních a měly by mu jít i příkladem ve zdravém životním stylu. (11, s. 146)

PRAKTICKÁ ČÁST

Formulace problému

Kardiometabolický syndrom je v současné době hodně rozšířené onemocnění a někdy se hovoří i o epidemii. Pacienti i ostatní lidé by měli mít k dispozici dostatek informací o projevech kardiometabolického syndromu, ale i o jeho prevenci.

Všeobecná sestra by měla dokonale znát problematiku metabolického syndromu, aby dokázala správně poučit zdravého jedince o nutnosti jeho předcházení. Stejně tak je důležité motivovat již nemocného pacienta, aby tak pomáhala snižování rizik, která z tohoto onemocnění vyplývají. Ošetrovatelská péče o tyto klienty je individuální, protože komplikace onemocnění a rizika jsou rozmanitá.

Myslím si, že spousta lidí ještě o kardiometabolickém syndromu neví důležité informace a berou léčbu na lehkou váhu. V ošetrovatelském procesu, z hlediska kvalitativního výzkumu, bych chtěla ukázat srovnání pacienta zodpovědného a nezodpovědného ke svojí léčbě. Budu stanovovat ošetrovatelské diagnózy a nakonec vytvořím edukační materiál pro pacienty léčené na kardiometabolický syndrom.

Cíl práce

Cílem práce je analyzovat problematiku ošetrovatelské péče o vybrané pacienty a zjištění jejich biologických, psychologických a sociálních potřeb. Účelem zkoumání je popis ošetrovatelských problémů a zpracování ošetrovatelského plánu podle ošetrovatelského modelu M. Gordonové, a porovnání případů dvou vybraných pacientů.

Dílčí cíle

- Zjištění ošetrovatelských diagnóz u vybraných klientů s kardiometabolickým syndromem.
- Zjištění, jak jsou na tom pacienti s informovaností o kardiometabolickém syndromu.
- Porovnání účinnosti léčby při jejím dodržování a naopak zlehčování.

Operacionalizace pojmů

Kardiometabolický syndrom je definován jako soubor rizikových faktorů, které se často projevují současně. Jedná se o společný výskyt nadváhy nebo obezity abdominálního typu, vyššího krevního tlaku, typické poruchy metabolismu tuků a poruchy metabolismu cukru v krvi.

Ošetrovatelský proces je myšlenkový algoritmus a série vzájemně propojených činností, které vedou k uspokojování potřeb nemocného. Je to rozumová metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje řadu plánovaných činností a myšlenkových procesů, které profesionálové v ošetrovatelství používají. Je to individualizovaný přístup k ošetrovatelské péči o pacienta, zaměřený na řešení problému. Péči o pacienty zajišťují především všeobecné sestry a o poskytování péče vedou ošetrovatelskou dokumentaci.

Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro získávání informací do mé bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum umožňuje cíleně se zaměřit na péči a proces u dvou pacientů. Zaměřuji se na případy, které jsou individuálně rozebrány zpracováním kazuistiky, podle modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. Informace jsem získala využitím zdravotnické dokumentace a pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty.

Vzorek respondentů

Výběr respondentů byl záměrný a vybrala jsem si dva pacienty s diagnózou kardiometabolického syndromu. Oba se léčí již několik let, ale každý má jiný přístup k léčbě. První pacient má diagnózu kardiometabolický syndrom již deset let, a k léčbě přistupuje zodpovědně. Druhá pacientka má tuto diagnózu pět let, ale v přístupu ke svému zdraví je nezodpovědná. Oba klienti splňovali kritéria a souhlasili s mým výzkumem.

Způsob získávání informací

Informace do svojí práce jsem získávala polostrukturovaným rozhovorem. Oslovila jsem pacienty, kteří byli hospitalizovaní na lůžkovém oddělení II. Interní kliniky FN Plzeň pro dekompenzaci diabetu. Rozhovory byly provedeny po předchozím informovaném souhlasu a nahrála jsem je na diktafon. Oba klienti zde byli hospitalizováni týden a po tuto dobu jsem s nimi komunikovala a plnila ošetrovatelské plány.

Organizace výzkumu

Na začátku výzkumu popíšu anamnézu každého pacienta. V této části jsem využila metodu rozhovoru s klienty a nahlížela jsem do jejich zdravotnické dokumentace. Bylo mi také dovoleno fyzikální vyšetření obou klientů. V této bakalářské práci uvádím pouze relevantní údaje. Dbala jsem na časovou posloupnost obou případů a dále jsem analyzovala konkrétní případy a snažila se zdůvodnit jednotlivé skutečnosti. Aplikovala jsem teoretické vědomosti na jednotlivé případy a využila ošetrovatelských diagnóz. Na závěr jsem navrhla řešení nalezených problémů.

Kazuistika

Sběr informací o klientovi – anamnéza

Osobní údaje:

Pohlaví: muž

Věk: 41 let

Osobní anamnéza:

Klient prodělal běžné dětské nemoci a v 16- ti letech se léčil s infekční mononukleózou. Ve 20- ti letech byl na operaci kolene – artroskopii, po úrazu. Na hypertenzi se léčí již 15 let a postupně se k tomu přidala obezita, diabetes mellitus a hypercholesterolémie. S kardiometabolickým syndromem se léčí 10 let a na kontrolní vyšetření při nezměněném stavu dochází 1 x za 3 měsíce. Na zubní prohlídky chodí pravidelně 1 x za 6 měsíců a na oční prohlídky 1 x ročně.

Rodinná anamnéza:

Matka 68 let, léčí se na diabetes 2. typu na PAD, trpí hypertenzí. Otec 72 let, má hypertenzi, hypercholesterolémii a je obézní. Má sestru, 39 let a ta je zdravá. Klient má tři děti, syna a dvě dcery, které jsou zdravé.

Sociální anamnéza:

Klient je ženatý a žije v rodinném domě s manželkou a třemi dětmi. Kouřil od 18- ti let, ale již 10 let nekouří. Alkohol užívá příležitostně.

Pracovní anamnéza:

Dříve byl zaměstnán jako zástupce ředitele v zahraniční firmě a nyní pracuje jako informační technik. Jeho zaměstnání je převážně sedavé a mezi firmami, pro které pracuje, se pohybuje autem.

Alergologická anamnéza:

Udává alergii na pyly a exotické ovoce.

Lékařské diagnózy:

Kardiometabolický syndrom

Esenciální hypertenze na terapii

Diabetes mellitus na PAD

Hypercholesterolémie na terapii

Obezita

Farmakologická anaméza:

Tritace 2,5 mg tbl 1-0-0.

Atorvastatin 20 mg tbl 0-0-1.

Glucophage 500 mg tbl 1-0-1.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Hmotnost: 108 kg

Výška: 185 cm

BMI: 31

TK: 130/75 mmHg

Dieta: 9 - diabetická.

