

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Silvie Mikešová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství B0913P360006

Silvie Mikešová

**EDUKACE NEMOCNÝCH S CHRONICKÝM SRDEČNÍM
SELHÁNÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Mikešová Silvie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace nemocných s chronickým srdečním selháním

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 42

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: edukace, srdeční selhání, chronické srdeční selhání, srdce, pacient

Souhrn:

Tématem bakalářské práce je edukace nemocných s chronickým srdečním selháním. Teoretická část se zabývá anatomií a fyziologií srdce, chronickým srdečním selháním, jeho etiologií, diagnostikou a léčbou a edukací. Praktická část se zabývá zmapováním edukace nemocných s chronickým srdečním selháním. Výzkum byl proveden na kardiologické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou s pacienty pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly zaměřené na zkušenosti s režimovým opatřením a na překážky, které brání edukaci ze strany nemocných. Výsledky jsou zpracovány v přehledných tabulkách.

Abstract

Surname and name: Mikešová Silvie

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Education of patients with a chronic heart failure

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 42

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 27

Keywords: education, heart failure, chronic heart failure, heart, patient

Summary:

The topic of the bachelor thesis is the education of patients with chronic heart failure. The theoretical parts deals with anatomy and physiology of the heart, chronic heart failure, its etiology, diagnosis and treatment and education. The practical part deals with mapping the education of patients with chronic heart failure. The research was carried out at the Cardiology Clinic at the University Hospital in Pilsen. The research was carried out using a qualitative method with patients using a semi-structured interview. The interviews focused on the experience with the regime measure and on the obstacles that prevent education on the part of the sick. The results are processed in clear tables.

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů, za její ochotu, trpělivost a čas věnovaný konzultacím. Dále děkuji kardiologické klinice Fakultní nemocnice Plzeň za možnost provést výzkumné šetření a všem participantům, kteří se podíleli na mém výzkumu. Také děkuji mé rodině a přátelům za podporu a trpělivost.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE	14
1.1 Základní anatomie srdce	14
1.1.1 Srdeční dutiny.....	14
1.1.2 Srdeční cyklus	14
1.1.3 Srdeční chlopně	15
1.2 Fyziologie srdce	15
1.2.1 Srdce jako pumpa	15
1.2.2 Převodní systém srdeční	15
2 SRDEČNÍ SELHÁNÍ	16
2.1 Definice onemocnění	16
2.2 Příznaky srdečního selhání	16
2.3 Diagnostika srdečního selhání	17
2.4 Rozdělení srdečního selhání	17
2.4.1 Akutní srdeční selhání	17
2.4.2 Chronické srdeční selhání.....	18
2.4.3 Levostranné srdeční selhání.....	18
2.4.4 Pravostranné srdeční selhání	18
3 CHRONICKÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ.....	19
3.1 Definice onemocnění	19
3.2 Etiologie chronického srdečního selhání	19
3.3 Projevy chronického srdečního selhání	20
3.4 Vyšetřovací metody chronického srdečního selhání	20
3.4.1 Fyzikální vyšetření	21
3.4.2 Neinvazivní metody.....	21
3.4.3 Invazivní metody	23
3.5 Léčba chronického srdečního selhání	23
3.5.1 Nefarmakologická léčba.....	23
3.5.2 Farmakologická léčba.....	24
3.5.3 Chirurgická léčba.....	24
3.5.4 Přístrojová léčba	24

3.6	Paliativní léčba.....	25
4	EDUKACE	26
4.1	Edukace.....	26
4.2	Rozdělení edukace	26
4.3	Druhy edukace	26
4.4	Formy a metody edukace	26
4.5	Zásady správné edukace	27
4.6	Bariéry v komunikaci.....	27
4.7	Výukové materiály pro pacienty	28
5	EDUKACE NEMOCNÝCH S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM.....	29
5.1	Režimová opatření	29
5.1.1	Tělesná hmotnost.....	29
5.1.2	Výživa.....	29
5.1.3	Fyzická aktivita	30
5.1.4	Alkohol a kouření	30
5.1.5	Kontrola krevního tlaku a srdeční frekvence.....	30
	PRAKTICKÁ ČÁST	31
6	FORMULACE PROBLÉMU	31
7	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	32
7.1	Hlavní cíl.....	32
7.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	32
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	33
9	METODIKA PRÁCE	34
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	35
11	ZPRACOVÁNÍ DAT	36
12	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	37
12.1	Kategorie: Režimová opatření.....	37
12.2	Překážky v edukaci.....	44
	DISKUZE	49
	ZÁVĚR.....	54
	SEZNAM LITERATURY	55
	SEZNAM PŘÍLOH	58
	PŘÍLOHY	59
	Příloha A – Stavba srdce	59
	Příloha B – Povolení sběru informací ve FN Plzeň.....	60
	Příloha C – Informovaný souhlas	61
	Příloha D – Edukační leták.....	62

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Stavba srdce	59
------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikace nemocných.....	33
Tabulka 2 Režimová opatření – Dietní režim.....	38
Tabulka 3 Režimová opatření – Fyzická aktivita	39
Tabulka 4 Režimová opatření – Měření krevního tlaku a srdeční frekvence	40
Tabulka 5 Režimová opatření – Sledování tělesné hmotnosti.....	41
Tabulka 6 Režimová opatření – Užívání léků	42
Tabulka 7 Režimová opatření – Telefonická konzultace s kardiologem, pravidelné prohlídky.....	43
Tabulka 8 Překážky v edukaci – Nezapojení rodiny	45
Tabulka 9 Překážky v edukaci – Ekonomická záležitost	46
Tabulka 10 Překážky v edukaci – Obavy	47
Tabulka 11 Překážky v edukaci – Absence zpětné vazby od zdravotníků.....	48

SEZNAM ZKRATEK

ACEI – inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin

AV – atrioventrikulární uzel

BMI – Body mass index

CD – kompaktní disk

Cl – chlor

DVD – digitální optický datový nosič

EKG – elektrokardiografie

g – gram

CHSS – chronické srdeční selhání

ICD – implantabilní kardioverter-defibrilátor

ICHS – ischemická choroba srdeční

K – draslík

Kg – kilogram

LK – levá komora

Mg – magnezium

Mgr. - magistr (titul absolventa vysoké školy v magisterském studijním programu)

MR – magnetická rezonance

Na – sodík

NLZP – nelékařské zdravotnické obory

NT-proBNP – natriuretický peptid

PK – pravá komora

RTG – rentgen

SA – sinoatriální uzel

V – označení hrudních svodů podle Wilsona

ÚVOD

Srdeční selhání je velmi častým kardiovaskulárním onemocněním 21. století. Dochází k zvyšující incidenci i prevalenci tohoto onemocnění, převážně u starších jedinců. V České republice se vyskytuje přibližně 200 000 pacientů se srdečním selháním (Bobčíková a Bužgová 2020, s. 589). Jedná se o syndrom, kdy se u nemocných vyskytuje srdeční dysfunkce a funkce srdce je neschopna zajistit dostatečný přívod krve metabolicky aktivním tkáním (Málek 2018, s. 15). Rizikovým faktorem mohou být kardiologická onemocnění, špatná životospráva nebo nadměrné užívání kuchyňské soli. Toto téma jsem si vybrala proto, že počet pacientů s tímto onemocněním v současné době stále vrůstá, a tak je důležité, aby byli pacienti dostatečně informováni. Správnou edukací můžeme zabránit vzniku komplikací a zlepšit nemocným kvalitu jejich života.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jak nemocní s chronickým srdečním selháním vnímají zkušenost s edukací. Zaměřila jsem se především na to, jakou mají nemocní zkušenost s režimovým opatřením a na překážky, které brání edukaci ze strany nemocných. Všechny informace byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který jsem vedla se všemi participanty. V teoretické části jsem stručně popsala anatomii a fyziologii srdce. Dále jsem popsala srdeční selhání a chronické srdeční selhání, jeho etiologii, symptomy, diagnostiku a léčbu. Dále se zabývám edukační činností zaměřenou na chronické srdeční selhání.

U pacientů s chronickým srdečním selháním je velmi důležitá edukace pacienta. Správnou edukací můžeme zabránit vzniku komplikací, které se mohou objevit v průběhu nemoci. Je zásadní se zaměřit zejména na režimová opatření, do kterého spadá převážně dietní režim, fyzická aktivita, měření krevního tlaku a srdeční frekvence, sledování tělesné hmotnosti nebo pravidelné užívání léků. Srdeční selhání je nevyléčitelné onemocnění, proto je nesmírně důležité, jaký postoj k léčbě a edukaci pacient zaujme. Dostatek informací o onemocnění a edukačním procesu by mělo ovlivnit striktnost dodržování. Kvalita života pacienta s chronickým srdečním selháním závisí, dle mého názoru, především na přístupu pacienta, a hlavně na dostatečné edukaci, kterou ovlivňuje všeobecná sestra a lékař.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE

1.1 Základní anatomie srdce

Srdce je dutý svalový orgán, který je uložený v levé oblasti mediastina za hrudní kostí. Má kuželovitý tvar. Srdce je uloženo v ochranném vaku zvaném osrdečník (perikard). Srdeční stěna obsahuje tři vrstvy – endokard, myokard a epikard. Vnější vrstvu na povrchu srdce tvoří epikard. Mezi perikardem a epikardem vzniká štěrbina, která je vyplněna tekutinou a usnadňuje se srdci lépe pohybovat. Pod epikardem je myokard – srdeční svalovina, která tvoří stěny srdce. Endokard je průsvitná membrána, který vystýlá srdeční dutiny (Bulava 2017, s.17-18).

1.1.1 Srdeční dutiny

Svalová přepážka rozděluje srdce na tzv. levou a pravou polovinu. Srdce je složené ze dvou předsíní (atrií) a dvou komor (ventriculi). Předsíně mají menší velikosti a jsou umístěny nad komorami. Větší množství srdeční svaloviny se vyskytuje v komorách. V pravém srdci se nachází pravá předsíň a pravá komora a v levém srdci levá předsíň a levá komora, která je silnější a větší než komora pravá (Bulava 2017, s. 18-19).

Z aorty vystupují koronární tepny, které zajišťují výživu srdečního svalu. Pravou polovinu srdce zásobuje pravá věnčitá tepna (a. coronaria cordis dextra) a okysličenou krev přivádí do levé poloviny srdce levá věnčitá tepna (a. coronaria cordis sinistra). Do pravé síně je pak venózní krev odváděna žilami srdečního svalu (Kapounová 2020, s. 286).

1.1.2 Srdeční cyklus

Srdeční cyklus je opakující se série stahování a uvolňování svaloviny srdce a tím je náš krevní oběh udržován. Tato činnost srdce zajišťuje také neustálou cirkulaci krve. Střídavé smršťování a ochabování svaloviny patří mezi základní činnost srdce. Systola je označení pro smrštění svaloviny a ochabnutí svaloviny se nazývá diastola. U zdravého dospělého člověka se série kontrakcí opakuje většinou 60- 90krát za minutu (Bulava 2017, s.19).

1.1.3 Srdeční chlopně

Srdeční chlopně patří mezi důležité části srdce. Chlopně zabráňují zpětnému toku krve, a právě díky chlopním protéká krev pouze ze síní do komor. Trojcípá chlopeň (trikuspidální) se nachází mezi pravou předsíní a pravou komorou a mezi levou předsíní a levou komorou je dvojcípá chlopeň (mitrální). Tyto dvě chlopně se vyskytují mezi předsíní a komorou v pravé i levé polovině srdce, a proto se nazývají také jako atrioventrikulární chlopně (Bulava 2017, s.19).

1.2 Fyziologie srdce

1.2.1 Srdce jako pumpa

Krevní oběh tvoří dva oběhy, které jsou mezi sebou navzájem propojené. Velký tělní oběh má za úkol zásobovat celé tělo kromě plic okysličenou krví, malý plicní oběh má na starosti cirkulaci krve mezi srdcem a plícemi. Velký tělní oběh začíná v levé komoře, odkud se krev dostává do hlavní tepny těla – aorty a dále do celého těla. Tam se krev odkyslíčí a horní a dolní dutou žilou se dostává zpět do pravé síně a poté krev proudí skrz trojcípou chlopeň do pravé komory. Malý plicní oběh se aktivuje v pravé komoře. Z plicnice je odkysličená krev vháněna do plic, kde dochází k okysličení krve. Z plic vycházejí čtyři plicní žíly, které vrací okysličenou krev zpět do levé předsíně a dále se krev dostává do levé komory přes dvojcípou chlopeň (Bulava 2017, s. 24).