P: 78/min.

TT: 36,3 °C

Df: 24/min.

Obvod pasu: 100 cm.

Celkový vzhled: Klient vypadá čistě a upraveně, dodržuje hygienické návyky.

Dutina ústní a nos: Bez patologických změn.

Zuby: Sanovány.

Sluch: Klient slyší dobře.

Zrak: Klient používá brýle nablízko.

Kůže: Bez defektů či hematomů, občas mívá večer otoky dolních končetin.

Mobilita: Klient je mobilní a pohybuje se bez potíží.

Orientace: Klient je orientován časem i prostorem.

Porozumění: Klient rozumí mluvenému i psanému slovu.

Oční kontakt: Klient stále udržuje oční kontakt.

Stolice: Dle svého tvrzení má klient pravidelnou stolici bez patologických příměsí.

Močení: Klient neudává potíže s močením

Zvracení: Klient neudává.

Bolest: Klient udává občasné bolesti zad a hlavy.

Kompenzační pomůcky:

Klient používá pouze brýle nablízko a nosí je celý den.

Použité hodnotící škály:

Barthelův test základních všedních činností (viz příloha č. 2...100 bodů – nezávislý)

Vizuální analogová škála bolesti dle Melzacka (viz příloha č. 3...0 bodů – žádná bolest)

Dospělé nutriční skóre – dle hmotnosti klienta bylo vypočítáno BMI 31 - obezita. Klient má i před diabetickou dietu velký energetický příjem a málo pohybu.

Ošetřovatelský model M. Gordonové

Ve své bakalářské práci používám ke zhodnocení potřeb nebo problémů pacientů model M. Gordonové. Základní strukturu tohoto modelu tvoří dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každou oblast hodnotím z hlediska objektivního a subjektivního. Informace o pacientech byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru, z dokumentace a pozorováním klientů.

1. Podpora zdraví:

Subjektivně: Diagnóza kardiometabolického syndromu motivovala klienta ke změně životního stylu. Mohl by ale dodržovat striktněji dietní opatření a zařadit do svého života více pohybu. Obezita a přidružená onemocnění klienta obtěžují a má strach, že jeho stav bude horší, jako dříve. Doporučení lékaře podle svých slov dodržuje, ale občas uznává vědomé dietní chyby.

Objektivně: Klient spolupracuje a uvědomuje si, že zavedením zdravého životního stylu a dodržováním léčby vidí výsledky ve svém zdravotním stavu. Celkově hodnotí fyzickou kondici za dobrou, všechny činnosti zvládá sám, dopomoc nepotřebuje v žádné oblasti.

2. Výživa a metabolismus:

Subjektivně: Klient udává, že není v jídle vybíravý. Snídaně často nestíhá a dopoledne si někdy vypije pouze černou kávu. V práci navštěvuje závodní jídelnu a snaží se dodržovat diabetickou dietu. Pokaždé ale jídlo není zrovna vhodné jako diabetická dieta a

klient si dává velkou porci jídla. Sladká jídla moc nejí, ale občas pije ovocné džusy. Tekutin má podle svých slov dost a rád pije černou kávu.

Objektivně: Klient má lékařem určenou dietu číslo 9 (diabetická dieta). Tahle dieta ale není příliš důsledně dodržována. BMI klienta je 31 a to už je v mezích obezity. Vlasy, nehty a kůže vypadají na pohled v pořádku.

3. Vylučování:

Subjektivně: Klient neudává potíže s močením. Stolicí má pravidelnou a bez příměsí. Projímadla neužívá.

Objektivně: Klient netrpí žádnými potížemi s močením, ani se stolicí.

4. Aktivita a cvičení:

Subjektivně: Klient si stěžuje na nedostatek energie a životní síly. Cítí se unavený a někdy až vyčerpaný. Má spoustu pracovních starostí a povinností a udává, že už nemá sílu na nějaký pohyb. Zaměstnání mu zabírá velké množství času, a aby vše stíhal, pohybuje se mezi zákazníky autem. O víkendech většinou odpočívá a snaží se pořádně vyspat. Na pohybové aktivity s rodinou už nemá chuť ani sílu.

Objektivně: Klient působí unaveně a těžkopádně. Jinak ale veškerý běžný pohyb zvládá a je zcela soběstačný.

5. Spánek a odpočinek:

Subjektivně: Klient přiznává potíže s usínáním, ale v noci se již nebudí. Kvůli pracovní vytíženosti chodí spát pozdě a musí zase brzy ráno vstávat. Spí přibližně 5 hodin a po ranním vstávání se necítí odpočatě. Přes den se cítí unavený, ale nemá čas si ani na chvíli odpočinout.

Objektivně: Medikaci na spaní klient neužívá a vypadá unaveně.

6. Vnímání a poznávání:

Subjektivně: Klient nemá problémy s učením a nové poznatky chápe velmi rychle. Sluch má v pořádku a špatně vidí nablízko, proto nosí brýle. Orientuje se dobře a paměť má také výbornou. Informace ohledně svého zdravotního stavu chápe a je si vědom toho, co dělá správně a co ne.

Objektivně: Klient nosí brýle nablízko. Je aktivní v kontaktu a orientovaný všemi směry. Formulace myšlenek je rychlá a odpovídá normálně.

7. Sebekoncepce a sebeúcta:

Subjektivně: Klient sebe sám hodnotí jako přátelského a vyrovnaného a je vždy ochoten každému pomoci. V osobním i sociálním postavení se cítí spokojený, avšak v pracovním se cítí přetížený. Po sdělení své diagnózy přehodnotil žebříček hodnot a na prvním místě má nyní zdraví. Uvědomuje si, že když bude dodržovat svoji léčbu a dietu, tak se jeho stav nezhorší, ale naopaklepší.

Objektivně: Klient působí vyrovnaně a přátelsky.

8. Plnění rolí a mezilidské vztahy:

Subjektivně: Vztahy v rodině klient popisuje jako normální. Cítí povinnost rodinu zabezpečit a je to pro něho na předním místě. Se svými rodiči má výborný vztah a často se navštěvují. Setkává se se svými přáteli a rád s nimi pořádá různé oslavy. V zaměstnání jsou vztahy již horší a převážně příliš formální.

Objektivně: Klient žije s manželkou a se svými dětmi v rodinném domě a celá rodina se navzájem podporuje. Podle rozhovoru lze usoudit na dobré rodinné zázemí a vztahy.

9. Reprodukce a sexualita:

Subjektivně: Podle svých slov je jeho sexuální život v pořádku a s manželkou si navzájem vyhovují.

Objektivně: Klient má tři děti, takže jeho reprodukční schopnosti jsou bez problémů.

10. Stres a zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance.

Subjektivně: Klient je podle svých slov ve stresu ze svého zaměstnání a to zejména z množství práce. I když se snaží si vše pečlivě zorganizovat, je práce pořád mnoho a je tím zatížený. Stresu má klient kolem sebe dost, ale zatím se s tím zvládá vyrovnat. Ve své rodině cítí velké zázemí a ta ho při práci podporuje.

Objektivně: Žádnou medikaci na snížení stresu neužívá.

11. Víra a životní hodnoty:

Subjektivně: Klient není věřící a žádné náboženství neuznává. Má plány do budoucna a doufá, že jeho pracovní vytížení časem povolí a bude mít více volného času na rodinu a své zájmy.

Objektivně: Klient je optimista a věří v lepší budoucnost.

Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza je stanovení problému pacienta. Diagnózy jsem stanovila aktuální a potencionální dle klasifikace publikace NANDA International Ošetrovatelské diagnózy. Na základě informací získaných z dokumentace, pozorováním a rozhovorem od klienta jsem stanovila následující diagnózy.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00001 Nadměrná výživa související se zvýšeným příjmem potravy a nedostatečným pohybem, projevující se:

Subjektivně: Pocit hladu a chuti na jídlo.

Objektivně: Klient přijímá větší porce jídla, než by měl. Jeho pohybová aktivita je minimální.

Očekávané výsledky: Klient bude znát správné složení jídel a bude mít dostatečné informace o diabetické dietě. Klient upraví množství přijímané stravy, zvýší množství pohybu a pokusí se snížit svoji hmotnost.

Ošetřovatelské intervence: Edukuj klienta o vhodné skladbě jídelníčku a o zmenšování porcí jídla. Vysvětli klientovi nutnost dodržování diabetické diety. Motivuj klienta k větší fyzické aktivitě a k zapojení ve sportu.

Hodnocení: Klient si je vědom toho, jak důležitá je diabetická dieta a správné rozložení jídel během dne. Upravil si jídelníček během dne a začal více chodit pěšky. Uvádí zlepšení svého zdravotního stavu a cítí se lépe.

00095 Porušený spánek související se zvýšeným stresem projevující se:

Subjektivně: Stěžuje si na nedostatek spánku a nekvalitní spánek. Nemůže usnout déle jak 30 minut

Objektivně: Působí unaveně, má kruhy pod očima.

Očekávané výsledky: Kvalita spánku selepší a klient se bude cítit odpočínutý.

Ošetřovatelské intervence: Doporuč vhodné prostředí pro spánek, edukuj o spánkové hygieně.

Hodnocení: Klient se cítí více odpočínutý a zná zásady spánkové hygieny.

00146 Úzkost z důvodu stresu a psychického rozladění projevující se:

Subjektivně: Znepokojenost a rozladěnost.

Objektivně: Slovní vyjádření obav, nesoustředěnost, nespavost.

Očekávané výsledky: U klienta bude snížena úzkost na únosnou míru převedením na konkrétní obavy.

Ošetřovatelské intervence: Mluv s klientem klidně a beze spěchu, naslouchej klientovi se zájmem a respektem. Umožni klientovi popsat jeho pocity a v bezpečném prostředí vyjádřit své emoce. Nauč klienta psychoterapeutické techniky vedoucí ke snížení a zvládnutí úzkosti. Zapoj rodinu do jeho psychické podpory.

Hodnocení: Klient byl po mých intervencích stále trochu rozladěn a znepokojen, ale naučil se popsat svoje pocity a vyjádřit své emoce. Naučil se využívat terapeutické techniky ke snížení a zvládnutí úzkosti a celkově se cítí lépe.

00093 Únava související s psychogenními a situačními faktory projevující se:

Subjektivně: Ospalost a vyčerpání.

Objektivně: Unavené rysy v obličeji, zpomalené tempo řeči.

Očekávané výsledky: Po minimalizaci vyvolávajících příčin se klient cítí odpočatě. Cítí se emocionálně vyrovnaný.

Ošetřovatelské intervence: Zjistí příčinu únavy, zabezpeč příjemné a klidné prostředí pro odpočinek. Vyslechni klienta a zabezpeč dostatečné informace. Přístup ke klientovi vlídně a nespěchej.

Hodnocení: Klientovi se po zmírnění vyvolávajících příčin vedoucích k únavě ulevilo. Uklidnil se a odpočinul si.

Potencionální diagnóza:

00179 Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi související s vynecháváním snídaně.

Ošetrovatelské intervence: Sleduj projevy hypoglykemie. Edukuj pacienta o dietním omezení, nutnosti pravidelného stravování, zajisti dostatečný příjem tekutin. Sleduj hodnoty glykemie.

Cíl: U pacienta nejsou projevy hypoglykemie, hodnoty jsou stabilní. Pacient se naučí pravidelnému stravování.

Zhodnocení: Hodnoty glykemie si klient během několika dní měřil a měl je v normálním rozmezí. Klient byl několikrát edukována o dietním režimu a vhodných/nevhodných potravinách a nutnosti snídání – bez efektu.

Edukační plán:

Účel edukace: Ochota ke zlepšení výživy

Cíl: klient bude znát zásady omezení diabetické diety, vyjmenuje vhodné a nevhodné potraviny. Bude vědět správné porce jídel, které si bude připravovat.

Pomůcky: Edukační leták, vzorový jídelníček na týden.

Metoda prezentace: Rozhovor.

Kognitivní oblast: Klient vyjmenuje vhodné a nevhodné potraviny pro diabetickou dietu.

Hlavní bod plánu: Seznámím klienta s diabetickou dietou, s vhodnými potravinami a jejich přípravou.

Časová dotace: 15 minut.

Hodnocení: Klient umí vyjmenovat vhodné potraviny a jejich přípravu.

Afektivní oblast: Klient pochopí nutnost dodržování diety a upraví své dosavadní stravovací návyky.

Hlavní bod plánu: Vysvětlím rizika spojená s nedodržováním diety.

Časová dotace: 10 minut.

Hodnocení: Klient pochopil nutnost dodržování diabetické diety, umí odpovědět na otázky týkající se rizik z nedodržování diety.

Psychomotorická oblast: Klient si bude pro příjem potravy vymezovat více času, upraví si porce jídel na 5 – 6 x denně.

Hlavní bod plánu: Pomůžu klientovi rozvrhnout si čas během dne tak, aby mu na jídlo zbylo více času a stravoval se pravidelně. Na každé jídlo by měl mít čas alespoň 15 minut.

Hodnocení: Klient přijímá menší porce jídel a jí pravidelně 5 x denně. Snídaně ale stále vynechává.