1.2.2 Převodní systém srdeční

Převodní systém srdeční řídí srdeční činnost. Je to tkáň, která se nachází ve srdečních síních a ve srdečních komorách. Tento systém je složen ze sinoatriálního (SA) a atrioventrikulárního (AV) uzlu, dále z Hisova svazku, pravého a levého Tawarova raménka, z fasciklu a Purkyňových vláken. Sinoatriální uzel se nachází v pravé síni a jeho hlavní funkcí je udržet spontánní elektrickou aktivitu. Vsruch, který se vytvoří v sinoatriálním uzlu dále pokračuje skrz pravou síň k atrioventrikulárnímu uzlu. Dále pokračuje do Hisova svazku, který se větví na levé a pravé Tawarovo raménko a končí v Purkyňových vláknech (Bulava 2017, s.21-22).

2 SRDEČNÍ SELHÁNÍ

2.1 Definice onemocnění

„Srdeční selhání je patofyziologicky definováno jako stav, při kterém abnormální srdeční funkce je odpovědná za neschopnost zajistit dostatečný přívod krve metabolicky aktivním tkáním nebo k udržení dostatečného přívodu krve je nutné zvýšení plicních tlaků.

Klinická definice pak označuje srdeční selhání jako syndrom, který se vyskytuje u nemocných se srdeční dysfunkcí a manifestuje se symptomy a objektivními známkami kongesce spolu se snížením tolerance zátěže.“ (Málek 2018, s. 7).

U srdečního selhání dochází k zvyšující se incidenci i prevalenci. Incidence značí nové případy onemocnění za jeden rok, prevalence znamená celkový počet nemocných. Na obojím se podílí stárnutí a také pokles úmrtní díky zlepšující se léčbě akutních kardiiovaskulárních onemocněních. Prevalence závisí hlavně na věku populace. Za jeden rok se incidence srdečního selhání pohybuje kolem 0,4 %. Mezi hlavní příčinu se řadí systolická srdeční dysfunkce (Málek 2018, s. 8).

Podle odhadů se v České republice objevuje přes 200 000 nemocných se srdečním selháním, především u polymorbidních starších nemocných. Nemocní, kteří trpí srdečním selháním, mají ve větším rozsahu zhoršenou kvalitu života. Časté rehospitalizace jsou součástí tohoto onemocnění (Bobčíková a Bužgová 2020, s. 589).

2.2 Příznaky srdečního selhání

Příznaky srdečního selhání se liší podle toho, zda je postižená levá nebo pravá komora. U levostranné srdeční slabosti je hlavním příznakem námahová dušnost, která se postupem času změní na dušnost klidovou. Námahová dušnost se stanovuje podle stupně funkční klasifikace NYHA I – IV. Dále se objevuje také dušnost zvaná ortopnoe, která se u nemocných objeví po ulehnutí. Paroxysmální noční dušnost se objevuje již u pokročilejších stadií. Dušnost nemocné probudí po několika hodinách spánku. Nemocní se snaží zaujmout ortopnoickou polohu. Ulevují si tím, že si dávají více polštářů pod hlavu, aby měli zvýšenou polohu hrudníku. Nemocní zpočátku pociťují únavu a také se vyskytuje intolerance fyzické zátěže. Je přítomna tachypnoe s tachykardií. Symptomy u pravostranné srdeční slabosti nejsou tolik jasné jako u levostranné srdeční slabosti. Nemocní na sobě pociťují únavu a slabost. Dalším méně nápadným symptomem je nechutenství. Na pravo-

stranné srdeční slabosti se podílejí spíše plicní onemocnění. Je přítomna zvýšená náplň krčních žil, dále symetrické otoky dolních končetin, hepatosplenomegalie a akcentace druhé ozvy nad plicnicí (Bulava 2017, s. 116).

U NYHA I dochází k dušnosti při extrémní námaze, nemocní nejsou omezeni v běžném životě, dochází pouze k minimálním projevům symptomů. Ve třídě NYHA II se dušnost objevuje při vyšší námaze, jako je například chůze po schodech. U NYHA III se vyskytuje dušnost při běžné námaze. Nemocní mají problém již při běžné chůzi po rovině. A u NYHA IV je klidová dušnost, už při minimální zátěži se obtíže zhoršují (Bulava 2017, s.116).

2.3 Diagnostika srdečního selhání

U diagnostiky srdečního selhání se provádí několik vyšetřovacích metod. Nemocným se udělá dvanácti svodové EKG, provede se RTG srdce a plic, echokardiografie a dále se nemocní posílají na magnetickou rezonanci a ostatní vyšetření. U laboratorního vyšetření je důležité vyšetřit NT-proBNP, které je zvýšené u srdeční slabosti a krevní obraz s biochemickým vyšetřením (Staněk 2014, s. 227-229).

Jako z posledních se podstupuje invazivní vyšetření zvané koronarografie, které dokáže vyloučit či potvrdit ischemickou chorobu srdeční (Bulava 2017, s.117).

2.4 Rozdělení srdečního selhání

Rozlišujeme několik základních typů srdečního selhání. Srdeční selhání se rozděluje podle rychlosti nástupu symptomů. Podle toho se nejčastěji dělí na akutní a chronické srdeční selhání. Dále se rozlišuje také podle vyvolávající příčiny na pravostranné, levostranné nebo oboustranné (Málek 2018, s. 8).

2.4.1 Akutní srdeční selhání

Akutní srdeční selhání je život ohrožující stav, který vzniká náhle buď bez předchozích projevů srdečního selhání nebo změnami objektivních a subjektivních příznaků srdečního selhání. Nemocní s tímto onemocněním musí neprodleně vyhledat lékařskou pomoc a mnohdy jsou hospitalizováni na jednotce intenzivní péče (Málek 2018, s.51–52).

Mezi hlavní příčiny patří ischemická choroba srdeční, chlopenní vady, arytmie, hypertenze a cirkulační selhání. I přes veškerou léčbu zůstává prognóza stále nepříznivá. Pacienti s kardiogenním šokem jsou na tom nejhůře (Kautzner et al .2015, s. 80).

2.4.2 Chronické srdeční selhání

„Chronické srdeční selhání není jenom neschopnost srdce zajistit dostatečnou dávku kyslíku metabolicky aktivním tkáním. Je to rovněž systémová odpověď organismu, jejímž cílem je tuto neschopnost kompenzovat.“ (Málek 2018, s. 15).

Tento typ srdečního selhání vzniká na podkladě poruch srdeční struktury, funkce srdce nebo poruch srdečního rytmu. Ve vyspělých zemích se řadí mezi hlavní příčiny vzniku infarkt myokardu a hypertenze. Vzniká spíše u starších nemocných, kteří trpí ještě dalšími chorobami, jako je například diabetes mellitus, chronické onemocnění ledvin a plic, anémie a deprese (Málek 2018, s.15).

2.4.3 Levostranné srdeční selhání

U levostranného srdečního selhání dochází k selhávání funkce levé komory. Dochází k městnání v malém oběhu. Nemocní pocítují dušnost, vyskytuje se také hemoptýza, edém plic a další (Málek 2018, s. 8, Bulava 2017, s. 113).

2.4.4 Pravostranné srdeční selhání

Známky městnání jsou převážně ve velkém oběhu. U nemocných se to projevuje otoky na dolních končetin, poruchami zažíváním nebo hepatosplenomegalií (Bulava 2017, s. 113).

3 CHRONICKÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ

3.1 Definice onemocnění

„Chronické srdeční selhání není jenom neschopnost srdce zajistit dostatečnou dodávku kyslíku metabolicky aktivním tkáním. Je to rovněž systémová odpověď organismu, jejímž cílem je tuto neschopnost kompenzovat. Srdeční selhání je charakterizováno poklesem srdečního výdeje a vzestupem plicních tlaků.“ (Málek 2018, s. 15).

Chronické srdeční selhání se vyskytuje spíše u starších lidí, kteří trpí ještě dalšími chorobami jako je například chronické onemocnění ledvin, chronické onemocnění plic, anémie, poruchy dýchání ve spánku anebo také u lidí s depresemi (Málek 2018, s. 15).

3.2 Etiologie chronického srdečního selhání

Chronické srdeční selhání vzniká na podkladě poruchy srdeční struktury, funkce srdce nebo rytmu. Ve vyspělých zemích se řadí mezi hlavní příčiny vzniku infarkt myokardu a hypertenze. Dále to mohou být také kardiomyopatie a chlopenní vady. Negativně stoupá význam diabetu mellitu (Málek 2018, s. 15).

a) Myogenní příčiny

Dochází k dilataci levé komory. Mezi tyto příčiny se řadí hlavně ischemická choroba srdeční, hypertenze spojená s ICHS, dále dilatační kardiomyopatie a jiná specifická onemocnění (Štejfá 2007, s. 430).

b) Odporová (tlaková) zátěž

Příčinou odporové zátěže levé komory je hypertenze, kombinovaná aortální vada a těsná aortální stenóza (Štejfá 2007, s. 430).

c) Objemová zátěž LK

U této objemové zátěži může být původcem aortální a mitrální regurgitace, dysfunkce chlopenních vad nebo objemové přetížení po výkonu na chlopních (Štejfá 2007, s. 430).

d) Diastolické selhání LK

Nedochází k dilataci levé komory, je přítomen vysoký end-diastolický tlak. Zapříčinit to může systémová hypertenze bez ISCH a jiné zátěže, hypertrofická kardiomyopatie nebo restriktivní kardiomyopatie (Štejfa 2007, s. 430).

e) Selhání levé síně

U selhání levé síně dochází ke zvětšení síně s vysokým tlakem. Důvodem může být mitrální stenóza anebo zřídka to může být myxom nebo trombus levé síně (Štejfa 2007, s. 430).

3.3 Projevy chronického srdečního selhání

U nemocných s chronickým srdečním selháním se nejčastěji vyskytuje dušnost. Může vzniknout náhle nebo postupně, při těžší zátěži se zvyšuje. Paroxysmální noční dušnost se objevuje již u pokročilejších stadií. Dušnost nemocné probudí po několika hodinách spánku. Nemocní se snaží zaujmout ortopnoickou polohu. Ulevují si tím, že si dávají více polštářů pod hlavu, aby měli zvýšenou polohu hrudníku. K dušnosti se pojí také kašel, který může být suchý nebo produktivní. Nemocní se cítí unaveni a dochází k zhoršení tolerance zátěže. Někteří mohou pociťovat palpitaci srdce. Na nemocných můžeme pozorovat zvýšenou náplň krčních žil, dislokaci srdečního hrotu, hepatojugulární reflux, třetí ozvu, periferní otoky a tachykardii. Bušení srdce, synkopa a závrať jsou příznaky, které nejsou typické pro srdeční selhání, ale mohou se zřídka u některých nemocných vyskytnout a vyžadují pečlivé vyšetření příčiny (Málek 2018, s. 17-20).

3.4 Vyšetřovací metody chronického srdečního selhání

Prvním a důležitým krokem je správné odebrání anamnézy. Osobní anamnéza nám řekne o pacientovi nejvíce. Při odebrání osobní anamnézy zjišťujeme u nemocných předchozí a přidružená onemocnění, medikaci, kterou pravidelně užívají a ptáme se na kouření a konzumaci alkoholu. Zaměřujeme se také na rodinnou anamnézu, zejména u přímých příbuzných (Staněk 2014, s. 40).

Při farmakologické anamnéze zjišťujeme, jaké léky užívají a nesmíme zapomenout se zeptat na případné alergie. Význam v diagnostice má také pracovní a sociální anamnéza (Bulava 2017, s. 27).

Ošetrovatelský personál musí správně provést důkladnou anamnézu a hodnotit status praesens u všech nemocných. Správné odebrání anamnézy a zhodnocení stavu pomůže ke stanovení ošetrovatelských diagnóz (Sovová et al. 2014, s. 49).