Kazuistika 2

Sběr informací o klientovi – anamnéza

Osobní údaje:

Pohlaví: žena

Věk: 45 let

Osobní anamnéza:

Klientka prodělala běžné dětské nemoci a v 15- ti letech byla hospitalizovaná pro zánět červovitého přívěsku slepého střeva. Je dlouhodobě léčena na hypothyreozu a diabetes mellitus. Na hypertenzi se léčí již 10 let a postupně se k tomu přidala obezita a hypercholesterolemie. S kardiometabolickým syndromem se léčí 5 let a na kontrolní vyšetření dochází 1 x za 3 měsíce. Na endokrinologii i zubní prohlídky chodí pravidelně 1 x za 6 měsíců. Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně jednou ročně.

Rodinná anamnéza:

Matka 72 let, léčí se na hypertenzi, diabetes 2. typu na PAD a trpí obezitou. Otec zemřel v 60- ti letech na infarkt myokardu. Klientka má dva bratry a oba trpí nadváhou. Má také jednu dceru a ta je zdravá.

Sociální anamnéza:

Klientka je rozvedená a žije sama v bytě. Kouří od 25- ti let a udává, že vykouří 20 cigaret denně. Alkohol užívá příležitostně.

Pracovní anamnéza: Klientka pracuje jako sociální pracovnice a většinu pracovní doby stráví v kanceláři.

Alergologická anamnéza: Žádnou alergii neudává.

Gynekologická anamnéza: Klientka má menstruaci od 13-ti let a má ji stále. Byla jednou gravidní a porodila zdravou dceru. Na preventivní gynekologické prohlídky chodí pravidelně.

Lékařské diagnózy:

Kardiometabolický syndrom

Esenciální hypertenze na terapii

Diabetes mellitus na PAD

Hypothyreóza léčená

Hypercholesterolémie na terapii

Obezita

Farmakologická anaméza:

Godasal 100 mg 1-0-0 tbl.

Lozap H 50/12,5 mg ½ -0-0 tbl.

Euthyrox 100 ug 1-0-0 tbl.

Sortis 20 mg 0-0-1 tbl.

Metformin 500 mg 1-0-1 tbl.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Hmotnost: 110 kg

Výška: 165 cm

BMI: 39,5

TK: 135/80 mmHg

Dieta: 9 - diabetická.

P: 74/min.

TT: 36,1 °C

Df: 20/min.

Obvod pasu: 120 cm.

Celkový vzhled: Klientka vypadá upraveně a čistě, dodržuje hygienické návyky.

Dutina ústní a nos: Bez patologických změn.

Zuby: Sanovány.

Sluch: Klientka slyší dobře.

Zrak: Klientka používá brýle na dálku.

Dýchání: Po ránu mívá typický kuřácký kašel.

Kůže: Suchá, bez defektů či hematomů.

Mobilita: Klientka je mobilní. Pohybuje se bez potíží, ale díky své hmotnosti velmi pomalu a těžkopádně.

Orientace: Klientka je orientována časem i prostorem.

Porozumění: Klientka rozumí mluvenému i psanému slovu.

Oční kontakt: Klientka udržuje oční kontakt.

Stolice: Klientka má nepravidelnou stolici a občas trpí na zácpu.

Močení: Klientka neudává potíže s močením

Zvracení: Klientka neudává.

Bolest: Klientka udává občasné bolesti zad.

Spánek: Není narušený, klientka spí dobře.

Návyky: Kouří 20 cigaret denně, k tomu vypije větší množství černé kávy. Alkohol užívá příležitostně.

Kompenzační pomůcky:

Klientka používá brýle na dálku a nosí je celý den.

Použité hodnotící škály:

Barthelův test základních všedních činností (viz příloha č. 2...100 bodů – nezávislý)

Vizuální analogová škála bolesti dle Melzacka (viz příloha č. 3...0 bodů – žádná bolest)

Dospělé nutriční skóre – dle hmotnosti klienta bylo vypočítáno BMI 39,5 – obezita. Klient má i před diabetickou dietu velký energetický příjem a málo pohybu.

Ošetřovatelský model M. Gordonové

1. Podpora zdraví:

Subjektivně: Klientka svůj stav vnímá jako přiměřený věku a způsob života hodnotí jako nezdravý. Doporučení lékaře moc nedodržuje a udává dietní chyby a málo pohybu. Velkým problémem je pro ni kouření, ale nedokáže se svojí závislostí skončit. Uvědomuje si, že díky svému nezdravému životnímu stylu si komplikuje život a hrozí jí velké riziko kardiovaskulárních onemocnění.

Objektivně: Pokyny lékařů klientka zná, ale nedodržuje dietetický režim. Verbalizuje nutnost dodržování dietního režimu, zdravějšího stravování a nekouření, avšak nemá silnou vůli a nechce změnit svůj životní styl.

2. Výživa a metabolismus:

Subjektivně: Podle slov klientky je u ní největší problém ve velké chuti k jídlu. Má skoro neustále hlad, ale častěji spíše chuť na něco sladkého. Měla by dodržovat diabetickou dietu a nejíst jednoduché cukry, ale ty v jejím jídelníčku převažují. S nutriční terapeutkou mluvila několikrát a diabetolog jí při každé kontrole upozorňuje na špatný jídelníček, ale

klientka na jejich rady nedá. Sice má po každé kontrole výčitky svědomí a snaží se jíst lépe, ale má slabou vůli. Snídani vynechává a dává si pouze černou kávu a cigaretu. Při obědě už má velký hlad a dává si dvojitou porci. Odpoledne a večer má největší hlad a sní velké množství jídla.

Objektivně: BMI 39,5 – klientka spadá do tabulky obezity. Pohledem nejsou zjištěny patologické změny na vlasech ani nehtech. Kůži má klientka v pořádku. Má výraznější otoky kolem kotníků, zejména v odpoledních hodinách a večer.

3. Vylučování:

Subjektivně: Klientka neudává žádné potíže s močením. Stolicí má pravidelnou a bez příměsí. Projímadla neužívá.

Objektivně: Klientka netrpí žádnými potížemi s močením, ani se stolicí.

4. Aktivita a cvičení:

Subjektivně: Klientka pocítuje nedostatek energie a často se cítí velmi unavená. Od dětství nebyla vedena ke sportu a má k němu velkou nechuť. Zvládá běžný pohyb, ale už rychlejší chůze ji vyčerpává a zadýchá se při ní. Do zaměstnání se dostává autobusem a celou pracovní dobu tráví vsedě v kanceláři. Po příchodu ze zaměstnání si sedne k televizi nebo k počítači a často tam usne.

Objektivně: Klientka zvládá všechny běžné činnosti, ale vypadá unaveně a těžkopádně. Již rychlejší při rychlejším pohybu se zadýchá.

5. Spánek a odpočinek:

Subjektivně: Klientka spí dobře a podle svých slov spí až moc. Usíná brzy po ulehnutí do postele a po probuzení se cítí odpočatá. Trápí ji pouze ranní kašel, který souvisí s kouřením. Odpočinku má během dne dostatek a někdy si přes den zdřímne.

Objektivně: Léky na spaní neužívá.

6. Vnímání a poznávání:

Subjektivně: Klientka špatně vidí na blízkou vzdálenost a nosí dioptrické brýle. Na oční prohlídky chodí pravidelně a s brýlemi vidí dobře. Potíže se sluchem klientka nemá. Porozumí snadno novým informacím a chápe jejich souvislosti. Paměť má dobrou a snadno si vybaví, co potřebuje. O svých onemocněních má podle svých slov dost informací, ale možná rizika bere na lehkou váhu. Žádné bolesti nepocítuje.

Objektivně: Klientka nosí brýle nablízko. Je orientovaná místem a časem.

7. Sebekoncepce a sebedůvěra:

Subjektivně: Klientka se cítí celkem samostatně, ale často také osaměle. Sama se sebou je nespokojená a to jak se vzhledem, tak s kvalitou života. Trápí ji její velká hmotnost a nesouměrnost postavy. Občas mívá smutnou náladu, která přechází až do deprese. Svoje starosti zahání jídlem a kouřením.

Objektivně: Klientka je přátelská, ale působí smutným dojmem.

8. Plnění rolí a mezilidské vztahy:

Subjektivně: Vztahy v rodině popisuje klientka jako normální a přátelské. Pravidelně se stýká se svými dvěma bratry i se svou dcerou. Setkává se také se svojí matkou a občas jí pomáhá v domácnosti. Jako blízkou osobu také uvádí sousedku, se kterou si někdy vzájemně vypomáhají.

Objektivně: Klientka žije sama v bytě. Z rozhovoru vyplývá, že rodinné vztahy má v pořádku.

9. Reprodukce a sexualita:

Subjektivně: O sexuálním životě klientka odmítla hovořit.

Objektivně: Menstruaci má klientka pravidelnou od 13- ti let a stále trvá. Byla jednou gravidní a porodila zdravou dceru. Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně.

10. Stres a zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance.

Subjektivně: Klientka bývala dříve ve stresu z nepodařeného manželství a také z velkého psychického vypětí ze zaměstnání. V současné době je již 10 let rozvedená a podle svých slov má klid. V zaměstnání se vše také uklidnilo a chodí tam ráda. Zátěžové situace zvládá hůře a potřebuje si na ně zvyknout.

Objektivně: Medikaci na snížení napětí klientka neužívá.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty:

Subjektivně: Klientka byla vychována v katolickém náboženství, ale netvrdí o sobě, že je věřící. Má svůj pohled na život a někdy se cítí životem zklamaná. Plány do budoucnosti podle svých slov nemá.

Objektivně: Klientka má smutnou náladu a je pesimistická.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00001 Nadměrná výživa související s nedodržováním dietetického režimu a nedostatkem pohybu. Projevující se:

Subjektivně: Velký pocit hladu a chuti na jídlo.

Objektivně: Klientka přijímá větší porce jídla, než by měla. Její pohybová aktivita je minimální. BMI 39,5 – obezita. Dysfunkční vzorec přijímání potravy.

Očekávané výsledky: Klientka bude znát správné složení jídel a bude mít dostatečné informace o diabetické dietě. Bude mít větší množství pohybu a pokusí se snížit svoji hmotnost.

Ošetřovatelské intervence: Edukuj klientku o vhodné skladbě jídelníčku a o zmenšování porcí jídla. Vysvětli klientce nutnost dodržování diabetické diety. Motivuj klientku k větší fyzické aktivitě a k zapojení ve sportu. Posouzení udávaného množství konzumovaných jídel.

Hodnocení: Klientka si je vědoma toho, jak důležitá je diabetická dieta a správné rozložení jídel během dne. Upravila si jídelníček během dne, ale nemá pevnou vůli a přiznává, že si občas dá nějaké jídlo navíc. Přesto uvádí zlepšení svého zdravotního stavu a cítí se lépe.

00078 Neefektivní léčebný režim související se slabou vůlí klientky a s podceňováním rizik. Projevující se:

Subjektivně: Slabá vůle ze strany klientky, neochota změnit dietní režim, kouření.

Objektivně: Stále stejné výsledky v léčebném režimu, přibírání na váze. Obezita, objem pasu klientky 120 cm, vysoké triglyceridy, vysoká glykémie, hypertenze.

Očekávané výsledky: Klientka bude dodržovat léčebný režim. Bude mít informace o rizicích, souvisejících s nedodržováním léčby a to zejména kardiovaskulárních onemocněních. Klientka omezí kouření nebo úplně přestane kouřit.

Ošetrovatelské intervence: Edukuj klientku o rizicích, zejména o riziku kouření a kardiovaskulárních onemocnění. Vysvětli důležitost léčby, která se při dodržování projeví a zlepšením výsledků a zlepšením celkového stavu. Edukuj o škodlivosti kouření. Doporuč návštěvu ambulance pro odvykání kouření

Hodnocení: Klientka si konečně uvědomuje důležitost léčby a zejména nekouření. Slíbila, že navštíví ambulanci pro odvykání kouření. Uvědomuje si, že při dalším nedodržování diety a léčby ji mohou dosáhnout komplikace v podobě kardiovaskulárních onemocnění. Hmotnostní úbytek během mého výzkumu zatím nenastal.

00093 Únava související s hypothyreozou a obezitou projevující se:

Subjektivně: Ospalostí a vyčerpáním. Usínáním během dne.

Objektivně: Klientka má unavené rysy v obličeji, zpomalené tempo řeči.

Očekávané výsledky: Po minimalizaci vyvolávajících příčin se cítí odpočatě.

Ošetrovatelské intervence: Zjisti příčinu únavy, doporuč příjemné a klidné prostředí pro odpočinek. Vyslechni klientku a zabezpeč dostatečné informace. Přistupuj k ní vlídně a nespěchej. Zkontroluj správnou léčbu hypothyreozy.

Hodnocení: Klientce se po zmírnění vyvolávajících příčin vedoucích k únavě ulevilo. Uklidnila se a odpočinula si. Lépe si zorganizovala čas během dne a našla si čas na odpočinek.

Potencionální diagnózy:

00054 Riziko osamělosti související s trávením velkého množství času o samotě.

Očekávaný výsledek: Klientka nebude mít pocit osamělosti, bude mít stálé rodinné, pracovní i přátelské vztahy. Bude trávit více času ve společnosti druhých osob.

Ošetřovatelské intervence: Promluv si s klientkou o důležitosti navazování vztahů s druhými lidmi a o jejich udržování. Vysvětli, že je lepší trávit volný čas s lidmi a ne s televizí.