3.4.1 Fyzikální vyšetření

Při kompletním vyšetření sledujeme polohu pacienta, stav vědomí, dechovou frekvenci a zbarvení kůže. U srdečního selhání může být kůže cyanotická nebo bledá. U nemocných s těžkým průběhem může dojít k poruše vědomí. Při vyšetření krku se zaměřujeme na zvýšenou náplň krčních žil. Na hrudníku můžeme vidět jizvy, deformity, případně i přítomnost kardiostimulátoru (Málek 2018, s. 18)

Při auskultačním vyšetření jsou slyšet chrůpky. Zaměříme se také na srdeční frekvenci, počet srdečních ozev a dalších zvuků. Na první pohled bývají patrné otoky dolních končetin, které se objevují nejprve kolem kotníků (Málek 2018, s. 18-19).

3.4.2 Neinvazivní metody

Elektrokardiografie je základní neinvazivní vyšetření, který nás informuje o srdečním rytmu, tepové frekvenci a převodním systému srdce. (Málek 2018, s. 22)

Nejčastěji se natáčí dvanácti svodové EKG. Pro natočení EKG je potřeba správného umístění svodů. Rozdělujeme je na končetinové svody, které jsou označeny barevně a hrudní svody, které se označují čísly (V1-V6). Na pravou horní končetinu patří červený svod, na levou horní končetinu náleží žlutý končetinový svod, levá dolní končetina má zelený svod a pravá dolní končetina má zemnicí elektrodu s černou barvou. Svod V1 patří do 4. mezižebří vpravo od sternu. V2 se umísťuje do 4. mezižebří vlevo od sternu. Svod V3 je mezi svodem V2 a V4. V4 náleží v 5. mezižebří v levé medioklavikulární čáře. V5 se nachází ve stejném mezižebří nalevo v přední axilární čáře a poslední svod V6 nalevo ve střední axilární čáře (Kölbel 2011, s. 31).

Zobrazuje také strukturální změny na srdci, jako například fibrilaci síní, přítomnost hypertrofie levé komory nebo poruchu atrioventrikulárního vedení (Kautzner et al. 2015, s. 17).

Rentgen hrudníku

Rentgenové vyšetření se využívá především ke zjištění plicních chorob. Získáváme přehled o velikosti a tvaru srdečního stínu, o pleurálním výpotku a známkách městnání v malém oběhu (Kautzner et al. 2015, s. 18).

Echokardiografie

Echokardiografie je jednou nejčastěji používanou neinvazivní vyšetřovací metodou, která hodnotí srdeční funkci. Vyšetření je prováděno speciální ultrazvukovou sondou, která je propojena s echokardiografickým přístrojem. Nemocný leží na vyšetřovacím lůžku na zádech nebo na levém boku (Bulava 2017, s. 49).

Vyšetření zobrazuje velikost srdečních oddílů, tloušťku myokardu, hodnotí systolickou funkci levé komory nebo pravostranné oddíly. Rozdělujeme ji na jednorozměrnou (M-mode), dvourozměrnou (2D) a dopplerovskou echokardiografii s trojrozměrným zobrazením (3D). Využívá se také jícnová (transezofageální) echokardiografie, kdy se sonda zavede do jícnu a srdce je vidět na ultrazvuku uvnitř těla (Málek 2018, s. 25).

Magnetická rezonance srdce (MR)

Magnetická rezonance srdce se používá k upřesnění funkce srdečních oddílů, charakteristice tkáně a dává informace o srdečních strukturách. (Málek Filip, 2018, str. 31)

Vyšetření probíhá v silném magnetickém poli a je kontraindikováno u pacientů s přítomností kovu v těle, například u pacientů s kardiostimulátorem (Kautzner et al. 2015, s. 68-69).

Spiroergometrie

Spiroergometrie je zátěžové vyšetření, které se provádí na bicyklovém ergometru. Při tomto vyšetření se měří spotřeba kyslíku a výdej oxidu uhličitého. V průběhu zvyšování zátěže se také měří nemocným krevní tlak a srdeční frekvence. Spiroergometrie se spíše provádí u nemocných s pokročilým srdečním selháním (Málek 2018, s. 32).

3.4.3 Invazivní metody

Při invazivních metodách dochází k porušení integrity kožního krytu.

Koronarografie

Jedná se o invazivní vyšetření koronárních tepen za pomoci kontrastní látky. Vyšetření se provádí na sterilním katetrizačním sále, kdy se zavádí katétr do aorty přes a. femoralis nebo a. radialis. Přes katétr je aplikována kontrastní látka, která odhalí případné stenózy (Bulava 2017, s. 71).

Krevní testy

Odebírá se vzorek krve k vyšetření biochemických markerů, krevního obrazu a koagulace. Dále se vyšetřuje mineralogram (Na, K, Mg, Cl), ledvinový a jaterní soubor a glykémie. U chronického srdečního selhání se sleduje i natriuretický peptid – NT-proBNP (Widimský et al. 2013, s. 28-31).

Pokud nemocní mají hladinu natriuretických peptidů v normě, tak se srdeční selhání vylučuje. Vyšetření těchto peptidů se většinou provádí pomocí POCT analýzy, která se využívá při prohlídce u praktického lékaře. U podezření na srdeční selhání jsou nemocní posláni do kardiocentra, kde se došetří etiologie srdečního selhání (Aiglová a Lazárová 2021, s. 88-89).

3.5 Léčba chronického srdečního selhání

3.5.1 Nefarmakologická léčba

U nemocných s chronickým srdečním selháním je důležitá úprava životního a dietního režimu. Neustále vysvětlujeme a připomínáme podstatu a léčbu nemoci. Je důležité omezit množství kuchyňské soli. Nemocní musí také snížit příjem tekutin. Doporučený denní příjem tekutin se pohybuje kolem 1,5 – 2 litrů. Fyzická aktivita se odvíjí podle stavu nemocného a jeho stádia srdečního selhání. Fyzická aktivita je omezena, ale neměla by být úplně vyřazena. Výjimkou jsou nemocní s pokročilým stádiem srdečního selhání, kde je fyzická aktivita zakázána. Omezeno je také kouření a konzumace alkoholu, případně úplný zákaz (Málek 2018, s. 35-36).

3.5.2 Farmakologická léčba

Cílem farmakologické léčby je snížit riziko úmrtí a hospitalizaci nemocných se srdečním selháním, zlepšit jejich klinický stav a kvalitu života. Nejčastěji se ordinují ACEI (inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin), betablokátory, sartany, diuretika, digoxin, ivabradin a další (Vítovec et al. 2018, s. 28-34).

ACEI (inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin) je nejčastěji používaná léčivá skupina. Zpomalují remodelaci myokardu a v některých případech dochází i ke zlepšení funkce levé komory. Tyto léky se nesmí podávat při těžkém selhání ledvin nebo oboustranné stenóze renálních tepen. Nejdříve se aplikuje nižší dávka a pak se postupně navyšuje. Betablokátory se dříve považovaly za nevhodné, dnes patří mezi základní léky. Sartany se užívají při léčbě s inhibitory, který doprovází nepříjemný kašel. U diuretik je důležité hlídat dávku podání, aby nedošlo u nemocných k výskytu měštnání nebo dehydratace. Digoxin je účinný u fibrilace síní, kontroluje frekvenci komor. Nesmí se podávat při závažné bradykardii nebo hypokalémii. Ivabradin se podává za účelem ke zpomalení frekvence sinusového uzlu (Málek 2018, s. 36-40).

3.5.3 Chirurgická léčba

Revaskularizace myokardu

Principem operace je přemostění zúžených tepen žilním nebo tepenným štěpem. Tepenný štěp se většinou využívá z levé mamární artérie a žilní štěpy jsou získávány odběrem žil z dolních končetin. Před provedením této chirurgické léčby je nutné posoudit celkový stav nemocného, vyšetřit věnčité tepny pomocí selektivní koronarografie a viabilitu myokardu (Málek 2018, s.44).

Viabilita myokardu se posoudí pomocí echokardiografie anebo také magnetické rezonance či perfuzní scintigrafií. Po revaskularizaci myokardu může dojít k lepší funkci levé komory a také se snižuje riziko vzniku komorových arytmií (Widimský et al. 2013, s. 72).

3.5.4 Přístrojová léčba

Implatabilní kardioverter – defibrilátor

Kardioverter-defibrilátor (ICD) je přístroj, který se používá k léčbě srdečních arytmií – komorové tachykardie nebo fibrilace síní a také k prevenci náhlé srdeční smrti. Cílem je rozpoznat srdeční arytmiie a okamžitě dodat potřebnou léčbu buď stimulací či

elektrickým výbojem. Přes levou podklíčkovou žílu se do pravé komory zavede elektroda. Samotný přístroj se umístí pod levou klíční kost do podkoží. Realizuje se to v lokální anestezii a pacient je v celkové sedaci. Implantace ICD se nedoporučuje u nemocných po infarktu myokardu nebo v terminálním stádiu srdečního selhání. Po implantaci nemocní dochází každých 6-12 měsíců na pravidelné kontroly (Málek 2018, s. 43-44).

Resynchronizační léčba

Resynchronizační léčba se využívá u některých nemocných dlouhodobými projevy srdečního selhání. Tato léčba se využívá k umožnění stimulace obou srdečních komor. Indikuje se u nemocných se systolickou dysfunkcí levé komory při bloádě levého Tawarova raménka (Málek 2018, s. 42-43).

3.6 Paliativní léčba

Medicína se neustále vyvíjí. Vznikají nové lékové skupiny, dochází ke zlepšování nefarmakologické léčby či se zlepšuje chirurgická léčba. I přes veškeré možnosti se nemocní mohou dostat do terminálního stádia nemoci, kdy jsou vyčerpány všechny léčebné možnosti. Málek ve své knize uvádí, že do refrakterního srdečního selhání se dostane zhruba 5 % pacientů. Cílem paliativní péče je zlepšení kvality života pacientů, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu, a to až do samotného závěru. Paliativní péče se zahajuje u nemocných, u kterých nelze udělat srdeční transplantaci či nelze implantovat mechanickou srdeční podporu. Studie ukázaly, že nemocní se cítí lépe v domácí paliativní péči (Málek 2018, s. 78-79).

Ze sociálního i psychického hlediska je forma domácí paliativní péče pro nemocné nejlepší variantou. Při rozhodování pro paliativní postup je nutná pravdivá komunikace s nemocným. Důležité je zodpovědět řečené otázky a respektovat pacientovy názory (Marková 2010, s.21-25).

Podstatný je individuální léčebný přístup u každého pacienta. Není lehké vytvořit individuální plán. Vytváří se v případě, kdy pacient chápe svou klinickou situaci a lékař si je vědom jeho předností a přání (Gřiva 2018, s. 23-26).

4 EDUKACE

4.1 Edukace

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ (Juřeníková 2010, s. 9).

4.2 Rozdělení edukace

Edukace má zásadní úlohu v primární, sekundární a terciální prevenci.

Edukace v primární prevenci se zaměřuje především na předcházení vzniku nemoci. Specializuje se na zdravé jedince, zejména na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření. Existují projekty zaměřující se na širokou veřejnost, které slouží k prevenci například kardiovaskulárních či onkologických onemocnění. Edukace v sekundární prevenci se využívá, u již nemocných pacientů, aby došlo k příznivému vlivu na jeho uzdravení a zamezilo vzniku komplikací. Tito pacienti během léčby musí změnit své chování. Terciální prevence se využívá u pacientů po prodělané nemoci či úrazu. Pacienti se zaměřují na návrat do běžného života a na nácvik sebeobsluhy. Na terciální prevenci se podílejí fyzioterapeuti či ergoterapeuti (Svěráková 2012, s. 9,23,59).

4.3 Druhy edukace

Edukaci dělíme na 3 základní typy – základní, komplexní a reedukaci. Základní edukace předává jedincům nové vědomosti a dovednosti. V rámci reedukční edukace navazujeme na předešlé vědomosti a dovednosti jedince, které dále aktualizujeme a rozšiřujeme potřebné informace. S komplexní edukací se setkáme především v kurzech (Svěráková 2012, str. 34).