Hodnocení: Klientka je rozhodnutá udržovat sociální vztahy a trávit méně času u televize.

00015 Riziko zácpy související s minimem pohybu a sedavým stylem života.

Očekávaný výsledek: Klientka se vyprazdňuje pravidelně.

Ošetřovatelské intervence: Sleduj příjem potravy a její složení. Doporuč potraviny bohaté na vlákninu a dostatek tekutin. Podávej přípravky ke změkčení stolice a sleduj jejich účinky.

Hodnocení: Klientka netrpí zácpou.

Edukační plán

Účel edukace: Snížení hmotnosti.

Cíl: Klientka bude znát zásady omezení redukční diety, vyjmenuje vhodné a nevhodné potraviny. Bude vědět správné porce jídel, které si bude připravovat. Klientka bude znát rizika, která plynou z nedodržování životosprávy.

Pomůcky: Edukační leták, vzorový jídelníček na týden.

Metoda prezentace: Rozhovor.

Kognitivní oblast: Klientka vyjmenuje vhodné a nevhodné potraviny pro redukční dietu.

Hlavní bod plánu: Seznámím klientku s redukční dietou, s vhodnými potravinami a jejich přípravou.

Časová dotace: 20 minut.

Hodnocení: Klientka umí vyjmenovat vhodné potraviny a jejich přípravu.

Afektivní oblast: Klientka pochopí nutnost dodržování diety a upraví své dosavadní stravovací návyky.

Hlavní bod plánu: Vysvětlím rizika spojená s nedodržováním diety.

Časová dotace: 15 minut.

Hodnocení: Klientka pochopila nutnost dodržování redukční diety, umí odpovědět na otázky týkající se rizik z nedodržování diety.

Psychomotorická oblast: Klientka si bude pro příjem potravy vymezovat více času, upraví si porce jídel na 5 – 6 x denně.

Hlavní bod plánu: Pomůžu klientce rozvrhnout si čas během dne tak, aby jí na jídlo zbylo více času a stravovala se pravidelně. Na každé jídlo by měla mít čas alespoň 15 minut.

Hodnocení: Klientka přijímá menší porce jídel a jí pravidelně 5 x denně.

2 DISKUSE

Složky kardiometabolického syndromu jsou hypertenze, diabetes mellitus a dyslipidemie a v souvislosti s nimi je samozřejmě i obezita. Ta výrazně zvyšuje pravděpodobnost výskytu onemocnění a ovlivňuje i jeho průběh. Pacient, který svou hmotnost neustále zvyšuje, mívá těžší příznaky nemocí a také častější komplikace. Naproti tomu pacient, který je zodpovědný a respektuje lékařská doporučení, snižuje tím dávky nutně užívaných léků a může dojít i k jejich vysazení. Musí ale snížit svoji hmotnost pravidelným pohybem a zdravým stravováním.

V odborné literatuře se doslova uvádí, že se jedná o epidemii způsobenou těmito nemocemi. Česká republika patří ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi k zemím s nejvyšším výskytem tohoto onemocnění. Za posledních 20 let se u nás prevalence nezvyšuje, ale stagnuje na 30 %, zatímco ve světě roste. Více jsou postiženi muži než ženy. Ve věku 24-60let je v České Republice postiženo 32 % mužů a 24 % žen.

Problematika tohoto syndromu se nevyskytuje pouze posledních několik let, jak si široká veřejnost myslí, ale objevuje se již od 40. let 20. století. V minulosti byl člověk ovlivňován zvýšenou fyzickou aktivitou a častým nedostatkem potravy (chudoba, války). V porovnání s dnešním typem sedavého životního stylu, genetickou výbavou a snadnou dostupností potravy se výskyt tohoto syndromu zvyšuje. 85 % nemocných, kteří mají kardiometabolický syndrom, trpí obezitou. U tohoto problému má velký vliv edukace a spolupráce nemocných. Ta je důležitá při léčbě již diagnostikovaného kardiometabolického syndromu, ale i u jeho prevence.

V teoretické části práce jsem se snažila zpracovat nejdůležitější fakta o této nemoci a rozebrat a podrobně popsat jeho jednotlivé složky. Dále identifikuji příznaky jednotlivých chorob, jejich rizika a léčbu, jak se uvádí v odborné literatuře.

Praktická část bakalářské práce je založena na kvalitativním výzkumu, jehož hodnocením se budu v tomto oddíle práce zabývat. Hlavním cílem práce bylo zmapování problematiky ošetrovatelské péče u dvou vybraných klientů. Zaměřila jsem se na zjišťování informací o jejich biologicko-psychologicko-sociálních potřebách a míře jejich uspokojování.

K vytvoření ošetrovatelského plánu u obou klientů jsem zvolila model funkčního zdraví M. Gordonové. Ošetrovatelský plán je zaměřený na anamnestické údaje a jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy pomocí NANDA taxonomie. Sestavila jsem ošetrovatelský a edukační plán, zaměřený na výživu. Ošetrovatelská péče byla soustředěna na aktuální a potenciaální problémy v průběhu hospitalizace klientů.

Porovnávala jsem kazuistiky dvou pacientů a na základě rozhovorů s nimi jsem mohla shrnout závěry své práce. Oba klienti jsou léčeni pro kardiometabolický syndrom, a to jsou rozdílně dlouhou dobu a mají odlišný přístup k nemoci a k její léčbě. Pro rozhovory jsem oslovila muže, kterému je 41 let a s kardiometabolickým syndromem se léčí 10 let. Druhou klientkou byla žena 45-letá, která se s touto diagnózou se léčí 5 let.

Již před začátkem přípravy bakalářské práce jsem se setkala ve své praxi s nedostatkem informací pacientů o kardiometabolickém syndromu. Tahle moje zkušenost se mi potvrdila i při rozhovorech s dotazovanými klienty. Oba sice věděli, že se léčí s kardiometabolickým syndromem, ale už neznali jeho jednotlivé složky, ani prevenci a režimová opatření.

Jak je uváděno v odborné literatuře, úspěšnost léčby tohoto syndromu je úzce spjata s dodržováním právě zmíněných režimových opatření. To znamená snížení vysoké tělesné hmotnosti pomocí správné skladby jídelníčku a začleněním pravidelné pohybové aktivity.

Zdravý jídelníček je základem prevence a to platí obecně, nejen pro kardiometabolický syndrom. Jeho dodržováním můžeme dosáhnout velmi výrazných výsledků. Po dobu hospitalizace si první klient uvědomil, že je nutná změna stravovacího režimu. Vzal si edukaci k srdci, ale stále nebyl zvyklý snídat. Uvědomil si, že musí vyměnit nezdravá jídla za zdravější a rozložit si jednotlivé porce rovnoměrně do celého dne. Nadále tak u něho hrozí riziko hypoglykemie, avšak klient to bagatelizuje.

Během hospitalizace jsem druhou klientku opakovaně edukovala o nutnosti dodržování diabetické diety, ta ji však nedodržovala a k podávaným porcím jedla ještě vlastní stravu. Hodnoty glykemií nebyly uspokojivé a muselo opakovaně dojít k navýšení dávek perorálních antidiabetik.

Co se týče pohybové aktivity, oba klienti uvedli, že vůbec nesportují. Mají sedavé zaměstnání a pohybují se minimálně. První klient alespoň uvažuje o zařazení pohybové

aktivity, druhá klientka o změnu vůbec nemá zájem. S tímto problémem samozřejmě souvisí i obezita. Ta je celosvětově velmi rozšířená a v České Republice trpí nadváhou každý třetí a obezitou dokonce každý pátý člověk. Ve většině případů si pacienti nejsou vědomi provázanosti mezi obezitou a jejich dalšími zdravotními problémy.

Arteriální hypertenze je onemocnění, které postihuje zvýšený počet lidí. Její výskyt u dospělé populace do 65 let je podle odborných studií kolem 35 %. Na rozdíl od kardiometabolického syndromu je u nemocných s hypertenzí větší informovanost. Správné rozmezí hodnot krevního tlaku i léčba hypertenze byly oběma klientům dobře známy. Oba klienti také věděli, jaká jsou rizika hypertenze (mozková příhoda a srdeční infarkt).

Diabetes mellitus je další složka kardiometabolického syndromu a v populaci nad 65 let tvoří kolem 20 % nemocných. Je to choroba, která je také poměrně častá a informovanost o ní je dobrá. Oba klienti věděli, jaké by měly být správné hodnoty glykemie, ale horší už to bylo s dodržováním diabetické diety. První klient dietu celkem dodržoval, ale klientka se pravidelně dojídala a jedla všechno podle chuti. U obou nemocných jsem zjistila, že neznají možná rizika diabetu a nebezpečí hypoglykemie.

Dalším významným rizikovým faktorem aterosklerózy je dyslipidemie. Oba klienti toto riziko znali, ale hodnota cholesterolu v krvi jim zase nepřišla tak důležitá.

Kouření s kardiometabolickým syndromem příliš nesouvisí, má však spojitost se zdravým životním stylem. První klient dříve kouřil, ale nyní již několik let nekouří. Druhá klientka je kuřačka a nehodlá se svého zlovyku vzdát. Vykouří 20 cigaret denně a ani důsledná a opakovaná edukace o rizicích kardiovaskulárních chorob jí neodradila.

V porovnání obou klientů jsem zjistila, že první nemocný si více uvědomuje závažnost svého onemocnění a je ochotný svůj zdravotní stav zlepšit. Během hospitalizace dodržoval diabetickou dietu a slíbil zařadit do svého života více pohybu.

Druhá klientka si nechce připustit závažnost svého zdravotního stavu a nechce se omezovat v úpravě dosavadních stravovacích návyků. Více pohybové aktivity dělat nebude a kouřit nepřestane. I přes opakovanou edukaci o komplikacích jednotlivých chorob a o rizicích kardiovaskulárních onemocnění jsem klientku nepřesvědčila.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo analyzovat problematiku ošetrovatelské péče o vybrané pacienty s kardiometabolickým syndromem a zjištění jejich biologických, psychologických a sociálních potřeb. Zvolené téma považuji za vysoce aktuální, neboť s výrazným nárůstem obezity a diabetu se přirozeně zvýší i podíl výskytu tohoto onemocnění. Předmětem zkoumání byl popis ošetrovatelských problémů a zpracování ošetrovatelských plánů u dvou vybraných pacientů. Zaměřila jsem se nejen na ošetrovatelské diagnózy a plány, ale i na celkovou informovanost pacientů o jejich nemoci. Během hospitalizace jsem klienty několikrát edukovala o správné životosprávě a dodržování diabetické diety.

Velkou roli v léčbě kardiometabolického syndromu hraje uvědomění si svého zdravotního stavu a motivace k jeho zlepšení. To spočívá v nastolení správné diety a snaha o snížení hmotnosti. Dalším důležitým bodem léčby a sekundární prevence je zvýšení pohybové aktivity a nekouření. Z rozhovorů s klienty jsem zjistila, že by bylo vhodné, kdyby měli nemocní trpící kardiometabolickým syndromem ucelenější informace o svých chorobách a o jejich předcházení.

Výsledkem mého zkoumání je, že pokud si pacient uvědomí závažnost svojí nemoci a bude dodržovat režimová opatření a léčbu, jeho zdravotní stav selepší. Bude-li naopak neochotný ke změně životosprávy a k navýšení pohybové aktivity, jeho potíže se zhorší a přibudou komplikace a rizika dalších chorob.

Výstupem z práce pro ošetrovatelskou praxi by podle mého názoru měla být ještě důslednější a ucelenější edukace pacientů a také připomenutí všech rizik, která s nedodržováním léčby souvisí. Právě zmiňovaná rizika by mohla být více motivující k úpravě životního stylu a dodržování léčby.

SEZNAM ZDROJŮ

1. ROSOLOVÁ, Hana, *Metabolický syndrom a prevence srdečně-cévních nemocí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012, 282 s. ISBN 978-80-204-2546-1.
2. ROSOLOVÁ, Hana, *Metabolický syndrom-Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011, 122 s. ISBN 978-80-86998-70-1.
3. PERUŠIČOVÁ, Jindra, a kol, *Co je nového na cestě od diabezity po kardiabetes*. 1. vyd. Praha: Maxford, 2006, 215 s. ISBN 80-86256-48-0.
4. PERUŠIČOVÁ, Jindra, a kol, *Prediabetes, Prehypertenze, Dyslipidemie*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2012, 156 s. ISBN 978-80-7345-272-8.
5. <http://www.ikem-kardiologie.cz/cs/pro-pacienty/co-u-nas-lecime/arterialni-hypertenze/>
6. ROSOLOVÁ, Hana, a kol, *Preventivní kardiologie v kostce*. 1. vyd. Praha: Axonite, 2013, 248 s. ISBN 978-80-904899-5-0.
7. SVAČINA, Štěpán, a kol, *Metabolický syndrom*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 282 s. ISBN 80-7254-782-8.
8. GALAJDA, Peter, *Metabolický syndrom-Jesseniova lékařská fakulta UK*. Dostupné z: www.ifmed.uniba.sk/matabolicky-syndrom.ppt
9. KAREN, Igor, Štěpán SVAČINA a Jan ŠKRHA. *Diabetes mellitus: doporučený postup péče o pacienty s diabetes mellitus*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 21 s. ISBN 978-80-86998-56-5.
10. KOLEKTIV AUTORŮ, *Metabolický syndrom-mezioborový problém*. 1. vyd. Praha: Axonite, 2014, 89 s. ISBN 978-80-210-7539-9.
11. HALUZÍK, Martin, Štěpán SVAČINA. *Metabolický syndrom a nukleární receptory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 128 s. ISBN 80-247-0824-8.