4.4 Formy a metody edukace

Edukační formy rozdělujeme na individuální, skupinovou a distanční formu. Individuální formy se účastní jeden edukátor a jeden edukant. Řadíme sem rozhovor, konzultaci, výklad či telefonicky poradenské linky. Nejčastěji se v nemocničním prostředí využívá rozhovor. Edukaci ve skupinové formě řídí jeden edukátor a účastní se více edukantů. Příkladem jsou přednášky, klubové aktivity či besedy. Členové si mezi sebou mohou vyměňovat názory nebo své zkušenosti. Distanční edukace probíhá formou E-learningu (Svěráková 2012, s.39).

Edukační metody jsou postupy, které předávají pacientům určité znalosti a dovednosti. Jednou z hlavních edukačních metod je mluvené slovo, které se využívá v rámci výkladu či diskuse. Dále se využívají také tištěné materiály (brožurky, letáky, plakáty) a audiovizuální prostředky (CD, DVD) (Svěráková 2012, s. 38-39).

4.5 Zásady správné edukace

Edukační proces má být systematický a zohledňovat stav jedince a jeho individualitu. Před zahájením edukace seznámíme edukanta s cílem a obsahem učiva. Průběžně provádíme kontrolu, zda nám edukant rozumí, a nakonec zhodnotíme a ověříme pacientovy znalosti. Důležité je dodržet obsah a rozsah edukace v rámci vědomostí a zkušeností edukanta. Během edukace edukanta motivujeme. Edukátor by měl být trpělivý a empatický. Pokud se pacient necítí dobře, jak po fyzické, tak psychické stránce, je lepší s edukací vyčkat na jindy. Plán, čas a délku edukace přizpůsobíme dle pacienta. Pacienta edukujeme v klidném prostředí a zajistíme soukromí. Před samotnou edukací si nachystáme potřebné učební pomůcky (Svěráková 2012, s. 29, 34-35).

4.6 Bariéry v komunikaci

Při edukaci se mohou objevit překážky, které negativně ovlivňují celkový proces edukace.

Ze strany zdravotnické systému je překážkou nedostatek času na edukaci díky brzkému propuštění pacienta z nemocnice. Dochází také k nevhodné komunikaci s pacientem a k ignorování jeho potřeb. Dále může být překážkou také nedostatek informací o edukaci a podceňování edukačního procesu z pohledu sestry (Svěráková 2012, s. 37-38).

Mezi překážky objevující se u pacienta patří stres způsobený nemocí, který vyvolává strach či obavy. To může mít za následek snížení motivace pacienta. Osobnost pacienta a jeho popření edukačních potřeb ovlivňuje dosažení výsledků učení. Významnou roli hraje také edukační prostředí. I nevhodné prostředí snižuje dosažení určitého cíle. Jde hlavně o nedostatek soukromí, místa nebo nadměrný hluk. U cizinců to jsou hlavně jazykové či kulturní bariéry (Nemcova et al. 2010, s. 28-29).

4.7 Výukové materiály pro pacienty

Uplatňují se tištěné materiály v brožurkách, které obsahují důležité informace o onemocnění, prevenci nemoci, způsob léčby a režim sebeobsluhy. Studie prokázaly, že nemocní mají lepší znalosti po přečtení informací z brožurek než z informací verbálních. Vzdělávací materiály mají za následek snížení počtu hospitalizací, lepší dodržování pokynů po propuštění z nemocnice a také zkrácení doby uzdravení (Boyde a Peters, 2014, s. 316).

5 EDUKACE NEMOCNÝCH S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM

Edukace je součástí každé léčby. Edukujeme neustále zejména o režimových opatřeních a pohybové aktivitě. Během celé nemoci je důležité podávat veškeré informace o prognóze a závažnosti onemocnění. Větší informovanost zmiňuje u nemocných strach z následného vývoje nemoci (Gřiva 2018, s. 41).

Při chronickém onemocnění se edukační programy zaměřují především na informace o daném onemocnění a jeho léčbě a na změnu životního stylu. Dále na to, jak zvládnout onemocnění a změnu chování, která s tím souvisí (Gurková 2017, s. 73).

Při edukaci nemocných s chronickým srdečním selháním se zaměřujeme především na nutnost pravidelného užívání léků, na dietní režim, fyzickou aktivitu, pravidelné sledování své hmotnosti a měření krevního tlaku a tepové frekvence (OH, Eui Geum et al. 2021, s. 109).

5.1 Režimová opatření

5.1.1 Tělesná hmotnost

Nemocné s chronickým srdečním selháním edukujeme hlavně o pravidelné kontrole tělesné hmotnosti a její udržení. Důležité je, aby se nemocní vážili pravidelně každý den a nejlépe ve stejný čas, ideálně ráno hned po vyprázdnění. Pokud se hmotnost nemocného zvýší, více než 3 kg za 3-5 dní, je nutné neprodleně vyhledat lékařskou pomoc (Špinar et al. 2007, s. 163).

5.1.2 Výživa

Důležitou změnou je úprava jídelníčku. Výživa má být racionální a vyrovnaná, s dostatečným obsahem všech živin. Základem je jíst pravidelně a pestře. Je doporučeno jíst více porcí v menších dávkách. Dieta je se odvíjí od přidružených onemocněních. Nemocní by měli konzumovat také potraviny bohaté na draslík (Špinar et al. 2007, s. 83).

Nemocní musí snížit ve svém stravování zejména kuchyňskou sůl. Spotřeba soli se odvíjí od tíže onemocnění. Doporučené množství se pohybuje kolem 5 g denně. Měli by omezit uzeniny a jiné potraviny, které obsahují větší množství soli, nekonzumovat slané pochutiny a vyhnout se také minerálním vodám s vyšším obsahem soli a sladkým nápojům. Měli by jíst spíše celozrnné pečivo a omezit bílé pečivo (Gřiva 2018, s. 130-131).

Denní příjem tekutin by se měl pohybovat mezi 1,5 až 2 litrech. Příjem a výdej tekutin se pravidelně zapisuje do záznamového archu (Gřiva 2018, s. 130-131).

5.1.3 Fyzická aktivita

Dříve se preferovalo omezení fyzické aktivity, avšak v současné době se toto omezení vylučuje. Bez fyzické aktivity narůstá vyšší riziko vzniku tromboembolických příhod, dochází k snížení tolerance zátěže a k celkovému zhoršení průběhu nemoci. Úroveň fyzické aktivity záleží zejména na aktuálním stavu nemocného. I menší procházky mají za následek zlepšení výkonnosti nemocných. Vhodné je například také cvičení na rotopedu a plavání. Je nevhodné provádět fyzickou aktivitu s nadměrnou námahou a také vykonávat vyčerpávající sportovní aktivity (Widimský et al. 2013, s. 47).

5.1.4 Alkohol a kouření

Nemocní s chronickým srdečním selháním by neměli omezit, případně úplně vyloučit konzumaci alkoholu. Kouření se taktéž nedoporučuje (Málek 2018, s. 54).

5.1.5 Kontrola krevního tlaku a srdeční frekvence

Dalším tématem edukace je pravidelná kontrola krevního tlaku a srdeční frekvence. Doporučí se prostředky, kterým můžou měření v domácím prostředí realizovat. Důležité je nemocné naučit správnou techniku měření a zhodnotit naměřené hodnoty. Je vhodné, aby si nemocní naměřené hodnoty v pravidelných intervalech zapisovali.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Kardiovaskulární onemocnění patří mezi hlavní příčinu úmrtí v České republice. Výskyt nových případů se srdečním selháním stále roste. V České republice se vyskytuje přibližně 200 000 pacientů se srdečním selháním (Bobčíková a Bužgová 2020, s. 589). Srdeční selhání je způsobeno strukturálním a funkčním poškozením srdce. Srdeční selhání se řadí mezi nejvíce diskutovatelná téma jak po celém světě, tak i v České republice. Nemocné, kteří trpí tímto onemocněním, je důležité správně edukovat a tím zlepšit kvalitu jejich života.

Edukace je nedílnou součástí každého onemocnění. U pacientů s chronickým srdečním selháním je velmi důležitá edukace pacienta. Správnou edukací můžeme zabránit vzniku komplikací, které se mohou objevit v průběhu nemoci. U chronického srdečního selhání je důležité se zaměřit na režimová opatření, do kterého spadá dietní režim, fyzická aktivita, měření krevního tlaku, sledování tělesné hmotnosti a telefonická konzultace s kardiologem a pravidelné prohlídky. Srdeční selhání je nevléčitelné onemocnění, proto je nesmírně důležité, jaký postoj k léčbě a edukaci pacient zaujme.

Jaká je zkušenost pacientů s chronickým srdečním selháním s edukací?

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

7.1 Hlavní cíl

Zmapovat, jak nemocní s chronickým srdečním selháním vnímají zkušenost s edukací.

Hlavní výzkumná otázka: Jaká je zkušenost nemocných s chronickým srdečním selháním o edukaci?

7.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Dílčí výzkumný cíl č.1: Prozkoumat zkušenosti nemocných s chronickým srdečním selháním o edukaci režimových opatření.

Dílčí výzkumná otázka č.1: Jaké jsou zkušenosti nemocných s chronickým srdečním selháním o edukaci režimových opatření?

Dílčí výzkumný cíl č.2: Popsat překážky, které brání edukaci ze strany nemocného.

Dílčí výzkumná otázka č.2: Jaké překážky brání edukaci ze strany nemocného?

Operacionalizace pojmů:

Zkušenost – v této bakalářské práci je zkušenost míněna jako souhrn znalostí a schopností, kterou mají participanti s edukací.

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantů pro mou bakalářskou práci byl záměrný. Prvním kritériem pro zařazení participantů do výzkumného šetření byla diagnostika chronického srdečního selhání. Druhým kritériem byla hospitalizace participantů v nemocničním zařízení. Přidružená onemocnění nebyla kritériem pro výběr. Před začátkem výzkumu jsem participanty seznámila s průběhem výzkumného šetření a také je informovala ohledně anonymity výzkumu. Všichni participanté dobrovolně podepsali informovaný souhlas s výzkumem a jeho dalším využitím pro účely bakalářské práce. (Příloha C)

Vzorek participantů byl tvořen 8 pacienty (3 muži a 5 žen) ve věku od 47 do 87 let s diagnostikovaným chronickým srdečním selháním. Všichni participanté byli hospitalizováni v nemocničním zařízení. Všichni participanté byli polymorbidní a již v důchodu, až na jednoho, který byl momentálně nezaměstnaný.

Tabulka 1 Identifikace nemocných

Nemocní	Věk	Pohlaví	Pracovní zařazení	Diagnostika CHSS v roce	
P1	74	Žena	Důchodkyně	2019	
P2	47	Muž	Nezaměstnaný	2021	
P3	63	Muž	Důchodce	2021	
P4	67	Žena	Důchodkyně	2019	
P5	70	Žena	Důchodkyně	2020	
P6	75	Žena	Důchodkyně	2019	
P7	76	Žena	Důchodkyně	2018	
P8	87	Muž	Důchodce	2021	Prvozáchyt

Zdroj: Vlastní zpracování

9 METODIKA PRÁCE

Pro svou empirickou část jsem zvolila kvalitativní výzkum. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (Hendl 2016, str. 46).

Cílem mého výzkumu bylo zmapovat, jak nemocní s chronickým srdečním selháním vnímají zkušenost s edukací.

Využila jsem formu polostrukturovaného rozhovoru. V rozhovoru jsem se dotazovala zejména na oblasti režimových opatření. Především na dietní režim, fyzickou aktivitu, měření krevního tlaku a srdeční frekvence, sledování tělesné hmotnosti, pravidelné užívání léků a také na telefonickou konzultaci s lékařem a pravidelné prohlídky. Další oblastí byly překážky edukace ze strany nemocného. Zaměřila jsem se na psychický stav nemocného, jeho pocity a zapojení rodinných příslušníků. Celý průběh rozhovoru byl se souhlasem participantů nahrán na diktafon. Poté jsem nahraný materiál přepsala do textové podoby do programu Microsoft Office Word. Výsledky rozhovorů jsem zaznamenala do přehledných tabulek.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal po dobu mé odborné praxe na kardiologické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni od října 2021 do prosince 2021. Během tohoto období jsem oslovila 8 participantů, kteří splňovali předem stanovená kritéria. Všichni participanté s výzkumem a rozhovorem souhlasili. Výzkum byl proveden po schválené žádosti o jeho provedení ve Fakultní nemocnici v Plzni, od manažerky pro vzdělávání a výuku NLZP Mgr. Světluše Chabrové. (Příloha B) Poté jsem také oslovila vrchní sestru kardiologické kliniky paní magistru Pavlínu Mokrejšovou.

Výzkum proběhl v prostorách Fakultní nemocnice Plzeň na kardiologickém oddělení, kde byli všichni participanté hospitalizováni. Před samotným rozhovorem byli participanté seznámeni s tématem a cílem mé bakalářské práce. Všechny jsem ujistila, že jejich anonymita zůstane zachována. Poté všichni podepsali informovaný souhlas s výzkumem a rozhovorem. S každým pacientem trval rozhovor přibližně 30 minut. Celý rozhovor jsem se souhlasem pacienta nahrála na diktafon.

Po skončení rozhovorů jsem všechny participanty edukovala o režimových opatření. Zaměřila jsem se na dietní režim, fyzickou aktivitu, měření krevního tlaku a srdeční frekvence a také na pravidelné sledování hmotnosti. U každého jsem využila individuální formu edukace pomocí rozhovoru, metodou výkladu. Edukace nám zabrala přibližně 25 minut. Další den jsem se pacientů zeptala na režimová opatření a tím jsem si ověřila, zda mě pacienti pochopili. Ověřila jsem si, co pacientům chybí a na základě toho vytvořila návrh edukačního listu, který obsahuje souhrn nejzákladnějších režimových opatření. (Příloha D)

11 ZPRACOVÁNÍ DAT

Všechny polostrukturované rozhovory byly nahrávány a následně přepsány do textové podoby do Microsoft Office Word. Rozhovory byly přepsány ve spisovném jazyce, slangové výrazy byly ponechány, protože jsou pro účely analýzy dat žádoucí.

Otevřené kódování probíhalo po úpravě textu přepsaných rozhovorů. Text přepsaných rozhovorů byl zvýrazňován k rozlišení jednotlivých tematických oblastí. Kódování bylo provedeno ve spolupráci s vedoucí bakalářské práce a na základě společné diskuze byly identifikovány jednotlivé kategorie a subkategorie. Zaměřila jsem se na témata, která jsou sledovatelná a jsou v kompetenci všeobecné sestry.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

12.1 Kategorie: Režimová opatření

V souvislosti s dílčí výzkumnou otázkou byla na základě analýzy dat stanovena kategorie „Režimová opatření.“ Poté následovala na základě analýzy dat identifikace 6 subkategorí: dietní režim, fyzická aktivita, měření krevního tlaku a srdeční frekvence, sledování tělesné hmotnosti, užívání léků a telefonická konzultace s kardiologem a pravidelné prohlídky.

Subkategorie: Dietní režim

U dietního režimu je důležitým faktorem změnit své stravovací návyky. Záleží na konkrétním pacientovi, jak zodpovědně k tomu přistoupí. Je důležité se vyvarovat nadměrnému příjmu kuchyňské soli. Sůl zadržuje vodu v těle, která následně může zhoršit srdeční selhání či zvětšit oběh kolujících tekutin. Může to být první věc, která člověku začne vadit, protože pacient začne hůře dýchat nebo mít oteklé dolní končetiny. Je třeba si dávat pozor také na skrytou sůl v potravinách. Podstatné je se vyvarovat nadměrnému příjmu tekutin. Denní příjem tekutin se pohybuje kolem 1,5 – 2 litrů. Záleží především na stádiu srdečního selhání, doporučené množství se konzultuje s lékařem. Pacient by se měl vyvarovat nadměrné konzumaci alkoholu, případně začít úplně abstinovat.

Tabulka 2 Režimová opatření – Dietní režim

KATEGORIE: Režimová opatření

Subkategorie: Dietní režim

P1: *„Pouze vím, že by se mělo méně soli a pít méně tekutin. Také jím menší dávky ve více porcích. Měla bych do jídelníčku zařadit také potraviny které obsahují draslík, a naopak omezit uzeniny. Já jsem dostala akorát od pana doktora takovou dietu na ledviny, tak to jsem nějak dodržovala, jako dietní a pitní režim, ale to je zase problém, na ledviny se má pít hodně a na srdíčko zase málo, tak to musím tak vyvažovat.“*

P2: *„Musím dodržovat dietu, omezit sůl a slané potraviny, jako jsou například ty uzeniny. Mám jíst v menších dávkách po více porcích. Vypiju tak 2 litry tekutin denně. Příjem tekutin jsem si do teď nezapisoval, ale začnu, to je dobrý nápad.“*

P3: *„Vím, že nesmím solit, že bych neměl pít kávu a žádný alkohol. Nepřejídat se a jíst v menších porcích. Snažím se nějak skloubit všechny diety dohromady“*

P4: *„Zbytečně nekořenit, nesolit, kafe už nemůžu tak to už nepiju, piju černý čaj, ale nepřeháním to s tím pitím, jíst pravidelně, v menších porcích, vyřadit potraviny co obsahují sůl.“*

P5: *„To nemám žádné informace. Já jsem jedla všechno, nikdo mi nic neřekl, že nemám jíst tuto a tuto. Jen nesolím.“*

P6: *„Já vím, že se nemá jen solit a že se nemám přejídat.“*

P7: *„Vím, že nesmím solit, že nesmím jíst takové ty uzeniny, tučný jídla. Jím více porcí v menších dávkách. Lepší je jíst celozrnné pečivo. Jo, a mít dostatek živin. Piji tak 2 – 2,5 litru tekutin, tak to jsem přeháněla.“*

P8: *„Žádné. Stravuji se tak nějak normálně, jím všechno tak nějak přiměřeně. Solím lehce, jídlo si nepřisoluji. Jím snídani, oběd a večeři, to mi stačí.“*

Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Fyzická aktivita

Fyzická aktivita má významný podíl a pozitivní vliv na většinu onemocnění. Úroveň fyzické aktivity závisí na aktuálním stavu nemocného. Při nedostatečné fyzické aktivitě dochází k nárustu riziku vzniku tromboembolických příhod. U srdečního selhání se má pacient vyvarovat aktivitě s nadměrnou námahou, neboť je pro srdce nemožné stíhat tak velkou zátěž. Pro pacienty jsou přínosné i menší procházky. V rámci aktivity mohou pacienti vykonávat jízdu na kole, plavat nebo v domácím prostředí jezdit například také na rotopedu.

Tabulka 3 Režimová opatření – Fyzická aktivita

KATEGORIE: Režimová opatření
<p>Subkategorie: Fyzická aktivita</p> <p>P1: „<i>No to asi taky žádné informace nemám, vím že se má hodně chodit, to vím a to dodržuji. Měla jsem ráda práci na zahrádce, to byla taková moje nejlepší aktivita. Ale teď to dělat nemůžu, protože buď je horko a není mi přitom dobře, ta únava se mi dostaví strašně brzy.</i>“</p> <p>P2: „<i>Můžu sportovat, ale přiměřeně. Nesmím nadměrné, zatěžkávací sporty. Pouze aktivitu do mírné zátěže. Chodím na procházky</i>“</p> <p>P3: „<i>Vím, že se nesmím moc namáhat a přetěžovat se. Občas chodím na nějaké menší procházky, mám menší truhlářskou dílnu, tak dělám drobný věci ze dřeva.</i>“</p> <p>P4: „<i>Abych se zbytečně nepřetěžovala a nenamáhala. Někdy si i menší procházku udělám, když je hezky</i>“</p> <p>P5: „<i>Tak to nemám žádné informace, ale hledte, za prvé už mi není dvacet že jo, je mi 70, takže ty aktivity nějaký už skoro nepřipadají v úvahu. Občas zajdu na zahrádku a zároveň to mám jako menší procházku. Moc jsem tedka nechodila, protože mě zlobilo zase to dýchání. Já jsem ušla 4 kroky a už jsem nemohla dýchat.</i>“</p> <p>P6: „<i>Že se nemám namáhat a šetřit se. Já mám tři endoprotézy, takže kousek ujdu, ohnout se nemohu.</i>“</p> <p>P7: „<i>Musím se hlídat, nenamáhat se a nezvedat těžké věci. Dřív jsem chodila cvičit, na procházky, jezdila na kole, ale pak už to začalo být jenom na procházky do lesa a okolo. Už jsem to špatně udýchala. Ani na zahrádce už dělat nemohu.</i>“</p> <p>P8: „<i>Žádné informace nemám. Chodím na procházky, každý den máme takovou menší procházku</i>“</p>

Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Měření krevního tlaku a srdeční frekvence

U pacientů se srdečním selháním je důležité hlídat si svůj zdravotní stav. Součástí edukace pacienta je pravidelné měření krevního tlaku a srdeční frekvence, nejlépe ve stejnou denní dobu. Krevní tlak je kolísavý a může se rychle změnit vlivem stresu nebo také například strachem z lékařského prostředí – tzv. syndromem bílého pláště. A proto je vhodné si po každém změření naměřené hodnoty krevního tlaku a srdeční frekvence zapisovat do tabulky a poté ji předat svému lékaři při pravidelné kontrole.

Tabulka 4 Režimová opatření – Měření krevního tlaku a srdeční frekvence

KATEGORIE: Režimová opatření
Subkategorie: Měření krevního tlaku a srdeční frekvence
<p>P1: „Chci si ho měřit každý den, ale stane se, že třeba zapomenu. Určitě bych řekla, že tak 3x do týdne si ho měřím stoprocentně. Dřív jsem si hodnoty zapisovala, ale pak jsem zjistila, že to není k ničemu. On to hlavně ani nikdo po mě nechtěl vidět.“</p>
<p>P2: „Jen na kontrole u doktora. Jinak vůbec, ani nemám svůj tlakoměr.“</p>
<p>P3: „Měřím si krevní tlak a tep každý den. Já mám hrůzu z bílých plášťů, takže já, když kamkoliv přijdu, tak ho mám strašně vysoký. Tak vytáhnu vždycky papír a ukazuji, jaké hodnoty mám průměrně doma. Zapisuji si to doma do počítače, konkrétně do excelu. Tam mám takovou tabulku.“</p>
<p>P4: „Neměřím si, nemám tlakoměr.“</p>
<p>P5: „Mám doma svůj tlakoměr, ale neměřím se. Když se mi udělá špatně tak si ho přeměřím. Ale pravidelně si to neměřím, ale mohla bych, vím že je to důležité.“</p>
<p>P6: „Měřím si tlak tak jednou za týden, víckrát ne, i když vím, že bych měla pravidelně. Nikam si hodnoty nezapisuji.“</p>
<p>P7: „Většinou když jdu na kontrolu k lékaři, tak tam mi to měří. Doma máme také tlakoměr, ale málo kdy si ho změřím, pravidelně určitě ne. Nezapisuji si hodnoty nikam.“</p>
<p>P8: „No měřili jsme si to dřív, když tu byla ještě manželka, pak se nám to rozbilo, tak teď už to neměřím. Já měl furt nižší tlak. Mám tlakoměr doma ale je porouchanej.“</p>

Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Sledování tělesné hmotnosti

Srdeční selhání je spojováno s náhlými změnami tělesné hmotnosti, a proto je potřeba ji pravidelně sledovat. Je důležité se vážit pravidelně každý den ve stejnou denní dobu a údaje o hmotnosti si zapisovat do tabulky. Je třeba si dávat pozor na rychlý vzestup tělesné hmotnosti, která se může projevovat zadržováním tekutin v těle. Při zadržování tekutin v těle narůstá hmotnost, a to má za následek zvýšení pracovní zátěže srdce. Při prudkém vzestupu tělesné hmotnosti, 3 a více kg za 3 dny, pacienti musí okamžitě vyhledat lékařskou pomoc.

Tabulka 5 Režimová opatření – Sledování tělesné hmotnosti

KATEGORIE: Režimová opatření
<p>Subkategorie: Sledování tělesné hmotnosti</p> <p>P1: <i>„To jsem poučena, to mi řekla paní doktorka, kdyby se prudce zvýšila váha, tak musím okamžitě přijít, že to by byla voda. Zapisuji si to do kalendáře. Vždycky když ráno vstanu, tak se zvažím a hned si to zapíšu do toho kalendáře, protože pak už bych to zapomněla zase.“</i></p> <p>P2: <i>„Jsem poučen, ale váhu nemám, tak se nevážím. Když jdu na kontrolu, tak mě zvaží tam.“</i></p> <p>P3: <i>„Já si myslím, že mi to nikdo neřekl, ale já to stejně dělám. Protože mě to zajímá, jak na tom jsem. Hmotnost si také zapisuji do toho excelu, tam mám všechno pohromadě.“</i></p> <p>P4: <i>„Nikdo mi nic takového neřekl.“</i></p> <p>P5: <i>„Jsem poučena, nevážím se pravidelně.“</i></p> <p>P6: <i>„Myslím, že mi to někdo říkal, ale nevážím se pravidelně.“</i></p> <p>P7: <i>„Jsem poučena, ale vážím se ob den. Nikam si to nezapisuji, já si to pamatuji.“</i></p> <p>P8: <i>„Ano jsem. Vážím se každé ráno, mám váhu v koupelně, tak se vždycky zvažím. Nezapisuju si údaje nikam, já si to pamatuju, mám pořád stejnou hmotnost.“</i></p>

Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Užívání léků

U srdečního selhání je nutné pravidelné užívání předepsaných léků ve správný čas a ve správné dávce. Cílem farmakologické léčby je snížit mortalitu nemocných, oddálit vznik komplikací a zlepšit symptomy onemocnění. Srdeční selhání se nejčastěji vyskytuje u starších, polymorbidních pacientů, kteří užívají více léků najednou. Určitým pomocníkem pro pravidelné užívání bývá dávkovač na léky, který si většinou pacienti připravují dopředu na celý týden.

Tabulka 6 Režimová opatření – Užívání léků

KATEGORIE: Režimová opatření
<p>Subkategorie: Užívání léků</p> <p>P1: „Mám dávkovač, jinak bych to zapoměla brát. I kolikrát se musím podívat, jestli jsem si ty léky vůbec vzala, protože mě ta moje hlava už asi zlobí.“</p> <p>P2: „Ted'kon jsem léky neužíval, protože jsem na ně neměl. Dostal jsem se do takového stavu, že i majitel mě vyhodil, a tak jsem spal po kamarádech. Já jsem to sám neutáhl.“</p> <p>P3: „Mám dávkovač. V neděli ho vždycky naplním a od pondělka už si беру to, co mám.“</p> <p>P4: „Mám napsáno na krabičkách, co kdy mám brát, dávkovač nemám. Beru to rovnou z toho platička.“</p> <p>P5: „Mám dávkovač, já mám těch léků tolik. Beru léky pravidelně, vždy si je připravím.“</p> <p>P6: „Beru si to rovnou z těch platiček v té krabičce. Já to беру pořád stejně.“</p> <p>P7: „Užívám pravidelně. Já si to na ten týden připravím do toho dávkovače a pak nezapomenou aspoň.“</p> <p>P8: „Já беру pouze omnic, tak jsem žádné pomůcky, jako je například dávkovač, nepoužíval. Bral jsem 1 prášek denně, to беру už delší dobu, každé ráno, jinak žádné léky neberu, zatím teda.“</p>

Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Tělesná konzultace s kardiologem, pravidelné prohlídky

Pacienti s kardiovaskulárním onemocněním by měli mít svého kardiologa. Pacienti s diagnostikovaným srdečním selháním docházejí na pravidelné prohlídky ke svému kardiologovi po třech až šesti měsících. Srdeční selhání je nevyléčitelné onemocnění, proto je nutné doživotně pacientův stav sledovat. V případě zhoršení symptomů či případné konzultace ohledně svého zdravotního stavu, mají někteří pacienti možnost také telefonické konzultace s lékařem nebo všeobecnou sestrou, která je k této činnosti též kompetentní.

Tabulka 7 Režimová opatření – Telefonická konzultace s kardiologem, pravidelné prohlídky

KATEGORIE: Režimová opatření
<p>Subkategorie: Telefonická konzultace s kardiologem, pravidelné prohlídky</p> <p>P1: <i>„Mám možnost. Já chodím ke kardiologovi. Já teda jsem vedená v Praze na IKEMU, protože tam mi operovali chlopně. Tak tam jezdím jednou za rok teď. Jezdila jsem jednou za půl roku, teď za rok. A tady v Plzni musím navštěvovat kardiologa, který mi vždycky mezi tou dobou dává návštěvy, a tak nějak kontroluje.“</i></p> <p>P2: <i>„Mám možnost. Jednou ročně chodím na kontroly, jinak telefonické konzultace nepotřebuji.“</i></p> <p>P3: <i>„Chodím na pravidelné kontroly k panu doktorovi a samozřejmě mu můžu kdykoliv zavolat. Jednou jsem už telefonickou konzultaci využil.“</i></p> <p>P4: <i>„Ano mám možnost, kdykoli mohu zavolat.“</i></p> <p>P5: <i>„No jako asi bych měla mít, ale nepotřebuji to. Nechodím ani ke kardiologovi.“</i></p> <p>P6: <i>„Nechodím ke kardiologovi, takže ani telefonicky nevyužívám konzultace. Ale po tomhle zákroku se budu určitě muset obrátit na nějakého kardiologa.“</i></p> <p>P7: <i>„Ke kardiologovi chodím, možnost telefonické konzultace mám, ale víte, jak to chodí, většinou je pořád obsazeno.“</i></p> <p>P8: <i>„Nemám, já ani žádného kardiologa nemám, do teď jsem navštěvoval jen svou obvodní lékařku, já tam byl málo, do lázní jsem jezdil.“</i></p>

Zdroj: Vlastní zpracování

12.2 Překážky v edukaci

Překážky v edukaci můžeme rozdělit na překážky ze strany všeobecné sestry, ze strany zdravotnického systému nebo na překážky vznikající ze strany nemocného a jeho rodiny. Překážky ze strany sestry mohou být nepřizpůsobivost pacientovu intelektu či nedostatečné znalosti edukace ze strany sester. Do překážek ze strany zdravotnického systému můžeme zařadit ignorování potřeb pacienta, nevhodné prostředí místa edukace nebo také nevhodnou komunikaci s pacientem. Mezi překážky pacienta spojené s jeho rodinou se řadí nedostatečná podpora od rodiny nebo ztráta kontaktu s rodinou.

V souvislosti s dílčí výzkumnou otázkou byla na základě analýzy dat stanovena kategorie „Překážky v edukaci.“ Je zřejmé, že se vyskytuje více překážek bránících pacientům s edukací, ale přesto byly na základě analýzy dat identifikovány 4 subkategorie: nezapojení rodiny, ekonomická záležitost, obavy a absence zpětné vazby ze strany zdravotníků.

Subkategorie: Nezapojení rodiny

Rodina je důležitou součástí každého jedince a mnohdy velikou oporou pacientů při zjištění závažného onemocnění. Chronické onemocnění obvykle ovlivňuje život celé rodině. Rodina poskytuje potřebné citové zázemí, pocity lásky, bezpečí a jistoty. Je to okruh nejbližších lidí. U závažných onemocnění pacienti pociťují psychické problémy, obavy či bezmoc, a tak je důležité, aby se se svými pocity svěřili svým nejbližším.

Tabulka 8 Překážky v edukaci – Nezapojení rodiny

KATEGORIE: Překážky v edukaci
Subkategorie: Nezapojení rodiny
R2: „S rodinou nejsem v kontaktu, ale s přáteli ano. Přátelé mě podporují víc jak rodina, rodina vůbec.“

Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Ekonomická záležitost

Léčba tohoto onemocnění s sebou nese i nesnáze v podobně finančně náročné léčby, kterou si někteří pacienti nemohou z vlastních finančních prostředků dovolit. Díky tomu si pacienti nemohou například dovolit dopláct některé léky, které jsou pro ně velmi důležité.

Tabulka 9 Překážky v edukaci – Ekonomická záležitost

KATEGORIE: Překážky v edukaci
Subkategorie: Ekonomická záležitost
<i>P2: „Ted'kon jsem léky neužíval, protože jsem na ně neměl. Dostal jsem se do takového stavu, že i majitel mě vyhodil, a tak jsem spal po kamarádech. Já jsem to sám neutáhl.</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Obavy

Diagnostika onemocnění je pro pacienty velice psychicky náročná, proto jsou negativní emoce přirozenou součástí vyrovnání se s onemocněním a mezi ně patří i obavy a strach. Je důležité, aby měli pacienti psychickou oporu, a to nejen v podobě svých blízkých, ale i v rámci profesionální péče, například psychologa. Obavy mohou snížit také motivaci pacienta a tím zabránit jeho dostatečné edukaci.

Tabulka 10 Překážky v edukaci – Obavy

KATEGORIE: Překážky v edukaci
Subkategorie: Obavy
<p>P1: „No obávala jsem se, abych nemusela dlouho ležet, protože to mě zase vyvede z té mé kondice. Teď se hlavně obávám toho, aby mi hlavně ten přístroj, který mi teď dali, vydržel co nejdéle.“</p>
<p>P2: „Já jsem tohle to takhle nikdy neprodělal a měl jsem obavy o svůj život. Měl jsem vážně o sebe strach, co bude dál. Obávám se hlavně toho, jak to všechno dopadne.“</p>
<p>P3: „Samozřejmě že jsem se obával toho, co to znamená. Jaký budu mít omezení a tak dále. Momentálně se obávám jedině toho, že tady budu moc dlouho. Jinak se zatím ničeho neobávám.“</p>
<p>P4: „No tak abych asi přežila žejo, to je nejdůležitější. Aby se to dalo do pořádku co nejdřív. Aby to všechno dopadlo dobře, hlavně ta operace. Abych tu hlavně ještě nějakou dobu byla, nejsem zas tak stará ještě.“</p>
<p>P5: „Ani jsem neměla žádné obavy. Víte proč? Protože u nás vlastně my jsme na srdce, maminka mi zemřela na srdeční infarkt, sestra taky. Ne že s tím počítám, ale jako ani mě to nepřekvapilo. Neobávám se ničeho.“</p>
<p>P6: „Nenene, ničeho jsem se neobávala. Opravdu ne. Neobávám se ničeho.“</p>
<p>P7: „Měla jsem obavy hlavně z toho, jak to dopadne, hlavně abych brzo nezemřela. Strach určitě nějaký je. Mám strach abych nemusela znovu na operaci, toho se bojím.“</p>
<p>P8: „Ničeho jsem se neobával, protože to přišlo rychle. To se neobávám ničeho, vnoučata jsou tady a tak.“</p>

Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Absence zpětné vazby od zdravotníků

Pozitivní zpětná vazba hraje při léčbě a selfmonitoringu významnou roli. Vlídny, empatický přístup a zájem o pacienta je klíčový při motivaci pacientů k dalšímu léčebnému postupu. Pro pacienty je velice demotivující nezájem ze strany zdravotníků a tím dochází ke ztrátě zájmu o jakýkoliv další postup.

Tabulka 11 Překážky v edukaci – Absence zpětné vazby od zdravotníků

KATEGORIE: Překážky v edukaci
Subkategorie: Absence zpětné vazby od zdravotníků
<i>P1: „Dřív jsem si hodnoty krevního tlaku zapisovala, ale pak jsem zjistila, že to není k ničemu. On to hlavně ani nikdo po mě nechtěl vidět. Jenom se mě zeptají, jaký mám tlak a tím to skončí. Tak už si to nezapisuji.“</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá edukací nemocných s chronickým srdečním selháním. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat, jak nemocní s chronickým srdečním selháním vnímají zkušenost s edukací. Ke zjištění těchto údajů jsme použili metodu polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl složen z osmi participantů, pěti žen a tří mužů. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část.

V teoretické části je stručně popsána anatomie a fyziologie srdce. Dále se věnuje srdečnímu selhání a chronickému srdečnímu selhání. Popisuje etiologii, symptomy, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. Dále se zabývá edukační činností zaměřené na chronické srdeční selhání.

Jedním z dílčích cílů této práce bylo prozkoumat zkušenosti nemocných s chronickým srdečním selháním o edukaci režimových opatření. V první části našeho rozhovoru jsme s participanty zjišťovali, jakou mají zkušenost o režimových opatřeních. Především jakou mají zkušenost s dietním režimem, fyzickou aktivitou, měřením krevního tlaku a srdeční frekvence, sledování tělesné hmotnosti, užívání léků a zkušenost ohledně telefonické konzultace se svým kardiologem a pravidelnými prohlídkami. Zjištěné poznatky znázorňují tabulky č. 1–7. Skoro u všech participantů komunikace proběhla v pořádku, rozuměli všemu. Participant č. 6 a 8 byli nedoslýchaví, a tak se to odrazilo na časové dotaci.

Z analýzy dat vyplývá, že všichni participanté ví, že v rámci dietního režimu mají omezit, případně úplně vyloučit kuchyňskou sůl ze svého jídelníčku. Polovina participantů byla informována také o tom, že mají jíst menší porce ve více dávkách, nepřejídat se a jíst pravidelně. Participantka č.1 a participant č.3 dodržují více diet najednou, a tak je pro ně těžší skloubit všechny diety dohromady. Petruš (2014, str. 59) ve své bakalářské práci uvádí, že většina pacientů si myslí, že je při jejich onemocnění nutné omezit příjem soli a já dospěla ke stejnému výsledku. Participant č.8 měl diagnostikovaný prvozáchyt chronického srdečního selhání, tudíž měl absenci jakýkoliv informací ohledně onemocnění a režimových opatření. Při rozhovoru byl pacient mírně rozrušený. Pouze ve dvou případech neměli participanté zkušenost a informace ohledně dietního režimu.

Další otázka byla směřována na zkušenost s fyzickou aktivitou. Všech 8 pacientů uvedlo, že vnímají i menší procházku za velmi účinnou, a tak se snaží chodit pravidelně alespoň na menší procházky. Záleží ovšem na jejich aktuálním zdravotním stavu či na počasí. Widimský (2013, str. 47) ve své odborné literatuře uvádí, že i menší procházky mají za následek zlepšení výkonnosti nemocných a úroveň aktivity záleží především na aktuálním stavu pacienta. Participantky č. 5 a č.7 vzhledem ke své dušnosti své procházky musely omezit. Kvůli své endoprotéze má participantka č.6 také pohybové omezení. U každého participanta jsem zjišťovala, jestli nějakou fyzickou aktivitu vykonávají. Jejich odpovědi byly většinou jednotné. Dříve chodily například cvičit, pracovat na zahradu či jezdili na kole, ale v současné době kvůli svému zdravotnímu stavu a vyššímu věku žádnou fyzickou aktivitu nevykonávají.

Ve třetí otázce jsme se zaměřili na pravidelné měření krevního tlaku a srdeční frekvence a zapisování naměřených hodnot. U každého participanta jsem zjišťovala, zda si pravidelně měří krevní tlak a srdeční frekvenci. Všichni participanti se shodli na tom, že měření krevního tlaku a srdeční frekvence se řadí k základním režimovým opatření. I přes to, že to ví, nikdo z nich si svůj krevní tlak se srdeční frekvencí neměří. Pouze participant č.3 uvedl, že si svůj krevní tlak pravidelně každý den měří a zapisuje do tabulky v excelu, kterou pokaždé vozí s sebou na pravidelnou kontrolu ke svému kardiologovi. Když jsem se dotazovala proč si krevní tlak pacienti neměří, častým důvodem bylo zapomínání a nepřítomnost tlakoměru v domácnosti. Na otázku, co by jim pomohlo k tomu, aby nezapomínali na změření, dotazovaní uvedli, že by jim pomohla tabulka, kam by si naměřené hodnoty mohli zapisovat.

Při chronickém srdečním selhání je důležité pravidelné sledování tělesné hmotnosti. Při rozhovoru jsem se také dotazovala na zkušenost se sledováním tělesné hmotnosti. 6 dotazovaných pacientů je poučeno a ví, že je velmi důležité svou tělesnou hmotnost pravidelně sledovat a při rychlém vzestupu hmotnosti ihned navštívit lékaře. Výsledky mohou ztotožnit s knihou *Jak dobře žít s nemocným srdcem*, jejichž autorem je Špinar et al (2007, str. 163) kteří uvádí: „*Pokud se náhle zvýší vaše hmotnost – udává se o > 3 kg během 3-5 dnů, je velmi pravděpodobné, že organismus zadržuje nadbytečnou vodu a je třeba okamžitě vyhledat lékaře!*“ Pouze dotazovaná č.1 uvedla, že pravidelně sleduje svou tělesnou hmotnost. Už jen kvůli své psychické pohodě, aby věděla, zda se její zdravotní stav nekomplikuje. Participant č. 3 uvedl, že i přes to, že o tomto opatření nevěděl, tak se váží

pravidelně každé ráno a své hodnoty si zapisuje. Dotazovaná č. 4 se zmínila o tom, že žádnou zkušenost se sledováním tělesné hmotnosti nemá, tudíž se neváží.

Při chronickém srdečním selhání je zásadní farmakologická léčba, která snižuje riziko úmrtí a hospitalizace srdečního selhání, jak uvádí Málek ve své odborné literatuře (Málek 2018, s. 36). Všichni participanti byli polymorbidní a užívali více léků najednou. Na tom, že je důležité užívat léky, se shodli všichni. Jejich názor byl jednotný. Formánková (2018, s. 54) ve své bakalářské práci uvádí, že se pacienti shodli na tom, že je důležité dodržovat farmakologická opatření a já dospěla k podobnému výsledku. K tomu, aby pacienti nezapomínali pravidelně užívat své léky, používají participanti č. 1, 3, 5 a 7 pomůcku tzv. dávkovač léků, do kterého si každou neděli připraví léky na následující týden. Tito participanti se shodli na tom, že jsou díky tomu klidnější a nemají strach z toho, že by nějaký lék zapomněli. Dva z dotazovaných naopak uvedli, že dávkovač léků nevyžadují, ale užívali léky přímo z blistrů z krabičky. Důvod je ten, že mají denně přehled o správném užívání. Participant č.2 kvůli nedostatku financí léky neužíval, tím u něj došlo bohužel ke zhoršení onemocnění. Při rozhovoru s touto otázkou byl pacient smutný a značně rozrušený, a proto jsem ho uvědomila, že rozhovor můžeme kdykoliv přerušit, případně ukončit. Pacient si přál v rozhovoru na dále pokračovat.

Posledním tématem první části rozhovoru byla telefonická konzultace a pravidelná návštěva kardiologa. Srdeční selhání je nevléčitelné onemocnění, proto je nutné doživotně pacientův stav sledovat. Lazárová a spol (2012, str. 247) ve svém článku uvedli, že je nutné pacienty pravidelně kontrolovat, a to jak klasicky, tak i pomocí telefonických kontaktů. Polovina dotazovaných chodí pravidelně ke svému kardiologovi a má možnost také telefonické konzultace, avšak té využil prozatím jen participant č.3, u ostatních nebyla zatím potřeba. K podobnému výsledku došla ve své bakalářské práci Fránová (2018, s. 96), která uvedla, že, „*pacienti obou pohlaví chodili pečlivě na pravidelné kontroly.*“ Participant č.8 nemá žádného specialistu, kardiologa, protože se v této situaci ocitl poprvé, a tak není pravidelně sledovaný a nedochází na žádné pravidelné prohlídky. Pacient si je ale vědom toho, že musí být nadále sledovaný, a tak si plánuje kardiologa co nejdříve sehnat a na pravidelné kontroly chodit. Participantka č.5 i přes to, že ví o svém onemocnění, žádného kardiologa nenavštěvuje.

Všechny tyto údaje jsou stručně zapsány v tabulkách č. 1–7, která znázorňuje všechny odpovědi na mou první dílčí otázku. Jedná se o prozkoumání zkušeností nemocných s chronickým srdečním selháním o edukaci režimových opatření.

Odpověď na první výzkumnou otázku je, že pacienti mají zkušenost s režimovým opatřením. V některých oblastech mají více zkušeností, v některých méně. Zkušenosti klientů jsou v zásadě pozitivní. Z důvodu prvozáchyty chronického srdečního selhání nemá participant č.8 žádnou zkušenost s režimovým opatřením. Tímto jsem si odpověděla na svůj první dílčí cíl.

Ve druhé části rozhovoru jsem se zaměřila na překážky, které brání edukaci ze strany nemocných. Je zřejmé, že se vyskytuje více překážek bránící pacientům s edukací, ale přesto byly na základě analýzy dat identifikovány překážky: nezapojení rodiny, ekonomická záležitost, obavy nemocných a absence zpětné vazby ze strany zdravotníků. Všechny tyto údaje znázorňují tabulky 8–11. Překážky, které brání nemocným s edukací, jsou pro každého individuální. Pouze u překážky Obavy se výpovědi celkem shodovaly.

Pro participanta č. 2 je největší překážkou nezapojení rodiny a ekonomická záležitost v rámci dlouhodobé ztráty zaměstnání. Pacient není dlouhodobě v kontaktu se svou rodinou a v průběhu rozhovoru na toto téma byl smutný, až plačtivý. U závažných onemocnění pacienti pocítují psychické problémy, obavy či bezmoc, a tak je důležité, aby se se svými pocity svěřili svým nejbližším. Zmínil, že mu podpora od své rodiny chybí, ale na druhou stranu byl rád, že má alespoň své dobré přátele, kteří ho podporují. Pacient byl také dlouhou dobu nezaměstnaný, a tak se dostal do takové situace, že neměl finance na léky. Léky neužíval a jeho zdravotní stav se zhoršil.

Skoro všichni participanté se shodli na společné překážce, kterou jsou obavy. Dle rozhovorů mají dotazovaní nejčastěji obavy z toho, jak to s nimi bude dál. Pacienti neví, jak se to s nimi bude nadále vyvíjet a nejistá budoucnost může mít za následek snížení motivace při edukaci a léčbě onemocnění. Obavy mohou snížit také motivaci pacienta a tím zabránit jeho dostatečné edukaci, jak uvádí Nemcová ve své odborné literatuře (Nemcova 2010, str.28). Je důležité, aby měli pacienti psychickou oporu, a to nejen v podobě svých blízkých, ale i v rámci profesionální péče, například psychologa. Dva dotazovaní uvedli, že na sobě nepocítují žádnou obavu.

Participantka č.1 udává jako jednu z překážek absenci zpětné vazby ze strany zdravotníků. Pravidelně si zapisovala naměřené hodnoty krevního tlaku ale vždy, když to přinesla na pravidelnou kontrolu, nikdo to po ní nechtěl vidět. Pozitivní zpětná vazba hraje při léčbě a selfmonitoringu významnou roli. Dotazovaná č.1 v rozhovoru uvedla: „*Dřív jsem si hodnoty krevního tlaku zapisovala, ale pak jsem zjistila, že to není k ničemu. On to hlavně ani nikdo po mě nechtěl vidět. Tak už si to nezapisuji.*“ Toto pacientku ze strany zdravotníků demotivovalo k tomu, aby si nadále naměřené hodnoty zapisovala. Výsledek mohu z totožnit s knihou Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací, jejichž autorem je Bednařík a Ondrášiová (2020, s.14), kteří uvádí: „*komunikační dovednosti a přístup k pacientovi mají výrazný vliv na to, jak klient zvládá léčbu a jak během ní spolupracuje*“.

Z vyplývajících rozhovorů jsou překážky ze strany pacientů velmi individuální. Skoro všichni participanti se shodli ale na tom, že se u nich objevují obavy ohledně toho, jak to všechno dopadne. U pár participantů se ukázalo, že překážka v edukaci se může vyskytnout například v nezájmu ze strany rodiny, v absenci zpětné vazby ze strany zdravotníků či v ekonomické záležitosti. Tímto jsem si odpověděla na svůj druhý dílčí cíl.

LIMITY VÝZKUMU

Prvním limitem výzkumu byla pandemická situace COVID-19. Druhým limitem mého výzkumu byl čas omezený na výzkumnou činnost, protože jsem mohla sbírat informace pouze po dobu mé odborné praxe.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jako doporučení pro praxi by mohl nemocným posloužit návrh edukačního listu, který jsem vytvořila na základě analýzy dat. Návrh edukačního listu obsahuje souhrn nejzákladnějších režimových opatření, které by nemocní měli znát. (Příloha D)

ZÁVĚR

Záměrem bakalářské práce bylo zmapovat, jak nemocní s chronickým srdečním selháním vnímají zkušenost s edukací. Počet pacientů s tímto onemocněním v současné době stále vrůstá, a tak je důležité, aby byli pacienti dostatečně informováni. V teoretické části jsem se zaměřila na anatomii srdce, na dané onemocnění, jeho projevy, příčiny, diagnostiku, léčbu a na edukaci ohledně chronického srdečního selhání. Pro svou empirickou část jsem zvolila kvalitativní výzkum. Pro uskutečnění výzkumného šetření byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s chronickým srdečním selháním.

Prvním stanoveným dílčím cílem bylo prozkoumat zkušenosti nemocných s chronickým srdečním selháním o edukaci režimových opatření. Především o dietním režimu, fyzické aktivitě, měření krevního tlaku a srdeční frekvence, sledování tělesné hmotnosti, užívání léků a telefonické konzultace a pravidelných prohlídkách. Tyto informace byly zjištěny. Cíl byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo popsat překážky, které brání edukaci ze strany nemocného. Pacienti popsali své individuální překážky, kterých si subjektivně všímali. Cíl byl splněn.

Při splnění těchto dvou dílčích cílů jsem si zároveň splnila i hlavní cíl bakalářské práce.

SEZNAM LITERATURY

- 1) AIGLOVÁ, Renáta a LAZÁROVÁ, Marie. Úloha praktického lékaře v komplexním managementu pacienta se srdečním selháním. *Medicína pro praxi* [online]. 2021, roč. 18, č. 2, s. 88–91 [cit. 2021-11-02]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2021.014>
- 2) BOBČÍKOVÁ, Katka a BUŽGOVÁ, Radka. Intervence v péči o pacienty se srdečním selháním zlepšující kvalitu života. *Cor et Vasa* [online]. 2020, roč. 62, č. 6, s. 588–594 [cit. 2021-11-04]. ISSN 1803-7712. ISSN 0010-8650. Dostupné z: <https://doi.org/10.33678/cor.2020.038>
- 3) BOYDE, Mary a PETERS, Robyn. Education Material for Heart Failure Patients: What Works and What Does Not? *Current Heart Failure Reports* [online]. 2014, vol. 11, no. 3, s. 314–320 [cit. 2021-11-05]. ISSN 1546-9549. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11897-014-0200-1>
- 4) BULAVA, Alan. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0468-0.
- 5) FORMÁNKOVÁ, Hana. *Péče o pacienty s chronickým srdečním selháním*. České Budějovice, 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.
- 6) FRÁNOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská péče o pacienta se srdečním selháním*. Plzeň, 2018. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Pavlína Mokřejšová
- 7) GŘIVA, Martin, ed. *Paliativní péče v kardiologii: Racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Stanislav Juhaňák-TRITON, 2018. ISBN 978-80-7553-481-1
- 8) GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.
- 9) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

- 10) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 11) KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.
- 12) KAUTZNER, Josef, Vojtěch MELENOVSKÝ et al. *Srdeční selhání: aktuality pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta a.s., 2015. ISBN 978-80-204-3573-6.
- 13) KÖLBEL, František a kolektiv. *Praktická kardiologie*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1962-0.
- 14) LAZÁROVÁ, Marie, MÁLEK, Filip a TÁBORSKÝ, Miloš. Péče o pacienty s pokročilým chronickým srdečním selháním. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2012, roč. 14, č. 6-7, s. 246–249 [cit. 2021-11-05]. ISSN 1803-5256. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/06/02.pdf>
- 15) MÁLEK, Filip a Ivan MÁLEK. *Srdeční selhání*. Druhé vydání. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3823-2.
- 16) MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 17) NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ a kolektiv. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
- 18) OH, Eui Geum, LEE, Hyun Joo, YANG, You Lee a kol. Development of a discharge education program using the teach-back method for heart failure patients. *BMC Nursing* [online]. 24 June 2021, vol. 20, article no. 109, s. 1–9 [cit. 2021-11-10]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00622-2>
- 19) PETRUŠ, Michael. *Edukace pacientů s chronickým srdečním selháním*. Liberec, 2014. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS.
- 20) SOVOVÁ, Eliška, Jarmila SEDLÁŘOVÁ a kolektiv. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozšířené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4823-8.

- 21) Srdce – cardia. Dutiny srdce [online]. webnode.cz/dutiny-srdce [cit. 2022–03–12]. Dostupné z: <https://srdce-cardia.webnode.cz/>
- 22) STANĚK, Vladimír. *Kardiologie: v praxi*. Praha: Axonite CZ, 2014. ISBN 978-80-904899-7-4.
- 23) SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
- 24) ŠPINAR, Jindřich, Jiří VÍTOVEC a kolektiv. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1822-4.
- 25) ŠTEJFA, Miloš a spolupracovníci. *Kardiologie*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.
- 26) VÍTOVEC, Jiří, Jindřich ŠPINAR, Lenka ŠPINAROVÁ a kolektiv. *Léčba kardi-ovaskulárních onemocnění*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0624-0.
- 27) WIDIMSKÝ, Jiří, Kateřina LEFFLEROVÁ a Kamil SEDLÁČEK. *Srdeční selhání*. 4. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Stanislav Juhaňák-TRITON, 2013. ISBN 978-80-7387-680-7.

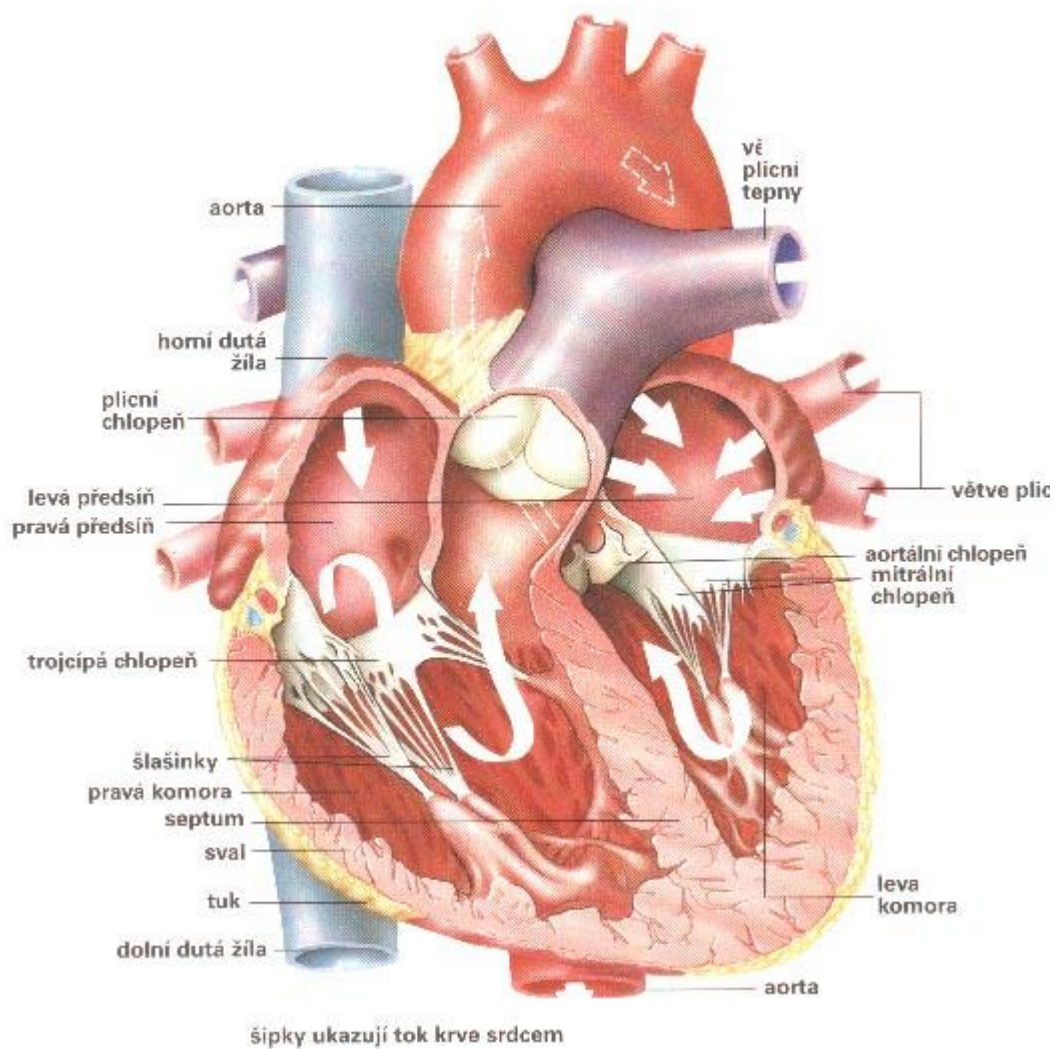
SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Stavba srdce
- Příloha B – Povolení sběru informací ve FN Plzeň
- Příloha C – Informovaný souhlas
- Příloha D – Edukační leták

PŘÍLOHY

Příloha A – Stavba srdce

Obrázek 1 Stavba srdce



Zdroj: Srdce – cardia. Dutiny srdce [online]. webnode.cz/dutiny-srdce [cit. 2022-03-12].

Dostupné z: <https://srdce-cardia.webnode.cz/>

Příloha B – Povolení sběru informací ve FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Silvie Mikešová
Studentka oboru Všeobecné ošetrovatelství
Fakulta zdravotnických studií – Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách / ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Kardiologické kliniky (KARD)* FN Plzeň. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Edukace nemocných s chronickým srdečním selháním*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra KARD souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů, dodržování Hygienického plánu FN Plzeň a aktuálně platných protiepidemických opatření. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době Vaší, školou schválené, odborné praxe na KARD a pod odborným vedením paní Mokřejšové Pavlín, Mgr., vrchní sestry KARD FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

11. 10. 2021

Zdroj: FN Plzeň

Příloha C – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

EDUKACE NEMOCNÝCH S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM

STUDENT

Silvie Mikešová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
silva.mikesova@email.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Jaroslava Nováková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
jarnovak@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Zmapovat, jak nemocní s chronickým srdečním selháním vnímají zkušenost s edukací.

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.

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 D – Edukační leták

REŽIMOVÁ OPATŘENÍ U CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

CO JE CHRONICKÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ?

Vaše srdce nepracuje tak jako u zdravého člověka, jeho funkce byla poškozena nějakým zdravotním problémem. Dochází k poklesu srdečního výdeje a Vaše srdce nedokáže dostatečně přečerpávat krev.

JAKÉ JSOU NEJČASTĚJŠÍ PŘÍZNAKY?

- Dušnost – nejdříve vzniká při nějaké činnosti, později při běžných denních činnostech
- Otoky – vznikají otoky na dolních končetinách, nejdříve kolem kotníků
- Zvýšená únava, slabost

CO BYCH MĚL/ UDĚLAT?

Je důležité, abyste upravil/a svůj životní styl a dodržoval/a určité režimová opatření. Režimová opatření zlepší kvalitu Vašeho života.

NA CO BYCH SE MĚL/A ZAMĚŘIT?

DIETNÍ REŽIM

- Snížit, případně vyloučit kuchyňskou sůl z potravy
- Zdravá, pestrá, vyvážená strava
- Nepřejídat se, více porcí v menších dávkách
- Potraviny bohaté na draslík (špenát, játra, ořechy, fazole)
- Omezení příjmu tekutin na 1,5 – 2 L
- Abstinence alkoholu

FYZICKÁ AKTIVITA

- Úroveň záleží na aktuálním stavu nemocného
- Nevhodná je nadměrná námaha, vyčerpávající sporty
- Menší procházky, plavání, jízda na kole, jízda na rotopedu
- Pravidelné cvičení zlepšuje výkonnost srdce
- Bez fyzické aktivity narůstá riziko tromboembolických příhod

Sledování tělesné hmotnosti

- Pravidelná kontrola tělesné hmotnosti (každý den, ve stejný čas)
- Nárůst více než 3 kg za 3 dny → ihned vyhledat lékařskou pomoc
- Zapisování hodnot

Měření krevního tlaku a srdeční frekvence

- Pravidelné měření krevního tlaku a srdeční frekvence
- Naměřené hodnoty pravidelně zapisovat
- Správná technika měření

Užívání léků a pravidelné preventivní kontroly

- Pravidelné užívání léků, nikdy sami nevysazovat!
- Znalost indikace, dávkování a nežádoucích účinků léků
- Každých 6 měsíců návštěva kardiologa