12. ČEŠKA, Richard, Miroslav SOUČEK a Štěpán SVAČINA a Alena ŠMAHELOVÁ. *Metabolický syndrom Nové postupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 72 s. ISBN 978-80-247-4092-8.

13. SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 144 s. ISBN 978-80-247-2395-2.

14. ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2007, 760 s. ISBN 978-80-247-1385-4.

15. ERDMANN, Erland. *Klinische Kardiologie*. 7. vyd. Heidelberg: Springer Science a Bussines Media, 2009, 581 s. ISBN 978-3-540-79010-5.

16. BRÁT, Jiří, Richard ČEŠKA a Otto HERBER. *Dyslipidemie: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2012*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČSL JEP, 2012 8 s. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-57-2.

17. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

18. BÝMA, Svatopluk a Jaromír HRADEC. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře: (novelizace 2013)*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2013, 17 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-63-3.

19. KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2010*. 1. vyd. Prague: Ottova tiskárna, 2011, 118 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-247-4065-2.

20. OWEN, Klára. *Moderní terapie obezity: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2010*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2012, 64 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-807-3453-015.

21. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Vyhláška o preventivních prohlídkách 70/2012. (online).(cit.2014-02-02) Dostupné z <http://portal.gov.cz>

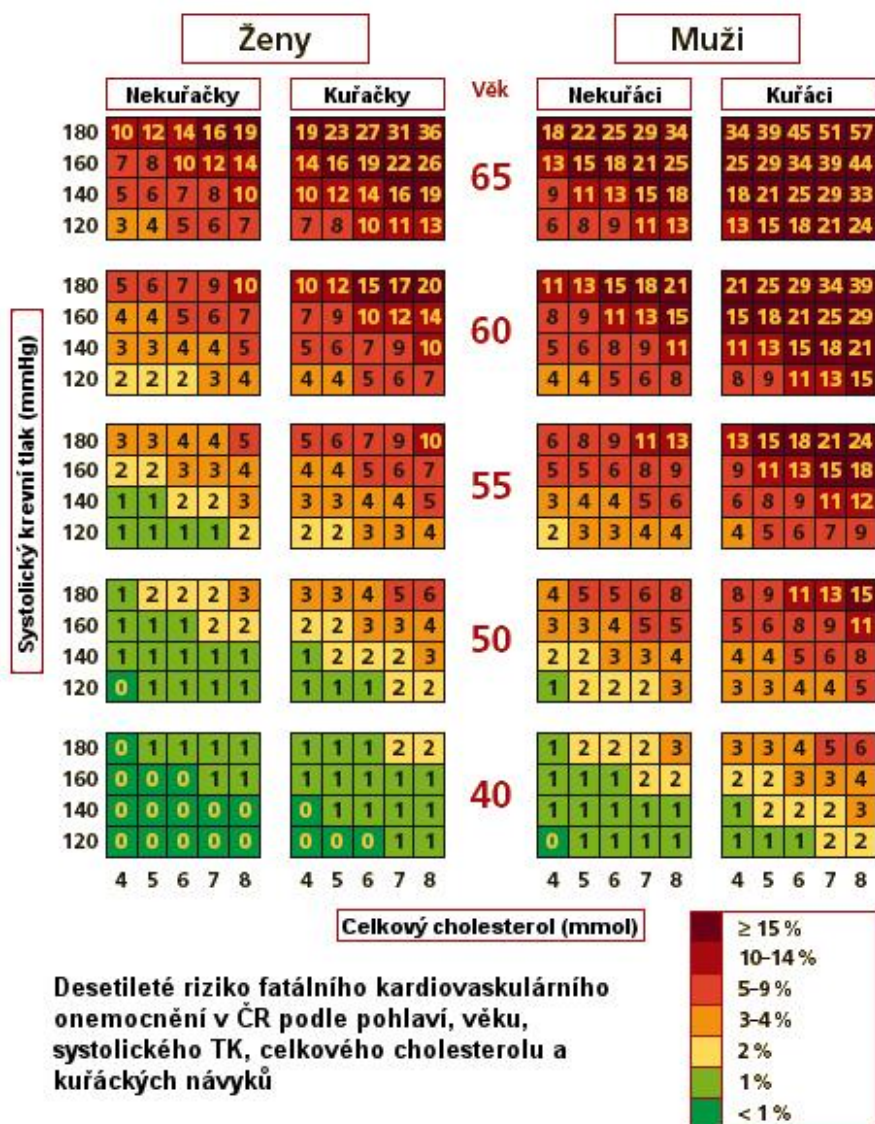
SEZNAM ZKRATEK

WHO	Světová zdravotnická organizace (World health organization)
ATP III	Americký národní cholesterolový program
mm Hg	milimetr rtuťového sloupce; jednotka tlaku
mmol/l	milimol na litr; jednotka koncentrace roztoku
HDL	cholesterol vysokodenzitní lipoprotein
TG	triglyceridy
LDL	cholesterol nízkodenzitní lipoprotein
cm	centimetr; jednotka délky
kg	kilogram; základní jednotka hmotnosti
g	gram; tisícina kilogramu
mg	miligram; tisícina gramu; miliontina kilogramu
kJ	kilojoule: jednotka energie
BMI	index tělesné hmotnosti
TK	krevní tlak
ACEI	inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu
oGTT	orální glukózový toleranční test
KVO	kardiovaskulární onemocnění
EKG	elektrokardiogram
ČIMS	Český institut metabolického syndromu
NCEP ATP III	název studie
DM	diabetes mellitus
ECHO	echokardiografické vyšetření

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Hodnocení rizika KVO
Příloha 2	Barthelův test základních všedních činností
Příloha 3	Melzackova škála bolesti
Příloha 4	Vzor souhlasu respondenta
Příloha 5	Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha 1 – Hodnocení rizika KVO



Příloha 2

Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí ...	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí ...	5
		neprovede	0

Příloha 3

Melzackova škála bolesti



Příloha 4

SOUHLAS S VÝZKUMEM:

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon.

Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum:

Podpis studenta:

Datum:

Příloha 5

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Ošetrovatelský proces u nemocného s kardiometabolickým syndromem

STUDENT:

Jméno: Alžběta Zálešáková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: alzzal@volny.cz

VEDOUCÍ BP:

Jméno: Mgr. Langmajerová Miroslava

CÍL STUDIE:

Cílem studie je zmapovat znalosti o projevech, prevenci a léčbě kardiometabolického syndromu.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon.

Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie