

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2024**

**Anna Velková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

**Anna Velková**

**USPOKOJOVÁNÍ VYBRANÝCH POTŘEB U PACIENTŮ  
S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM  
V AMBULANTNÍ PÉČI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2024

### **Prohlášení**

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

V Plzni dne 31. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Anna Velková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Uspokojování vybraných potřeb u pacientů s chronickým srdečním selháním v ambulantní péči

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované: 75

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: Chronické srdeční selhání. Péče. Sestra. Posouzení potřeb. Ošetrovatelská péče. Ambulantní péče. Lidské potřeby. Ošetrovatelství. Jistota. Bezpečí. Dekompensace srdečního selhání.

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá uspokojováním vybraných potřeb u pacientů s chronickým srdečním selháním, kteří jsou léčeni v ambulantní sféře. Kvalifikační práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretická část práce obsahuje základní informace o chronickém srdečním selhání, o příčinách tohoto onemocnění a jeho příznacích. Dále o rizikových faktorech, možnostech diagnostiky a farmakologické i nefarmakologické léčby. Součástí teoretické části je i kapitola týkající se klíčových oblastí ošetrovatelské péče. Část teoretické práce je věnována lidským potřebám a ambulantní péči s využitím telemedicíny.

Praktická část mapuje subjektivní vnímání a zkušenost u pacientů s vlastním onemocněním, a zejména pak zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb v rámci ambulantní péče. Práce se dále zabývá dodržováním režimových opatření.

## **Abstract**

Surname and name: Anna Velková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Meeting selected needs of patients with chronic heart failure in ambulatory care

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered: 75

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 33

Keywords: Chronic heart failure. Care. Nurse. Needs assessment. Nursing care, Ambulatory care. Human needs. Nursing. Certainty. Safety. Decompensation of heart failure.

### Summary:

The bachelor thesis deals with the satisfaction of selected needs in patients with chronic heart failure who are treated in the outpatient setting. The qualifying work consists of theoretical and practical parts.

The theoretical part of the thesis contains basic information about chronic heart failure, the causes of this disease and its symptoms. It also includes risk factors, diagnostic options and pharmacological and non-pharmacological treatment. The theoretical part includes a chapter on key areas of nursing care. Part of the theoretical work is devoted to human needs and outpatient care using telemedicine.

The practical part maps the subjective perception and experience of patients with their own illness, and in particular the experience of meeting selected needs in outpatient care. The thesis also deals with adherence to regimen measures.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladů. Dále děkuji pracovníkům ambulance Kardiologie v sadech za umožnění realizace výzkumného šetření a samotným pacientům za ochotu se šetření zúčastnit.

# OBSAH

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| SEZNAM GRAFŮ .....                                       | 11 |
| SEZNAM TABULEK .....                                     | 12 |
| SEZNAM ZKRATEK .....                                     | 13 |
| ÚVOD.....                                                | 1  |
| TEORETICKÁ ČÁST .....                                    | 2  |
| 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....                             | 2  |
| 1.1 Popis řešeršní strategie.....                        | 2  |
| 2 DEFINICE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ .....                       | 4  |
| 2.1 Druhy srdečních selhání a jejich projevy.....        | 4  |
| 2.1.1 Typické příznaky .....                             | 4  |
| 2.1.2 Srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí .....   | 4  |
| 2.1.3 Srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí ..... | 4  |
| 2.1.4 Klasifikace dle NYHA.....                          | 5  |
| 3 INCIDENCE A ROZDĚLENÍ ONEMOCNĚNÍ.....                  | 6  |
| 3.1 Základní dělení srdečního selhání.....               | 6  |
| 3.1.1 Možnosti dalšího dělení.....                       | 6  |
| 3.1.2 Incidence samotného onemocnění.....                | 6  |
| 4 ETIOLOGIE CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ .....          | 7  |
| 4.1 Projevy chronického srdečního selhání .....          | 7  |
| 4.1.1 Typické objektivní příznaky .....                  | 7  |
| 4.1.2 Typické subjektivní příznaky .....                 | 7  |
| 5 VYŠETŘOVACÍ METODY POUŽITELNÉ U SRDEČNÍHO SELHÁNÍ..... | 8  |
| 5.1 Diagnostika .....                                    | 8  |
| 5.1.1 Anamnéza .....                                     | 8  |
| 5.1.2 Fyzikální vyšetření .....                          | 8  |
| 5.1.3 Elektrokardiograf.....                             | 9  |
| 5.1.4 Rentgenový snímek .....                            | 9  |
| 5.1.5 Echokardiotokograf .....                           | 9  |
| 5.1.6 Výpočetní tomografie .....                         | 9  |
| 5.1.7 Magnetická rezonance .....                         | 10 |
| 5.1.8 Spiroergometrie .....                              | 10 |
| 5.1.9 Využití nukleární medicíny .....                   | 10 |
| 5.2 Laboratorní vyšetření .....                          | 10 |
| 5.2.1 Biochemické vyšetření .....                        | 10 |
| 5.2.2 Natriuretické peptidy .....                        | 11 |

|       |                                                                  |    |
|-------|------------------------------------------------------------------|----|
| 5.2.3 | Hematologické vyšetření .....                                    | 11 |
| 6     | RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE VZNIKU SRDEČNÍHO SELHÁNÍ.....        | 12 |
| 6.1   | Rizikové faktory .....                                           | 12 |
| 6.1.1 | Klasifikace ACC/AHA .....                                        | 12 |
| 6.1.2 | Prevence vzniku onemocnění .....                                 | 12 |
| 6.1.3 | Prognostická stratifikace.....                                   | 12 |
| 7     | TERAPIE CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ.....                       | 13 |
| 7.1   | Farmakologické možnosti léčby – snížená ejekční frakce.....      | 13 |
| 7.1.1 | Inhibitory enzymu konvertující angiotensin.....                  | 13 |
| 7.1.2 | Inhibitory receptoru AT1 pro angionzin II (sartany).....         | 13 |
| 7.1.3 | Beta-blokátory .....                                             | 13 |
| 7.1.4 | Diuretika .....                                                  | 14 |
| 7.1.5 | Srdeční glykosidy (digoxin) .....                                | 14 |
| 7.1.6 | Aquaretika .....                                                 | 14 |
| 7.2   | Farmakologická léčba – zachovaná ejekční frakce.....             | 14 |
| 7.3   | Nefarmakologické možnosti léčby .....                            | 15 |
| 7.4   | Přístrojová léčba chronického srdečního selhání.....             | 16 |
| 7.4.1 | Resynchronační léčba srdečního selhání .....                     | 16 |
| 7.4.2 | Implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD) .....              | 16 |
| 7.4.3 | Implantace kardiostimulátoru .....                               | 16 |
| 7.5   | Transplantace srdce.....                                         | 17 |
| 8     | OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM .....         | 18 |
| 8.1   | Péče o nemocné .....                                             | 18 |
| 8.1.1 | Lůžková a ambulantní péče .....                                  | 18 |
| 8.1.2 | Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění ..... | 18 |
| 8.2   | Kvalita života.....                                              | 18 |
| 8.3   | Disease management program .....                                 | 19 |
| 8.3.1 | Role specializovaných sester pro srdeční selhání.....            | 19 |
| 9     | POTŘEBY NEMOCNÝCH .....                                          | 21 |
| 9.1   | Lidské potřeby .....                                             | 21 |
| 9.1.1 | Potřeby fyziologické.....                                        | 21 |
| 9.1.2 | Potřeby jistoty a bezpečí.....                                   | 21 |
| 9.1.3 | Potřeby lásky a sounáležitosti.....                              | 22 |
| 9.1.4 | Potřeby uznání a sebeúcty .....                                  | 22 |
| 9.1.5 | Potřeby seberealizace a sebeaktualizace.....                     | 22 |
| 10    | POSKYTOVÁNÍ PÉČE V AMBULANCÍCH A VYUŽITÍ TELEMEDICÍNY.....       | 23 |
| 10.1  | Ambulantní péče .....                                            | 23 |



|                                             |                                                                                |    |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| 10.1.1                                      | Vyšetření pacienta v ambulanci SS .....                                        | 23 |
| 10.1.2                                      | Telemedicína .....                                                             | 23 |
| 10.1.3                                      | Benefity telemedicíny.....                                                     | 24 |
| 10.1.4                                      | Bariéry telemedicíny.....                                                      | 24 |
| PRAKTICKÁ ČÁST .....                        |                                                                                | 25 |
| 11 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....      |                                                                                | 25 |
| 12 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY ..... |                                                                                | 26 |
| 12.1                                        | Hlavní cíl.....                                                                | 26 |
| 12.1.1                                      | Hlavní výzkumná otázka .....                                                   | 26 |
| 12.2                                        | Dílčí cíle a výzkumné otázky .....                                             | 26 |
| 12.2.1                                      | Dílčí cíle .....                                                               | 26 |
| 12.2.2                                      | Dílčí výzkumné otázky.....                                                     | 26 |
| 12.3                                        | Operacionalizace pojmů.....                                                    | 26 |
| 13 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE .....        |                                                                                | 28 |
| 13.1                                        | Metodologie výzkumu.....                                                       | 28 |
| 13.1.1                                      | Kvalitativní výzkum .....                                                      | 28 |
| 13.1.2                                      | Fenomenologické zkoumání.....                                                  | 28 |
| 13.2                                        | Charakteristika sledovaného souboru.....                                       | 29 |
| 13.2.1                                      | Etika ve výzkumu .....                                                         | 29 |
| 13.3                                        | Organizace výzkumu.....                                                        | 30 |
| 13.4                                        | Zpracování dat.....                                                            | 31 |
| 13.4.1                                      | Přepis a následné čtení.....                                                   | 31 |
| 13.4.2                                      | Kódování .....                                                                 | 32 |
| 14 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ..... |                                                                                | 33 |
| 14.1                                        | Anamnestické údaje respondentů.....                                            | 33 |
| 14.2                                        | Kategorie: Zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb .....                    | 34 |
| 14.2.1                                      | Subkategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby kyslíku .....                  | 34 |
| 14.2.2                                      | Subkategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby pohyb, činnost, aktivita ..... | 36 |
| 14.3                                        | Kategorie: Režimová opatření a vliv na léčbu .....                             | 38 |
| 14.3.1                                      | Subkategorie: Postoj k dodržování RO .....                                     | 38 |
| 14.3.2                                      | Subkategorie: Motivace k dodržování RO .....                                   | 39 |
| 14.3.3                                      | Subkategorie: Vnímání efektu RO .....                                          | 40 |
| 14.4                                        | Kategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby jistoty a bezpečí .....           | 41 |
| 14.4.1                                      | Subkategorie: Vliv ambulance na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ...     | 41 |
| 14.4.2                                      | Subkategorie: Vliv rodiny na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí.....       | 43 |
| 15 DISKUZE .....                            |                                                                                | 46 |
| 15.1                                        | LIMITY VÝZKUMU .....                                                           | 48 |

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| 15.2 DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI..... | 48 |
| ZÁVĚR.....                                     | 50 |
| SEZNAM LITERATURY.....                         | 1  |
| SEZNAM PŘÍLOH .....                            | 5  |
| PŘÍLOHY .....                                  | 6  |
| Příloha A, Informovaný souhlas.....            | 6  |
| Příloha B, Otázky k výzkumnému šetření.....    | 7  |
| Příloha C, Souhlas s realizací výzkumu .....   | 10 |

## SEZNAM GRAFŮ

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Graf 1 Pocitová mapa ..... | 45 |
|----------------------------|----|

## **SEZNAM TABULEK**

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabulka 1 Zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb – Zkušenost s uspokojováním potřeby kyslíku .....                      | 36 |
| Tabulka 2 Zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb – Zkušenost s uspokojováním potřeby pohyb, činnost, aktivita .....     | 37 |
| Tabulka 3 Režimová opatření a vliv na léčbu – Postoj k dodržování RO.....                                                   | 39 |
| Tabulka 4 Režimová opatření a vliv na léčbu - Motivace k dodržování RO .....                                                | 40 |
| Tabulka 5 Režimová opatření a vliv na léčbu – Vnímání efektu RO.....                                                        | 41 |
| Tabulka 6 Zkušenost s uspokojováním potřeby a bezpečí - Vliv ambulance na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí .....      | 43 |
| Tabulka 7 Zkušenost s uspokojováním potřeby jistoty a bezpečí - Vliv rodiny na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ..... | 44 |

## SEZNAM ZKRATEK

|                 |                                                               |
|-----------------|---------------------------------------------------------------|
| ACC/AHA .....   | American College of Cardiology and American Heart Association |
| ACEI .....      | Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu                  |
| aPTT .....      | aktivovaný parciální tromboplastinový čas                     |
| CT .....        | computer tomography, počítačová tomografie                    |
| EF .....        | ejekční frakce                                                |
| EF LK .....     | ejekční frakce levé komory                                    |
| ECHO .....      | echokardiografie                                              |
| EKG .....       | elektrokardiografie                                           |
| HFpEF .....     | heart failure with preserved ejection fraction                |
| CHSS .....      | chronické srdeční selhání                                     |
| ICD .....       | implatabilní kardioverter defibrilátor                        |
| ICHS .....      | ischemická choroba srdeční                                    |
| IKT .....       | informační a komunikační technologie                          |
| KO .....        | krevní obraz                                                  |
| kg .....        | kilogram                                                      |
| Mgr. ....       | magistr (titul absolventa vysoké školy)                       |
| MR .....        | magnetická rezonance                                          |
| NSS .....       | náhlá srdeční smrt                                            |
| NT-proBNP ..... | hormonálně neaktivní fragment prohormonu BNP                  |
| NYHA.....       | New York Heart Association                                    |
| P1 .....        | pacient číslo 1                                               |

P2 ..... pacient číslo 2

P3 ..... pacient číslo 3

P4 ..... pacient číslo 4

P5 ..... pacient číslo 5

RO..... režimová opatření

SS ..... srdeční selhání

## ÚVOD

Chronické srdeční selhání je stav, kdy srdce není schopno do těla přečerpávat dostatek krve a nemůže tak pokrýt metabolické nároky orgánů. Významnou roli v rozvoji klinického obrazu hraje srdeční výdej a poruchy některých orgánů nebo orgánových systémů. (Melenovský, 2023, s. 1)

Srdeční selhání můžeme považovat za syndrom, který se projevuje typickými subjektivními a objektivními příznaky. Mezi ty řadíme – dušnost, otoky v oblasti dolních končetin nebo únavu. (Špinar, 2016, s. 598)

Chronické srdeční selhání je onemocnění, jehož výskyt v populaci stále značně stoupá. Je odhadováno, že se toto onemocnění vyskytuje u 1-2 % celé populace. Je tedy možné chronické srdeční selhání definovat jako epidemii 21. století. U nemocných se během chronického srdečního selhání vyskytují projevy, které mají vliv na kvalitu života a ovlivňují nemocné v běžných denních aktivitách. (Skalická, 2022, s. 230-254)

Touto kvalifikační prací poukazujeme a snažíme se u nemocných objasnit důležitost doporučených režimových opatření, která při jejich poctivém dodržování mají pozitivní vliv na průběh nemoci. Dále o nutnosti spolupráce během farmakologické léčby i o důležitosti pravidelného docházení do kardiologické ambulance.

Jelikož je pro nemocné chronické srdeční selhání přes vědomí nepříznivé prognózy a i přes zatěžující a život omezující projevy velmi psychicky náročné, je nutné u nemocných myslet a zaměřit se na to, aby během léčby poskytované v ambulanci byl brán zřetel nejen na samostatnou léčbu, ale i na jejich potřebu jistoty a bezpečí. Velmi důležitou součástí léčby, která také představuje kladný vliv na uspokojení potřeby jistoty, je zapojení rodiny nemocného, aby pro něj byli podporou a vedli je ke správnému dodržování léčebného režimu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Chronické srdeční selhání (CHSS) je onemocnění, které je považováno za epidemii 21. století, a to z důvodu, že onemocnění se vyskytuje často, je velmi závažné a má ve většině případů nepříznivou prognózu. A u pacientů starších 65 let je hlavní příčinou opětovných rehospitalizací ve zdravotnických zařízeních. (Smith, 2022, s. 427)

Problematika chronického srdečního selhání vede k velmi vysoké mortalitě a kvalitě života pacientů je v případě tohoto onemocnění považována za nedostatečnou. Za pozitivum však lze považovat alespoň to, že stále dochází k rozvoji a vylepšení farmakologického i nefarmakologického způsobu léčby.

Za cíl léčby onemocnění chronického srdečního selhání je považováno snížení úmrtnosti, snížení počtu opakovaných hospitalizací a především zlepšení kvality života u nemocných. (Nussbaumerová, 2023, s. 87)

### 1.1 Popis rešeršní strategie

Po prvotním seznámení s problematikou chronického srdečního selhání, lidskými potřebami a způsobem uspokojování potřeb, došlo ke stanovení klíčových slov, která sloužila k vyhledání odborných zdrojů pro vytvoření kvalifikační práce.

Pro tvorbu této bakalářské práce byla využita literatura doporučená v rešerších, vytvořených Studijní a vědeckou knihovnou v Plzni a Národní lékařskou knihovnou v Praze, na základě klíčových slov, která byla poskytnuta v českém a anglickém jazyce:

- Chronické srdeční selhání. Péče. Sestra. Posouzení potřeb. Ošetrovatelská péče. Ambulantní péče. Lidské potřeby. Ošetrovatelství. Jistota. Bezpečí. Dekompenzace srdečního selhání
- Chronic heart failure. Care. Nurse. Needs assessment. Nursing care. Ambulatory care. Human needs. Nursing. Certainty and safety. Decompensation of heart failure

Vhodné zdroje byly vyhledávány jak v tištěné, tak i v elektronické verzi. Všechny tištěné zdroje byly poskytnuté Knihovnou zdravotnických studií a Studijní a vědeckou knihovnou v Plzni. K vyhledávání knih přes internetový prohlížeč sloužila online knihovna



Bookport a pro výběr odborných článků byly vycházející databáze CINAHL, Journal of Cardiovascular Nursing, PUBMED a internetový prohlížeč Google scholar.

Nalezené zdroje byly posléze filtrovány podle zahrnovacích a vylučovacích kritérií: zdroje maximálně 10 let staré, tedy od roku 2013, výjimkou byla pouze publikace z roku 2008, obsahující podstatné informace o kvalitativním výzkumu a jeho realizaci a analýze a využití validních zdrojů - odborných knih, článků - českých i cizojazyčných, které se zabývají pouze tématem.

V kvalifikační práci je využito celkem 33 odborných zdrojů, z nich 28 je v českém jazyce a 5 v anglickém jazyce.

Zahrnuté zdroje sloužily k tvorbě především teoretické části práce. Zde jsem vycházela především z publikací od autorů, kteří se problematikou chronického srdečního selhání dlouhodobě zabývají:

- MÁLEK, Filip; MÁLEK, Ivan. *Srdeční selhání*. Praha: Karolinum, 2013, s. 15-47. ISBN 978-80-246-2238-5.
- MÁLEK, Filip; MÁLEK, Ivan. *Srdeční selhání, druhé vydání*. Praha: Univerzita Karlova, 2018, s. 15-40. ISBN 978-80-246-3823-2.
- PUDIL, Radek. *Srdeční selhání*. Praha: Maxdorf. Jessenius, 2020, s. 33-141. ISBN 978-80-7345-662-7.
- PUDIL, Radek. *Srdeční selhání, 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf, 2023, s. 33-151. ISBN 978-7345-756-3.

## 2 DEFINICE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

*„Srdeční selhání lze definovat jako stav, kdy srdce není schopno pumpovat do těla dostatek krve k pokrytí metabolických nároků, případně kdy ke své práci vyžaduje zvýšený plicní tlak“.* (Kautzner, 2015, s. 15)

Srdeční selhání lze také klinicky definovat jako syndrom, tedy soubor příznaků, který se vyskytuje u nemocných se srdeční dysfunkcí. (Kautzner, 2015, s. 15)

### 2.1 Druhy srdečních selhání a jejich projevy

#### 2.1.1 Typické příznaky

Pro srdeční selhání jsou charakteristické typické příznaky. Nejčastěji se vyskytují dušnost, otoky dolních končetin, svalová slabost a únava, a díky tomu i celková snížená tolerance zátěže. Další typickou charakteristikou je snížení srdečního výdeje a/nebo zvýšení plicních tlaků, které se vyskytují v klidovém režimu, ale také během fyzické zátěže.

Zjištění specifických příčin srdeční nedostatečnosti je při tomto onemocnění nezbytnou záležitostí, neboť patologie tohoto stavu může napomoci k určení a zahájení následné léčby. (Málek, 2018, s. 18-19)

#### 2.1.2 Srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí

První ze dvou základních srdečních selhání je systolická dysfunkce, někdy také spojená se sníženou ejekční frakcí. Srdeční selhání, pro které je typické snížení ejekční frakce levé komory (heart failure with reduced ejection fraction), lze pojmenovat jako srdeční selhání systolické. (Bulava, 2017, s. 13)

#### 2.1.3 Srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí

U pacientů se může vyskytovat i diastolické srdeční selhání, jde o stav, kdy dochází ke zvýšení plicních tlaků, to je zapříčiněno poruchou plnění levé, nebo i pravé srdeční komory. Tento stav známe pod pojmem srdeční selhání se zachovanou srdeční frakcí (heart failure with preserved ejection fraction).

Klasifikace srdečního selhání lze rozlišit na srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí, kde EF LK (ejekční frakce levé komory) je nižší než 40 %, s mírně sníženou ejekční frakcí, kdy se hodnota EF LK pohybuje okolo 40-49 % a stav se zachovanou ejekční frakcí, definovanou v hodnotách více než 50 %. (Málek, 2013, s. 7)

#### **2.1.4 Klasifikace dle NYHA**

Podle funkční klasifikace NYHA – New York Heart Association můžeme sledovat chronické srdeční selhání. Podle této klasifikace lze předpovídat mortalitu na CHSS (chronické srdeční selhání). Funkční klasifikace má 4 stadia od prvního asymptomatického stadia až do čtvrtého, kdy se obtíže vyskytují již v klidovém režimu. (Málek, 2018, s. 19)

První stupeň I. se vyskytuje u nemocných bez vyskytující se dušnosti nebo jiných projevů onemocnění. NYHA II. je typická pro nemocné s mírným omezením fyzické aktivity a NYHA III. pro značné omezení v tělesné aktivitě. NYHA v posledním čtvrtém stadiu se vyskytuje u nemocných s trvalou dušností, projevující se i v klidovém režimu. (Sovová, 2014. s. 202)

## 3 INCIDENCE A ROZDĚLENÍ ONEMOCNĚNÍ

### 3.1 Základní dělení srdečního selhání

Srdeční selhání předně dělíme na akutní a chronické. Akutní srdeční selhání definujeme jako náhlý stav, nebo jako prudké zhoršení chronického selhání. Při tomto stavu je nezbytný urgentní zásah.

Na rozdíl od akutního se srdeční selhání chronické projevuje jako vleklé onemocnění s pozvolným nástupem příznaků. Nebo také jako následek srdečního selhání akutního. Chronické srdeční selhání je způsobeno funkční abnormalitou srdce, to vede ke zvýšenému intrakardiálnímu výdeji a v klidovém režimu nebo během zátěže vede k nedostatečnému srdečnímu výdeji. (Táborský, 2023, s. 20)

#### 3.1.1 Možnosti dalšího dělení

Srdeční selhání lze dále dělit podle jeho uložení, na selhání pravostranné a levostranné. Levostranné srdeční selhání vede k selhání funkce levé komory a dochází k městnání krve v malém krevním oběhu, tedy v plicích. Pravostranné srdeční selhání můžeme definovat jako městnání krve ve velkém krevním oběhu, tedy v tělním.

Dnes již méně používané dělení srdečního selhání je možné rozdělit na selhání dopředu a dozadu. Za selhání dozadu se považuje městnání před postiženým srdečním oddílem. Selhání dopředné je snížení srdečního výdeje, a to buď pravé, nebo levé komory. (Táborský, 2023, s. 21)

#### 3.1.2 Incidence samotného onemocnění

Srdeční selhání se vyskytuje častěji u starší populace, která trpí přidruženými onemocněními, jako diabetes mellitus, onemocnění ledvin nebo plic.

Počet pacientů s tímto onemocněním stále stoupá. Výskyt se v Evropě pohybuje okolo 1-2 % populace, kdy dochází k výraznému vzrůstu nemocných starších 70 let, kde incidence stoupá až k 10 %. (Bulava, 2017, s. 113)

Dále můžeme dle American Heart Association předpokládat, že do roku 2030 se zvýší počet nemocných až o 25 %. (Frei, 2022, s. 84-86)

V České republice se chronické srdeční selhání vyskytuje příločně u 250 000-300 000 osob. Odhaduje se, že v příštích 25 letech se výskyt postižených s chronickým srdečním selháním zvýší až o 50 %. (Táborský, 2023, s. 21)

## 4 ETIOLOGIE CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

### 4.1 Projevy chronického srdečního selhání

Symptomy chronického srdečního selhání jsou často velmi nespecifické. Můžeme je rozdělit na příznaky objektivní a subjektivní. (Málek, 2018, s. 18)

#### 4.1.1 Typické objektivní příznaky

Objektivní příznaky srdečního selhání zjišťuje při fyzikálním vyšetření, které je součástí diagnostiky.

U nemocných je možné sledovat přeplnění krčních žil, to vzniká z důvodu zvýšení centrálního žilního tlaku. Všimáme si také zbarvení pacientovy kůže, která je často cyanotická – modře zbarvená. Ta se může vyskytovat jak ve formě centrální, kdy jsou u nemocného modře zbarvené pouze tváře a jazyk, i ve formě periferní, zde dochází ke zbarvení v oblastech ušních lalůčků a prstů.

Mezi další často se vyskytující objektivní příznak lze zařadit otoky, vyskytující se na dolních končetinách, nejčastěji v oblasti kotníků. V případě déle trvajících městnání může docházet k výskytu otoků i v oblasti bérců a mohou postupovat až nad kolena. (Málek, 2018, s. 18-19)

#### 4.1.2 Typické subjektivní příznaky

Za typický subjektivní příznak chronického srdečního selhání můžeme považovat dušnost. Původ dušnosti je zapříčiněn městnáním krve v plicích. Může se objevit náhle nebo při zvýšené fyzické aktivitě. V počátečních stádiích onemocnění se často vyskytuje dušnost záchvatovitá, která nemocného nutí k posazení. V pokročilejších stádiích srdečního selhání se objevuje dušnost klidová, taková, která se vyskytuje bez jakékoliv předchozí aktivity. V těchto pokročilejších stádiích se u nemocných začne vyskytovat i noční - paroxysmální dušnost, ta nemocného nutí k častému probouzení, nutnosti vstát a otevřít okno. Nemocný zaujímá polohu, kdy je nucen být opřený o horní končetiny a přitom usilovně ventilovat.

Subjektivním příznakem jsou u srdečního selhání palpitace - nepříjemné pocity bušení srdce, tento příznak není považován za často se vyskytující. (Málek, 2018, s. 17-18)

Dále můžeme také zmínit únavu, ta je připisována nízkému srdečnímu výdeji a také sníženou tolerancí zátěže, ta je zapříčiněna hlavně nedostatečným zásobením kosterního svalstva kyslíkem. (Pudil, 2020, s. 59)

## 5 VYŠETŘOVACÍ METODY POUŽITELNÉ U SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

### 5.1 Diagnostika

#### 5.1.1 Anamnéza

První krok při diagnostice chronického srdečního selhání je zaměřen na zjištění informací od pacienta, tedy na anamnézu.

Při sbírání anamnestických údajů se dotazujeme na rizikové faktory, které by mohly zvyšovat pravděpodobnost vzniku onemocnění. Sem můžeme zařadit hypertenzi, diabetes mellitus, možnost zvýšené hladiny cholesterolu, kouření, obezitu a nezdravý životní styl.

V nynější anamnéze se zaměřujeme na problémy, které se u pacienta vyskytují nyní a většinou přivádějí nemocné k lékaři. Zde se dotazujeme na dobu trvání a intenzitu, okolnosti, které ke stavu vedly a také na charakter potíží. Dotazujeme se na předchozí onemocnění a prodělané kardiovaskulární operace.

Důležitou roli při zjišťování informací od pacienta hraje anamnéza rodinná, kde nás zajímá výskyt kardiovaskulárních onemocnění u přímých příbuzných nebo další onemocnění, které by riziko vzniku srdečního selhání mohla zvyšovat. (Málek, 2018, s. 17)

#### 5.1.2 Fyzikální vyšetření

Při pečlivém fyzikálním vyšetření u nemocného zjišťujeme objektivní známky srdečního selhání. Při těchto vyšetřeních si na nemocném všímáme dechové frekvence, polohy, kterou zaujímají v případě dušnosti, např. poloha ortopnoická.

Při hodnocení zbarvení kůže si všímáme cyanózy – modrého zbarvení kůže a bledosti, které jsou známkami srdečního selhání. Známkou pokročilého srdečního selhání může být vzniklá anasarka, kterou popisuje jako otok celého těla, což znamená, že pacient může mít v těle až 30 kg (kilogram) přebytečné tekutiny – vody. Na pokročilé stadium nemoci poukazuje i výskyt ikteru a subikteru očních sklér spojené s jaterním poškozením.

Při podrobnějším fyzikálním vyšetření lze vyšetřovat oblast krku, kdy vyšetření krčních žil může prokázat jejich zvýšenou náplň.

Při vyšetření je důležitá auskultace srdce a plic. Tu provádíme při vyšetření hrudníku. U srdečního selhání jsou při tomto poslechu slyšitelné typické chrůpky až chropy pocházející z plic, typické pro levostrannou srdeční insuficienci. Při auskultaci srdce si všímáme přítomnosti arytmie, frekvence a pravidelnosti. (Málek, 2013, s. 18)

### **5.1.3 Elektrokardiograf**

K diagnostice chronického srdečního selhání se využívá řada důležitých nezastupitelných vyšetřovacích metod. Pro diagnostiku chronického srdečního selhání nebo funkčního postižení myokardu používáme elektrokardiografii.

Pro sledování se využívá standardně dvanáctisvodové EKG. O negativní prognóze onemocnění vypovídá nález tachykardie, fibrilace síní a kompletních komorových tachykardií. (Málek, 2018, s. 22)

### **5.1.4 Rentgenový snímek**

Významnou roli má při diagnostice srdečního selhání rentgenový snímek srdce a plic, ten se dá využívat i při diferenciální diagnóze a sledování efektu terapie. Na rentgenovém snímku posuzujeme velikost a tvar srdečního stínu, toto můžeme hodnotit na zadopředním rentgenovém snímku. RTG (rentgen) dokáže také zhodnotit přítomnost pleurálního výpotku nebo infiltrátu. (Málek, 2018, s. 24)

### **5.1.5 Echokardiotokograf**

Jako základní vyšetření u diagnostiky pro hodnocení srdečních funkcí se využívá echokardiografie. V dnešní době je ECHO (echokardiotokograf) široce dostupná neinvazivní metoda, která je snadno opakovatelná. Vyšetření poskytuje objektivní potvrzení strukturálního nebo funkčního postižení srdečních oddílů. Echokardiografie se využívá jak jednorozměrná, dvourozměrná, tak i dopplerovská.

K zjištění srdečních oddílů a zhodnocení tloušťky myokardu se používá ECHO dvourozměrné, to slouží nejen k diagnostice srdeční dysfunkce, také pro posouzení etiologie. Schopnost změřit rychlost proudění krve umožňuje dopplerovská echokardiografie. Zde barevné rozlišení přispívá k posouzení a kvalifikaci regurgitace chlopně. (Málek, 2013, s. 25)

### **5.1.6 Výpočetní tomografie**

Tato zobrazovací metoda patří k nejlepším prostorovým rozlišením. Metoda však není vhodná pro zobrazení funkce srdečních chlopní. Je to zapříčiněno tím, že CT (computer tomography) má časové rozlišení. Výpočetní tomografie představuje u nemocných s CHSS nejlepší představu koronálního řečiště. Tak je možné časné zjištění nebo vyloučení ischemické choroby srdeční, která se na vzniku srdečního selhání podílí. (Kautzner, 2015, s. 54)

### **5.1.7 Magnetická rezonance**

Mezi další vyšetřovací metodu patří magnetická rezonance, ta nám poskytne informace o funkčnosti srdečních oddílů a nejčastěji slouží k hodnocení výkonnosti srdečního svalu. MR (magnetická rezonance) je také využitelná v posuzování zánětlivých a infiltrativních procesů probíhajících v myokardu.

Při této vyšetřovací metodě se aplikuje gadolinová kontrastní látka, která umožní rozpoznání jizevnaté tkáně na srdečním svaly. Nevýhodou při tomto vyšetření je využití silného magnetického pole, které je přísně kontraindikováno u pacientů se zavedeným kardiostimulátorem nebo kardioveretru-defibrilátorem. (Málek, 2018, s. 31)

### **5.1.8 Spiroergometrie**

Jako další prognosticky významnou vyšetřovací metodu využíváme spiroergometrii, což je forma zátěžového testu. Toto vyšetření je většinou indikováno u pokročilejších stadií onemocnění, kdy se zvažuje podstoupení srdeční transplantace. Podstatou tohoto vyšetření je zvyšující se stupeň zátěže, při které pacient musí šlapat na bicyklovém ergometru. (Málek, 2013, s. 31-32)

### **5.1.9 Využití nukleární medicíny**

Jako další možnosti diagnostiky chronického srdečního selhání můžeme zmínit metody nukleární medicíny. Jejich výhodou je schopnost posouzení dynamických změn, jejich cílem je zobrazení perfuze myokardu. Do této kategorie patří radionuklidová ventrikulografie, při které hodnotíme funkce pravé a levé komory. (Málek, 2018, s. 33)

## **5.2 Laboratorní vyšetření**

K laboratornímu vyšetření chronického srdečního selhání napomáhá hematologické a biochemické vyšetření. Slouží k diferenciaci diagnostice a k odhalení dalšího možného orgánového poškození.

### **5.2.1 Biochemické vyšetření**

Mezi základní biochemické vyšetření řadíme při diagnostice chronického srdečního selhání vyšetření na natriuretické peptidy, troponin, minerály a jaterní soubor.

Cílem laboratorního biochemického vyšetření není určení srdečního selhání, ale výběr vhodné léčby a sledování její účinnosti.

Při vyšetření minerálů se zaměřuje na stanovení koncentrace sodíku a draslíku. Nepříznivým ukazatelem při prognostice je nízká hladina sodíku. Při hodnocení draslíku je nízká nebo vysoká hodnota spojena s významným rizikem vzniku arytmií. Koncentrace



draslíku je důležitá při hodnocení poruch srdečního rytmu. K hodnocení renálních - jaterních funkcí slouží vyšetření urey a kreatinu. (Málek, 2013, s. 28)

### **5.2.2 Natriuretické peptidy**

Základním kardiomarkerem pro zjištění funkce myokardu jsou natriuretické peptidy. Jejich hlavním účinkem je podpora pacientovy diurézy a natriurézy.

Nejvíce používané v klinické praxi je stanovení BNP (BNP – natriuretický peptid, brain natriuretic peptide nebo NT-proBNP – N-terminální natriuretický propeptid typu B). Právě u pacientů se srdečním selháním jsou tyto hodnoty vždy zvýšeny. (Málek, 2013, s. 29)

### **5.2.3 Hematologické vyšetření**

U každého pacienta se při hematologickém vyšetření začíná s vyšetřením krevního obrazu (KO). Ten se provádí za účelem zjištění anémie a k diferenciaci diagnostické dušnosti.

Při vyšetření se využívají základní hemokoagulační parametry, a to protrombinový čas (INR) a aktivovaný parciální tromboplastinový čas (aPTT). (Málek, 2013. s. 30)

## 6 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE VZNIKU SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

### 6.1 Rizikové faktory

Hlavními rizikovými faktory srdečního selhání jsou ischemická choroba srdeční, arteriální hypertenze, alkohol, stav po infarktu myokardu nebo pozitivní rodinná anamnéza. Za rizikový faktor můžeme považovat i diabetes mellitus, hlavně pokud je při tomto onemocnění přítomná mikroalbuminurie - přítomnost bílkoviny v moči. (Málek, 2013, s. 33)

#### 6.1.1 Klasifikace ACC/AHA

Pro pochopení vývoje srdečního selhání od stavu asymptomatického do stadia, kdy dochází k srdeční insuficienci, používáme v praxi klasifikaci ACC/AHA, která rozlišuje srdeční selhání do tříd řazených od A do D. Rizikové faktory jsou v této klasifikaci seřazeny podle toho, jak vysokým rizikem jsou pacienti rozvojem srdečního selhání ohroženi. (Málek, 2018, s. 34)

#### 6.1.2 Prevence vzniku onemocnění

Předcházení vzniku onemocnění, která by vedla k možnému poškození srdečního myokardu, považujeme za primární prevenci chronického srdečního selhání. Vhodnou prevencí je farmakologická léčba u arteriální hypertenze a ICHS (ischemická choroba srdeční). Také intenzivní léčbu hypertenze u diabetes mellitus lze zařadit jako druh prevence srdečního selhání.

Mezi důležité preventivní úkony patří vhodná edukace nemocných o dodržování správné životosprávy, přiměřené fyzické aktivitě, redukci tělesné hmotnosti, racionální stravě, omezení až úplné vyřazení alkoholu a absence kouření. (Kautzner, 2015, s. 220)

#### 6.1.3 Prognostická stratifikace

Odhad prognózy u nemocných s CHSS se řídí hlavně podle toho, jak v pokročilé fázi se onemocnění nachází. Velmi nepříznivý faktor, který je spojen se špatnou prognózou, je věk nemocného, kdy se s každou dekádou riziko zvyšuje, a to až o několik procent. Ve většině případů uvedených v dřívějších proběhlých studiích bylo prokázáno, že lepší prognóza se týká žen a také pacientů s neischemickým srdečním selháním. (Málek, 2018, s. 35)

## 7 TERAPIE CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

Úspěchem léčby srdečního selhání je navázání kladného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Koncepce self-care management je souborem doporučení, jejímž hlavním cílem je zlepšení symptomů a prognózy u pacientů se srdečním selháním. Zde je nutné, aby byl pacient schopen všechna doporučení dodržovat a byl schopen včas rozpoznat změny klinického stavu a umět na ně zareagovat.

Po navození kladného vztahu by měl mít pacient pocit, že má možnost do jisté míry spolurozhodovat o své léčbě, a tím ovlivňovat průběh onemocnění. (Táborský, 2021, s. 25)

### 7.1 Farmakologické možnosti léčby – snížená ejekční frakce

Léky, které snižují riziko úmrtí a častost hospitalizace, jsou základem léčby srdečního selhání. U prozatím neléčených pacientů začíná léčba podáním betablokátorů, inhibitory enzymu konvertující angiotensinu (ACEI) nebo sartany. (Málek, 2018, s. 35)

#### 7.1.1 Inhibitory enzymu konvertující angiotensin

Za lék první volby se považuje Inhibitor enzymu konvertujícího angiotensin. Podání tohoto léku zpomaluje proces opětovné modelace myokardu, slouží jako prevence koronárních příhod a náhlé srdeční smrti. Léčba je zahájena nejdříve malými dávkami, postupně dochází k jejímu navyšování. Před samotným zahájením léčby ACEI je důležité sledovat hodnoty krevního tlaku a funkce ledvin. Právě renální selhání je považováno za kontraindikaci k jeho užívání. (Málek, 2018, s. 35)

#### 7.1.2 Inhibitory receptoru AT<sub>1</sub> pro angionzin II (sartany)

Sartany jsou nejčastěji používány u nemocných, u kterých léčba ACE vyvolává kašel. Stejně jako u lékových skupin – ACE, tak i sartanů jsou klinické účinky a kontraindikace stejné. A v některých případech je u nemocných možné využít kombinaci obou léků. (Málek, 2018, s. 35)

#### 7.1.3 Beta-blokátory

Betablokátory jsou jedny z nejčastěji užívaných léků při chronickém srdečním selhání. Betablokátory pozitivně ovlivňují vývoj remodelace levé komory, to vede ke snížení výskytu náhlé srdeční smrti. Bylo prokázáno, že stejně jako inhibitory snižují úmrtnost až o 30 %. Kromě těžké dekompenzace či v terminálním stavu se ve všech stádiích onemocnění léčba betablokátory doporučuje. Za kontraindikaci užívání může být považováno ast-

ma bronchiální a symptomatická hypotenze. Kombinace betablokátorů s ACEI dosahuje nejlepší léčebné výsledky. (Málek, 2018, s. 37)

#### **7.1.4 Diuretika**

U nemocných s projevy městnání v plicích představují právě diuretika základ léčby. Léčba je často kombinovaná s podáním blokátorů pro aldosteron. Při léčbě se používají pouze slabá diuretika, která opět působí pozitivně na remodelaci levé komory a jde o prevenci NSS.

Vhodná dávka pro podání diuretik se volí tak, aby u pacienta nedocházelo k městnání v plicích a tak, aby pacient nebyl dehydratován. U soběstačných pacientů je možné si dávku diuretik volit podle jejich aktuálního zdravotního stavu. Takto si dávku diuretik je možné upravovat i při rychlém vzestupu hmotnosti o 2-3kg. Diuretika by se neměla podávat u asymptomatických pacientů, u kterých se nevyskytují otoky ani dušnost. (Málek, 2018, s. 38), (Štěrbáková, 2015, s. 107)

#### **7.1.5 Srdeční glykosidy (digoxin)**

V kardiologické medicíně jsou nejdéle a nejčastěji užívanými léky digitalizované alkaloidy. V současné době se využívá výhradně digoxin. Tento lék snižuje jako u předchozích jmenovaných léků četnost hospitalizací spojenou se zhoršením zdravotního stavu a také mortalitu na srdeční selhání. Je známo, že digoxin stav u symptomatických pacientů se srdečním selháním zlepšuje, to ovšem neznamená, že by zlepšoval i jeho prognózu. Při léčbě digoxinem je důležité sledovat hladinu digoxinu v séru, ta se musí pohybovat v hodnotách od 0,6 do 0,9 mmol/l.

Z důvodu vylučování účinné látky ledvinami je nutné dávku upravovat podle jejich funkce, proto je při renální insuficienci nutné dávku digoxinu redukovat. (Málek, 2018, s. 39)

#### **7.1.6 Aquaretika**

Aquaretika nebo také antagonisté vazopresinu jsou novou skupinou pro léčbu srdečního selhání. Při srdečním selhání dochází ke zvýšení hladin vazopresinu – antidiuretický hormon. Aquaretika pracují jako blokátory receptorů pro vazopresin a jsou používána hlavně u nemocných s hyponatrémií – nízkou hladinou sodíku. (Málek, 2018, s. 40)

## **7.2 Farmakologická léčba – zachovaná ejekční frakce**

Za srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí je považován stav charakteristický tím, že funkce levé komory je téměř nebo úplně v pořádku a většina nemocných má při

srdečním selhání zachovanou ejekční frakci. Z důvodu vzestupu prevalence je tento stav považován za velmi významný narůstající medicínský problém.

Je dokázáno, že HFpEF (heart failure with preserved ejection fraction) je heterogenní porucha obsahující více patofyziologických mechanismů. Typickým příznakem se stává zhoršení poddajnosti myokardu, ta je navozena hypertrofií a fibrózou, které vedou ke zvýšení tlaku v plicích.

Hlavní principy a doporučení pro diagnostiku a léčbu se v případě srdečního selhání s HFpEF několik let příliš nemění. Proto sem můžeme zařadit aktivní sledování hodnot krevního tlaku a tepové frekvence u pacientů s chronickými formami fibrilace síní.

Léčba zahrnuje také přísnou kontrolu retence tekutin s využitím diuretik. Doposud nebyla prokázána žádná farmakologická volba, které by byla schopná u pacientů s HFpEF snížit morbiditu a mortalitu. Důležitým cílem v léčbě je zlepšení kvality života, protože se typicky jedná o nemocné v pokročilém stavu s přidruženými chorobami. (Málek, 2018, s. 42)

### **7.3 Nefarmakologické možnosti léčby**

Důležitou součástí terapie chronického srdečního selhání je léčba nefarmakologická, která zahrnuje jistá a důležitá omezení a doporučení, která u nemocných vedou nejen ke zlepšení zdravotního stavu, ale také ke zlepšení kvality života. Toto léčení spočívá hlavně v dietních a režimových opatřeních.

Při chronickém srdečním selhávání se doporučuje snížení příjmu denní dávky kuchyňské soli. Doporučené množství se pohybuje do 5 gramů za den. Pacientům, u kterých se vyskytují otoky v oblastech dolních končetin, je doporučováno snížení příjmu tekutin, a to v rozmezí od 1,5 do 2 litrů za den.

Konzumace alkoholu je v případě srdečního onemocnění považována za nevhodnou, doporučuje se pouze ve velmi omezeném množství. Pokud je příjem alkoholu považován za vznik srdečního selhání, měl by být zcela vyřazen. Kouření tabákových přípravků se striktně nedoporučuje.

Ve všech stádiích nemoci je pacientovi doporučovaná přiměřená fyzická aktivita. Ta se řídí podle aktuálního zdravotního stavu a stadia nemoci pacienta a nesmí vést k jeho zhoršení. Naopak by měla fyzická aktivita vést k tomu, abych docházelo k jeho zlepšení nebo zůstalo v současném stavu.

Intenzita fyzické aktivity je určována podle funkční třídy NYHA, ta je ve stadiu I-II, je doporučována běžná aktivita, při které je ale vyloučena těžká námaha. Zde je pacientům doporučován kondiční trénink, který provádějí nejlépe 3-5x týdně po dobu 20 minut. V již pokročilejším stadiu III-IV doporučuje spíše klidový režim, s velmi omezenou intenzitou fyzické aktivity. V průběhu fyzické aktivity jsou pacienti poučeni o tom, že si sledují možný vznik subjektivních příznaků, které se pro ně nesmějí stát nepříjemnými. Pro tyto účely jsou pro pacienty vypracovány speciální programy, které zajišťují bezpečnost, komfort a pohodu během fyzické aktivity. (Pudil, 2020, s. 102), (Málek, 2013, s. 35-36)

## **7.4 Přístrojová léčba chronického srdečního selhání**

### **7.4.1 Resynchronační léčba srdečního selhání**

Podstatou léčebného výkonu je zavedení elektrody jdoucí přes podklíčkovou žílu do pravé komory. Nemocný má ke stimulaci pravé síně, pravé a levé komory zavedeny nejčastěji celkem tři elektrody. Bezprostředně po začátku stimulace je možné u nemocných sledovat pozitivní výsledky. Dochází zde ke zvýšení srdečního výdeje a ke zvýšení krevního tlaku. A až u 70 % pacientů se trvale zlepšil zdravotní stav, který spočívá hlavně ve zmírnění obtíží a zlepšení funkce levé komory srdeční. (Málek, 2018, s. 42-43)

### **7.4.2 Implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD)**

Nejúčinnějším způsobem, jak zabránit náhlé srdeční smrti, je implantace kardioverteru-defibrilátoru (ICD). Výkon spočívá v zavedení defibrilační elektrody do hrotu pravé komory, cestou levé podklíčkové žíly. Přístroj je umístěn pod levým klíčkem do podkoží.

K zavedení ICD přístroje jsou indikováni pacienti, u kterých došlo k závažné arytmiické příhodě nebo je riziko jejího vzniku. Za nevhodné pacienty pro implantaci jsou nemocní v prvních týdnech po infarktu myokardu nebo nemocní v terminálním stadiu srdečního selhání. Principem tohoto přístroje je rozpoznání komorové tachykardie a fibrilace komor a vede k jejímu rychlému ukončení stimulací nebo elektrickým výbojem.

Zavedený přístroj většinou nepředstavuje pro nemocné žádné omezení, kromě pravidelných kontrol, které jsou u některých nemocných v 6-12 měsících požadovány. (Málek, 2018, s. 43-44)

### **7.4.3 Implantace kardiostimulátoru**

Základní léčebný postup při stavech, kdy dochází k příliš pomalé srdeční frekvenci, je implantace kardiostimulátoru (pacemakeru). K výkonu jsou indikováni nemocní, pokud se u nich vyskytují závažné bradyarytmie, které vedou k poruše a tvorbě vedení vzruchů.

Implantace kardiostimulátoru napomáhá ke zlepšení zdravotního stavu a umožňuje zavedení vhodné farmakologické léčby, např. betablokátory. (Pudil, 2023, s. 108))

## **7.5 Transplantace srdce**

V terminálním stadiu onemocnění srdečního selhání, u kterých došlo k vyčerpání všech možností léčby, se přistupuje k chirurgické metodě spočívající v transplantaci srdce.

K chirurgickému výkonu se přistupuje, pokud se pacient nachází ve III. nebo v pokročilejším IV. stadiu onemocnění, dle funkční klasifikace NYHA. Zda se transplantace srdce dá podstoupit, nejdříve předchází mnohá zvážení o zdravotních, sociálních a osobnostních aspektech a vyskytuje se zde celá řada kontraindikací.

Transplantace srdce probíhá bikavální metodou, tedy takovou, která se týká obou žil, kdy se ze srdce příjemce ponechává pouze zadní strana levé síně, současně s vyústěním plicních žil. Jelikož je nabídka dárců velmi omezena, tak je tento postup možný pouze pro malou část nemocných. Po výkonu je u nemocných nutná trvalá péče z některých kardiocenter, trvající alespoň jeden měsíc. Nemocný je po operaci ohrožen rejekcí štěpu, u které je nutná vhodná prevence v podobě imunosupresivních léků.

U nemocných přináší transplantace srdce výrazné zvýšení kvality života a prognózy onemocnění. Nemocní se postupně mohou do jisté míry vracet k běžným denním aktivitám. Důležité je, aby pacient dodržoval celoživotní užívání léků a pravidelné návštěvy v kardiologických ambulancích. Transplantace srdce dokáže prodloužit o jeden rok života nemocných až u 80 % nemocných, pětileté prodloužení života u 70 %. (Málek, 2013, s. 47)

## 8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM

### 8.1 Péče o nemocné

Ošetrovatelská péče je nemocným s chronickým srdečním selháním poskytována jak v mnoha zdravotnických zařízeních, jako jsou nemocnice, kardiologické ambulance, specializované poradny pro srdeční selhání, tak v domácím prostředí, zprostředkované díky možnostem telemedicíny, tedy poskytování péče na dálku.

#### 8.1.1 Lůžková a ambulantní péče

Lůžková část zajišťuje péči u dekompenzovaných nemocných, dále poskytuje celkové vyšetření a nastavení vhodné terapie. Součástí je také účelná edukace, kdy se pacientům doporučují dietní a režimová opatření, které při jejich správném dodržování může vést ke zlepšení zdravotního stavu nebo alespoň nepovede k jeho zhoršování. (Táborský, 2021, s. 40)

#### 8.1.2 Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění

U pacientů nacházejících se v terminální, tedy v závěrečné fázi onemocnění, které podle americké klasifikace NYHA odpovídá stadiu IV., kdy už byly vyčerpány všechny možnosti léčby, a to i možnost srdeční transplantace. V tomto případě se přistupuje k léčbě paliativní, která poskytuje pacientům uspokojení jejich potřeb, zajišťuje, co největší úlevu od projevů onemocnění a zaručuje důstojné umírání. Součástí péče je i postupný přechod od terapie, kdy se farmakologie nejdříve snižuje, až dojde k jejímu úplnému vyřazení.

Jelikož u pacientů v terminálním stadiu dochází ke značnému zhoršení symptomů, jako jsou hlavně dušnost, otoky, úzkostné a depresivní stavy, je hlavním cílem této péče poskytnutí co největší úlevy od těchto nepříjemných projevů a také zajištění psychologické pomoci a podpory. (Táborský, 2021, s. 45)

### 8.2 Kvalita života

U nemocných s chronickým srdečním selháním dochází ve všech aspektech kvality života k významnému narušení. V porovnání s jinými onemocněními srdeční selhání zhoršuje kvalitu života ještě ve větší míře. Kvalita života u těchto nemocných je snížena hlavně z důvodu zatěžujících příznaků, kterými se onemocnění projevuje – jako jsou především



dušnost, únava nebo úzkost. Dalším důvodem, který silně ovlivňuje život nemocných, je nutnost časté hospitalizace a rehospitalizace.

Hlavním cílem léčby u nemocných se srdečním selháním je snaha o úplné odstranění nebo alespoň snížení projevů onemocnění, a tak do jisté míry zvýšit kvalitu života a toleranci zátěže a vést k redukci mortality.

Velmi důležitou součástí nefarmakologické léčby a péče o nemocné je rehabilitace, která je doporučována u všech pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. Tato kardiovaskulární rehabilitace vede nejen ke zlepšení fyzické aktivity, ale také k udržení psychického a emočního stavu.

Psychologická péče o nemocné je v rámci péče velmi důležitá, neboť podstatnou příčinou působící na snížení kvality života je psychologická zátěž. Ta se vyskytuje především u nemocných nacházejících se v pokročilejších fázích onemocnění, kdy u pacientů převládají pocity beznaděje, ztráty sebevědomí a sebedůvěry. Abychom v péči o nemocné se dostali k menšímu výskytu depresivních stavů, a tím je vést ke zlepšení kvality života, je nutné se zabývat duchovními potřebami. (Bobčíková, 2020, 591-593)

### **8.3 Disease management program**

Hlavním záměrem, který program péče o nemocné přináší, je co u největšího počtu nemocných s chronickým srdečním selháním včasné zjištění a diagnostika a poté nastavení správné léčby a výběr vhodné farmakologie. Další součástí, kterou specializované programy obsahují, je nalezení adekvátní indikace k nefarmakologické léčbě, poskytnutí edukace pacientům i jejich rodinným příslušníkům a psychologickou podporu, které má v průběhu onemocnění důležitou roli.

Z důvodu závažnosti onemocnění a toho, že stále dochází k nárůstu nemocných s chronickým srdečním selháním, dochází ke stále větší poptávce po komplexní péči v průběhu celého onemocnění. Tato komplexní péče prokázala, že u nemocných vedla péče nejen k tomu, že došlo ke snížení počtu hospitalizací, ale také ke zlepšení kvality života a k celkovému snížení mortality. (Táborský, 2021, s. 44)

#### **8.3.1 Role specializovaných sester pro srdeční selhání**

Role sester se v péči o nemocné s chronickým srdečním selháním stává velmi podstatnou součástí v průběhu léčby. Sestry pacienta provázejí celým průběhem terapie, poskytují pacientovi vhodnou edukaci, komunikují s ním i s jeho rodinou a případně se podílejí na zařízení rehabilitace.

Schopností specializovaných sester je provádět s nemocnými zátěžové testy a

schopnost u nemocných zpozorovat případné zhoršování kvality života pacientů a také včasné všimnutí a zareagování na možnou dekompenzaci příznaků. (Táborský, 2021, s. 44)

## 9 POTŘEBY NEMOCNÝCH

### 9.1 Lidské potřeby

*„Potřeba je projevem nějakého nedostatku nebo přebytku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Lidské potřeby považujeme za neměnné, vyvíjejí se a kultivují“.* (Trachtová, 2018, s. 10)

Prostřednictvím ošetrovatelského procesu jsme schopni lidské potřeby uspokojovat. Pro život a vývoj jedince jsou potřeby něčím, co lidská bytost nutně potřebuje. Způsob, jakým své potřeby lidé uspokojují, je rozdílný a v průběhu života dochází ke změnám z hlediska kvality a kvantity. Důležité je, že všichni lidé mají potřeby společné. Způsob, jakým je lidé uspokojují, je však rozdílný.

Existují dva způsoby, jak lze potřeby uspokojit. A to způsobem žádoucím a nežádoucím. Způsoby, které neškodí ani nám ani jiným, nazýváme způsobem žádoucím, na druhé straně potřeby, které mohou poškodit samotného pacienta nebo škodit ostatním, za způsoby nežádoucí.

Podle amerického psychologa Abrahama H. Maslowa má každý jedinec individuální systém potřeb, ten je hierarchicky uspořádán. Některé jsou považovány za motivy silnější, některé až za ty nejsilnější. Lidské potřeby jsou v hierarchii uspořádány podle jejich naléhavosti. Velmi často dochází u pacientů ke změně v době nemoci, kdy často posunují potřeby nacházející se na konci Maslowovy pyramidy na místa vyšší.

Lidské potřeby rozděluje dle Maslowovy klasifikace do potřeb nižších, zde se jedná o potřeby bezpečí a fyziologické potřeby a potřeby vyšší, do kterých řadíme potřebu sebe-realizace, uznání a sounáležitosti. Můžeme považovat, že až poté, co dojde k uspokojení potřeb nižších, může dojít k uspokojování potřeb vyšších. (Trachtová, 2018, s. 13)

#### 9.1.1 Potřeby fyziologické

Potřeby, při kterých člověk dělá vše pro to, aby přežil, se označují za potřeby fyziologické. Tyto potřeby jsou takzvaně potřeby organismu, sloužící k přežití. Mezi tyto potřeby řadíme nutnost pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku a potřeby sexuální.

#### 9.1.2 Potřeby jistoty a bezpečí

Nad potřebami fyziologickými se v Maslowově pyramidě nachází potřeby jistoty a bezpečí, při kterých se lidský jedinec snaží vyvarovat ohrožení a nebezpečí. Pokud v životě

pacienta chybí pořádek, staví potřeby jistoty a bezpečí na první místo. Jedinec zde vyjadřuje potřeby touhy po důvěře, spolehlivosti a osvobození od strachu a úzkosti. (Trachtová, 2018, s. 14)

### **9.1.3 Potřeby lásky a sounáležitosti**

Mezi potřeby vyšší řadíme potřebu lásky a sounáležitosti, kdy nemocný touží po tom být milován a milovat. Nemocní touží po náklonnosti, sounáležitosti a být sociálně zapojeni. Tyto potřeby se často vyskytují u nemocných v osamocení a opuštění. (Trachtová, 2018, s. 14)

### **9.1.4 Potřeby uznání a sebeúcty**

Další v hierarchii, do vyšších potřeb patřících, jsou potřeby uznání, ocenění a sebeúcty, zde se jedná o dvě spojené potřeby. Tyto potřeby nemocní vyjadřují jako potřebu sebeúcty, sebekoncepce, potřeby uznání souhlasu a autonomie. (Trachtová, 2014, s. 14)

### **9.1.5 Potřeby seberealizace a sebeaktualizace**

Na samém vrchu pyramidy se nacházejí potřeby seberealizace, sebeaktualizace, které se objevují u pacientů jako tendence provádět své schopnosti a záměry, jde o snahu být tím, čím podle sebe má být. (Trachtová, 2018, s. 14)

## 10 POSKYTOVÁNÍ PÉČE V AMBULANCÍCH A VYUŽITÍ TELEMEDICÍNY

### 10.1 Ambulantní péče

Vhodným místem pro vykonávání a poskytování specializované ošetrovatelské i lékařské péče o nemocné se stávají ambulance. U onemocnění srdečního selhání lze předpokládat, že jeho prevalence bude stále stoupat a náklady na léčbu jsou již teď velmi vysoké, převážně v nutnosti časté hospitalizace. Z tohoto důvodu dochází ke zvýšené poptávce po ambulancích, které se na léčbu tohoto onemocnění specializují. Cílem péče poskytované v ambulancích je zlepšení kvality života, zdravotního stavu a prognózy.

Péče o nemocné se srdečním selháním musí vykazovat komplexní přístup a měla by představovat charakter spolupráce mezi lékařem, specialisty a zdravotní sestrou, kteří se specializují na diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. (Málek, 2020, s. 310)

#### 10.1.1 Vyšetření pacienta v ambulanci SS

V ambulanci srdečního selhání, při vyšetření nového pacienta je hlavním úkolem potvrzení diagnózy. Je nutné zhodnotit, která vyšetření byla doposud u nemocného provedena, a která by byla k posouzení etiologie vhodná ještě doplnit. Po stanovení diagnostiky a etiologie se přistupuje k vhodnému a správnému nastavení farmakoterapie.

Sestry specialistky, které mají s nemocnými se srdečním selháním zkušenost, mají v jejich péči nezastupitelnou roli. Tyto sestry provádějí u nemocných vhodnou a důležitou edukaci o udržování dietních opatření, o nutnosti pravidelných kontrol a monitoraci příznaků a vitálních funkcí. Sestry také mají znalost v oblasti farmakoterapie a jsou školeny v oblasti telemedicíny. (Málek, 2021, s. 621)

#### 10.1.2 Telemedicína

Telemedicínu nelze přesně definovat, ale můžeme ji popsat jako poskytování zdravotnických služeb na dálku. Tyto služby mohou umožnit lepší přístup ke kvalitní péči v případě její nedostupnosti.

Telemedicínu můžeme dělit ze dvou pohledů. První na telemedicínu, která poskytuje informace zdravým i nemocným osobám. Druhou s využitím IKT (informační a komunikační technologie), která prostřednictvím internetu umožňuje přenos informací a zpráv nebo také obrazové dokumentace, jako podklad pro konzultaci mezi lékaři.

Telemedicínu lze aplikovat v oblasti kardiologie, tedy jako telekardiologie. Zde lze využít technologie, které dokážou monitorovat implantované srdeční přístroje, přenos domácího či ambulantního EKG. Lze takto sledovat i hodnoty krevního tlaku, které si je pacient schopný naměřovat v domácím prostředí. (Slezáková, 2022, s. 38)

### **10.1.3 Benefity telemedicíny**

Při poskytování péče, v rámci telemedicíny mohou osoby a poskytovatelé zdravotní péče získat různé benefity. Mezi ty lze zařadit zlepšení přístupu ke zdravotní péči, a to u nemocných, u kterých není nutné laboratorní ani fyzikální vyšetření. Často tuto službu využívají pacienti, pro které je doprava do zdravotnického zařízení náročná, často u imobilních nemocných. Tento druh péče poskytuje komfort, jelikož jim je umožněna z prostředí jejich domova.

Pozitivem pro mnohé nemocné jsou nižší finanční náklady, které se projevují hlavně ve snížení nákladů na dopravu, jelikož nemocní tráví v nemocnicích méně času. (Slezáková, 2022, s. 43)

### **10.1.4 Bariéry telemedicíny**

Telemedicína ovšem nemůže být poskytována u všech osob, ani nemůže být prováděna u všech poskytovatelů zdravotní péče. Proto jsou známá i jistá omezení - bariéry. Mezi ty můžeme zařadit neschopnost reálně vyšetřit pacienta, neboť jsou zdravotníci odkázáni na informace od nemocných. V případě, že by pacient vynechal při sdělování důležité informace, mohlo by dojít k nepřesnému určení a k ohrožení diagnostiky a léčby.

Jak ze strany nemocných, tak i ze strany poskytovatelů péče může docházet k určitým bariérám, kdy může docházet ke strachu z určení nesprávné diagnózy, a to z technologických omezení. Další bariérou může být problém s absencí fyzického kontaktu s pacientem před stanovením diagnostického závěru. Ze strany pacienta může být problém s ochranou lékařských údajů, kdy může dojít ke ztrátě osobních údajů, hlavně v případě, kdy je možný přístup k veřejné síti.

Důležitým a vážným problémem je zpoždění zdravotní péče v případě, že nemocný potřebuje rychlou zdravotní pomoc a lékař nedokáže poskytnout péči zachraňující život nebo není schopen provést laboratorní testy. (Slezáková, 2022, s. 44)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 11 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Srdeční selhání je onemocnění, při kterém srdce není schopno i přes jeho dostatečný žilní návrat udržet minutový srdeční objem, aby docházelo k dostatečnému okysličování tkání. (Sovová, 2014, s. 202)

Srdeční selhání je velmi často se vyskytující onemocnění s nepříznivou prognózou, jehož incidence stále stoupá. V Evropě se srdeční selhání ročně vyskytuje u 5 z 1 000 dospělých osob. Celkový počet nemocných je tedy odhadován na 1-2 % celé populace. (Skalická, 2022, s. 254)

Mezi nejčastější příznaky, kterými se chronické srdeční selhání projevuje, patří námahová dušnost. Ta v průběhu onemocnění přechází až do dušnosti vyskytující se i v klidovém režimu, toto vede ke snížení a omezení fyzické aktivity. Mezi další problémy, které pacienty omezují, patří výskyt otoků dolních končetin, především v oblasti kotníků. (Sovová, 2014, s. 220)

Mezi základní náplň kardiologických ambulancí patří diagnostika a následná vhodná terapie chronického srdečního selhání, spočívající ve farmakologické i nefarmakologické léčbě. (Skalická, 2022, s. 230)

Ambulantní péče je zásadní forma péče o nemocné se srdečním selháním. Péče, jejíž nedílnou součástí je i edukace, vede k uspokojování zásadních potřeb nemocného, které mohou být a často i jsou onemocněním ovlivněny.

Jmenované projevy onemocnění ovlivňují fyzickou, ale i psychickou stránku nemocných. Z tohoto důvodu jsou obě tyto oblasti sledovány v praktické části kvalifikační práce.

Na základě zmíněných skutečností jsme stanovili výzkumný problém: *Jak jsou uspokojovány vybrané potřeby pacientů se srdečním selháním v ambulantní péči?*

## 12 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

### 12.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo od vybraných respondentů zjistit a následně interpretovat zkušenost s chronickým srdečním selháním a způsob, jakým dochází k uspokojování vybraných potřeb v rámci léčby poskytované v ambulanci.

#### 12.1.1 Hlavní výzkumná otázka

Jak jsou uspokojovány vybrané potřeby pacientů se srdečním selháním v ambulantní péči?

### 12.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

#### 12.2.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, jakou zkušenost mají nemocní s uspokojováním vybraných potřeb.
2. Zjistit, jaký postoj nemocní mají k režimovým opatřením.
3. Zjistit, jaká je zkušenost nemocných při uspokojování potřeby bezpečí a jistoty během léčby.

#### 12.2.2 Dílčí výzkumné otázky

1. Jakou zkušenost mají nemocní s uspokojováním vybraných potřeb?
2. Jaký postoj mají nemocní k režimovým opatřením?
3. Jaká je zkušenost pacientů při uspokojování potřeby bezpečí a jistoty během léčby?

### 12.3 Operacionalizace pojmů

#### Postoj:

Postoj charakterizujeme jako hodnotící vztah k různým objektům, které upřednostňujeme. Většina postojů je vrozených, přesto část z nich získáváme až v průběhu života. (Výrost, 2019, s. 546)

#### Zkušenost:

„Zkušenost vzniká spontánním vnímáním a prožíváním osvojeného empirického poznání“. (Vališová, 2021, s. 36)



Zkušenost lze definovat jako hlavní zdroj poznatků, které lidé získávají během praktické činnosti. Rozlišujeme několik druhů zkušeností, jmenovat lze zkušenost individuální, ty jsou získané individuální praktickou činností a zkušenost skupinovou, kdy jsou prožitky získané ve společné aktivitě. (Vališová, 2021, s. 36)

### **Režim:**

Režim můžeme popsat jako doporučení nebo také jako způsob života. Při jeho dodržování může dojít k úspěchu léčby některých onemocnění. (nzip, 2024)

### **Režimová opatření:**

Režimová opatření jsou souborem doporučení, která obsahují doporučení o správném stravování, o pravidelné pohybové aktivitě, vynechání příjmu alkoholu a zanechání kouření. (nzip, 2024)

## 13 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

### 13.1 Metodologie výzkumu

*„Výzkum je obecně definován jako systematický proces bádání a zjišťování, který používá vědeckých metod, aby odpověděl na otázky nebo řešil problémy“.* (Mazalová, 2016, s. 7)

Základním cílem výzkumu je zjišťování nových poznatků, zlepšování a ověřování si poznatků, které již z minulosti existují. Při poskytování ošetrovatelské péče by měly vést k rozhodování a mít důležitou roli právě údaje zjištěné během ošetrovatelského výzkumu. (Mazalová, 2016, s. 7)

#### 13.1.1 Kvalitativní výzkum

Metodou, která byla zvolena pro praktickou část této práce, se stala metoda kvalitativního výzkumu. Tato metoda byla vhodná hlavně z důvodu, že poskytuje poměrně podrobné prozkoumání dané problematiky a následně její lepší pochopení a analýzu. Její výhodou bylo i to, že docházelo k přímému kontaktu s pacienty, kteří tak mohli podrobně probrat své zkušenosti týkající se chronického srdečního selhání a s tím spojené uspokojování vybraných potřeb.

Kvalitativní výzkum někteří chápou jako doplněk k tradičním kvantitativním výzkumům. Postupně se ale kvalitativní výzkum stal stejně rovnocenný jako ostatní formy. Typické provádění kvalitativního výzkumu spočívá v tom, že výzkumník na začátku vybírá téma a vymezí si výzkumné otázky, které budou předmětem dotazování. Výzkumník při metodě kvalitativního výzkumu spolupracuje přímo s lidmi a pracuje v terénu. Shromáždí informace, které získává od dotazovaných respondentů, kteří jsou vybíráni na základě zaměření zkoumání. Informace nadále analyzuje, aby vedly k osvětlení výzkumných otázek. Jde o metodu časově náročnou, ale její předností je získávání podrobného popisu a probrat problém hloubkově, v tomto případě získávání podrobných údajů od jednotlivců. (Hendl, 2008, s. 47)

#### 13.1.2 Fenomenologické zkoumání

Přístup vychází z filozofické fenomenologie. Popsání, analýza zkušenosti a snaha porozumět významům, které má určitý jedinec nebo skupina jedinců, je hlavním cílem fenomenologického zkoumání. Tato studie většinou nemusí začínat výzkumnou otázkou,

k její tvorbě může dojít až v průběhu sběru dat a následné analýzy. Kromě hlavní otázky se kolem ní tvoří i podotázky.

Sběr informací je většinou zprostředkován kvalitativním rozhovorem, kdy účastník výzkumu odpovídá a vypráví o svých zkušenostech a jaká pro něj mají význam. Dle jednoho z doporučení je vhodné provádět rozhovor alespoň s 10-15 jedinci, dle jiného se nedoporučuje určovat počet jedinců, ale zastavit výzkumné šetření v případě, že už nová data nepřibývají.

Je důležité dbát na to, aby během rozhovoru účastníci pociťovali pocit bezpečí a pohody. Rozhovory probíhají pomocí otevřených otázek, které respondentům umožňují popsat svůj problém co nejvíce detailně. (Hendl, 2008, s. 126)

## **13.2 Charakteristika sledovaného souboru**

Praktická část kvalifikační práce byla provedena s celkem pěti respondenty, kteří jsou léčeni v ambulanci Kardiologie v sadech, nacházející se v Plzni. Všichni tito respondenti splňovali, že jejich léčba probíhá v rámci ambulantní sféry a mají diagnózu chronického srdečního selhání I50.0.

Před samotným výzkumným šetřením došlo k výběru vhodného pacienta podle jeho aktuálních diagnóz a informací z předem odebrané anamnézy. Tyto informace byly zjišťovány pomocí softwaru Medicalc, v elektronické formě uchování a sdílení zdravotních údajů o nemocném. Poté došlo k realizaci vlastního rozhovoru přímo s pacientem.

Během rozhovorů se postupně začaly vyskytovat opakující se odpovědi, které nevedly k dalšímu objasnění a prohloubení znalosti problematiky. Pročež se výzkumného šetření zúčastnilo pět respondentů a další šetření bylo z důvodu nasycení dat ukončeno.

### **13.2.1 Etika ve výzkumu**

Před zahájením každého výzkumného šetření byli podrobně pacienti obeznámeni s průběhem výzkumu, čeho se jednotlivé otázky týkají, a s přibližnou délkou trvání – zde byli respondenti upozorněni, že čas je pouze orientační a je u každého ze zkoumaných individuální. Dále byli seznámeni, za jakým cílem a účelem je výzkum prováděn.

Respondentům byly předány informace o anonymitě, a že nikde nebudou figurovat jejich osobní údaje. Dále o tom, že prováděný rozhovor bude v průběhu pomocí nahrávacího zařízení zaznamenáván, z důvodu jeho následného přepisu, analýzy a interpretace. Paci-

enti byli seznámeni, že kdykoliv můžou z výzkumného šetření odstoupit, mohou odmítnout odpovídat na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv záznam pozastavit.

Souhlas stvrdili svými podpisy předem připraveného Informovaného souhlasu, kde byly všechny informace shrnuty.

### **13.3 Organizace výzkumu**

Jak již bylo zmiňováno, výběr vhodných respondentů byl již předem orientačně předpřipraven podle udaných anamnestických údajů. Zde bylo vybráno cca 8 vhodných respondentů. Důvody, které vedly do výzkumného šetření zařadit pouze pět respondentů, byly: neochota se výzkumu zúčastnit, časové důvody, nedostavení se na pravidelnou kontrolu a posléze a také často se opakující odpovědi, proto došlo k ukončení výzkumného šetření a přestoupilo se k analýze výsledků.

Výzkum v ambulanci kardiologie v Sadech probíhal v termínu od 9. do 21. října a poté od 27. 11. do 8. 12. 2023. O samotné realizaci výzkumu byli někteří z respondentů informováni již při jejich předchozí návštěvě v ambulanci, kde byli požádáni, zda by byli ochotni se výzkumného šetření zúčastnit v době jeho konání. Ostatní pacienti byli osloveni během pravidelné lékařské kontroly.

Při udělení souhlasu ze strany pacienta s účastí v šetření došlo k realizaci rozhovoru. Rozhovor byl veden pomocí polostrukturovaného dotazníku, který byl připraven na základě hlavního výzkumného záměru této práce, tedy zjištění zkušeností nemocných s onemocněním chronické srdeční selhání a uspokojováním vybraných potřeb. K tvorbě otázek vedla předchozí příprava, pozorování nemocných, s touto diagnózou během kontrolních návštěv v ambulanci, zaznamenávání důležitých poznatků a často se opakujících skutečností. Samotný rozhovor byl členěn do dvou částí: první týkající se samotného onemocnění CHSS a druhá zabývající se potřebami nemocných.

Výzkum byl realizován v klidném prostředí ambulance nebo v prostoru denní místnosti bez přítomnosti jiných osob. Lze předpokládat, že ze strany pacientů bylo toto pozitivem, který vedl k tomu, že se pacienti cítili bezpečně a příjemně, a byli tak schopni své problémy, osobní prožitky a zkušenosti rozebrat do podrobností a bez obav. Rozhovor byl zaznamenáván pomocí záznamového zařízení v mobilním telefonu. Každý rozhovor trval 20 až 40 minut, s ohledem na pacientovy odpovědi.

Před zahájením každého rozhovoru byly pacientovi podány důležité informace týkající se samotné kvalifikační práce, o cílech a účelech výzkumu, a k čemu budou následně poskytnutá data sloužit. Byl seznámen s tím, že účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a anonymní. Dále s právem kdykoliv od výzkumu odstoupit. Zároveň nemusí odpovídat na všechny zadané otázky. V případě nesrozumitelnosti dané otázky bude otázka zopakována nebo podrobně vysvětlena.

Během rozhovoru bylo dbáno na to, aby co nejvíce hovořil pacient. Danou problematiku co nejvíce popsal ze svého pohledu s ohledem na svoje zkušenosti. Byl zajištěn co nejmenší zásah do odpovědí, např. podsouváním možných odpovědí nebo omezení odpovědi na položenou otázku pouze na možné vyřčené možnosti. Všechny otázky byly položeny způsobem, na který lze odpovědět více slovy. Před ukončením rozhovoru byly poskytnuté informace zrekapitulovány. Byla provedena kontrola, zda nedošlo k opomenutí pro výzkum důležitých poznatků. Pacientovi byl dán prostor, ve kterém mohl sdělit informace, které považuje v souvislosti s onemocněním za důležité, a které nebyly součástí rozhovoru.

Po ukončení výzkumného šetření došlo k doslovnému přepisu získaného materiálu ze záznamového zařízení do textové podoby. Ta nadále sloužila k analýze prováděné metodou otevřeného kódování.

## **13.4 Zpracování dat**

Hlavním cílem analýzy získaného materiálu bylo co nejlépe popsat a objasnit, jak jednotliví respondenti vnímají své onemocnění CHSS a objasnit, jak zvládají uspokojovat potřeby. A s ohledem na fyzickou i psychickou náročnost onemocnění zjistit, jaký vliv na uspokojování těchto potřeb má péče poskytovaná v ambulanci a jaký vliv má jejich rodina.

### **13.4.1 Přepis a následné čtení**

Proces, během kterého získaný mluvený projev převádíme do písemné podoby, nazýváme transkripce. Jedná se o velmi časově náročný postup, ale pro kvalitní vyhodnocení výsledků je tento proces podmínkou. V přepsané podobě rozhovorů poté může důležité údaje zvýrazňovat a určitá místa opatřovat komentáři a jednotlivá místa srovnávat. (Hendl, 2017, s. 208)

Všechny získané údaje byly ze záznamového zařízení doslovně bez jakéhokoliv vynechání nebo úpravy výpovědi přepsány. Následně byly texty opakovaně pročítány a

jednotlivé oblasti, které dále sloužily ke zpracování, byly barevně označeny od zbývajících textu, z důvodu, aby se práce zabývala stanovenými cíli.

### **13.4.2 Kódování**

Kódování je rozkrytí dat směřující k jejich interpretaci. Tento postup také vede k doporučení k tomu, která data a případy je možné ještě do analýzy zahrnout. (Hendl, 2008, s. 246)

#### **13.4.2.1 Otevřené kódování**

Při otevřeném kódování výzkumník čte poznámky a přepisy rozhovorů a při tom si všímá důležitých míst. Otevřené kódování lze použít různým způsobem. Můžeme kódovat slovo od slova, podle odstavců nebo celých textů. (Hendl, 2008, s. 246)

Otevřené kódování představuje analýzu, která během studia získané údaje označuje a pojmy přidává do kategorií. Při kódování si můžeme výpovědi respondentů rozdělit a poté jim lze přiřazovat určité názvy. Důležitým kritériem pro otevřené kódování je dodržování stanoveného cíle. Podstatou kódování je získání co nejvíce informací a s co nejmenším počtem kódů. (Mišovič, 2019, s. 163-164)

## 14 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Při zpracování dat od jednotlivých respondentů jsem v doslovném přepisu získaného materiálu metodou otevřeného kódování hledala opětovným čtením a zvýrazňováním pro výzkum důležitá data. Získaná data jsem na podkladě dílčích výzkumných otázek rozdělila do tří hlavních kategorií: *Uspokojování vybraných potřeb, Režimová opatření a vliv na léčbu a Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí*. Aby byly kategorie podrobněji popsány, dále jsem je rozčlenila do subkategorií, ty jednotlivou problematiku popisují a v tabulkách ji lépe přibližují doslovnými výpověďmi pacientů.

V rámci praktické části práce jsou uvedeny doslovené přepisy rozhovoru, bez jakýchkoliv úprav.

Před začátkem samotných výpovědí pacientů bych chtěla seznámit s jednotlivými respondenty získanou základní anamnézou a s klinickými údaji.

### 14.1 Anamnestické údaje respondentů

#### **P1:**

**Muž \*1957 nekuřák, alkohol příležitostně**

**OA:** městnavé srdeční selhání se sníženou EF, NYHA II, st. post náhradě aortální chlopně, arteriální hypertenze zjištěna roku 2012, st. post implantaci ICD Medtronic v roce 2017, dyslipidémie, spánková apnoe – středně těžká

**FA:** Jardiance, Cordarone, Furon, Entresto, Verospiron, Milurit, Xarelto, Rosucard

#### **P2:**

**Žena \*1948 nekuřák**

**OA:** CHSS se sníženou EF 30-35 % od roku 2019, NYHA II. - III., st. post primoimplantaci MR jednodutinového ICD Biotronic Intico v roce 2020 jako prevence náhlé srdeční smrti, funkční mitrální regurgitace, arteriální hypertenze, dyslipidémie, hyperurikémie

**FA:** Jardiance, Verospiron, Rosucard, Concor, Furon, Xarelto, Entresto, Cordarone, Milurit

**P3:****Muž \*1960, nekuřák, alkohol příležitostně****OA:** CHSS se sníženou EF 35 % od roku 2010, permanentní fibrilace síní, středně významná regurgitace, hyperlipidemie, hyperurikémie**FA:** Verospiron, Entresto, Betaloc, Forxiga, Lixiana, Atoris, Milurit, Lipanthyl**P4:****Žena \*1950. nekuřák****OA:** městnavé SS se sníženou EF, NYHA III., dilatační kardiomyopatie, snížené NT-proBNP, blokáda levého Tawarova raménka, st. post implantaci ICD Medtronic v roce 2020, st. post thyreidektomii**FA:** Entresto, Jardiance, Concor, Verospiron, Euthyrox**P5:****Žena \*1947, nekuřák****OA:** CHSS se zachovalou EF, NYHA II. - III., st. post náhradě aortální chlopně a ascendentní aorty konduitem s mechanickou protézou po direkci, st. post suspektní infekční endokarditidě, arteriální hypertenze, dyslipidémie, st. post COVID pneumonii**FA:** Nolpaza, Jardiance, Predukctal, Furon, Carzap, Rosucard, Biswprol, Earfarin, Purinol, Detralex**14.2 Kategorie: Zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb**

První kategorie praktické části souvisí s dílčí výzkumnou otázkou a byla nazvána: *Zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb*. Při hodnocení, analýze a zpracování výsledků jsem v této souvislosti nacházela věci, které se často opakovaly a vyskytovaly u dotazovaných pacientů. Proto jsem základní kategorii rozdělila do dvou subkategorií: *Zkušenost s uspokojováním potřeby kyslíku a Zkušenost s uspokojováním potřeby pohyb, činnost, aktivity*.

**14.2.1 Subkategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby kyslíku**

Tato subkategorie byla vytvořena, jelikož většina dotazovaných pacientů zodpověděla, že nejčastějším projevem jejich onemocnění, který se u nich vyskytuje, je dušnost. Nejčastěji se jedná o dušnost vyvolanou fyzickou aktivitou, která omezuje pacienty v jejich běžných denních aktivitách.



Od nemocných jsem zjišťovala, jaký druh dušnosti se u nich vyskytuje – např. jestli se jedná o dušnost klidovou, tedy takovou, která se vyskytuje bez jakékoliv předchozí aktivity. Tento typ dušnosti se projevil pouze u jednoho dotazovaného pacienta. Nebo zda jde o dušnost vyvolanou fyzickou aktivitou, ta se vyskytovala u ostatních čtyř nemocných.

V souvislosti s mým zkoumáním v této problematice jsem se od dotazovaných pacientů, trpících dušností, která je způsobena fyzickou aktivitou, snažila zjistit, kolik pater jsou schopni vyjít do doby, než jsou nuceni zastavit. Obvyklou odpovědí byla dvě patra, která pro nemocné nepředstavují větší obtíže. Nejčastějším způsobem, jak tento problém uspokojují, je ten, že se na nějakou chvíli zastaví a počkají, až pocit zmizí. V případě pacienta, u kterého se vyskytuje dušnost, vyvolána v klidu, uvedl, že potíže se u něho nikdy v závislosti na aktivitě neobjevovaly a k zadýchávání u něj docházelo naopak tehdy, pokud byl v úplném klidu.

Do této problematiky je důležité zařadit v souvislosti s dušností změnu v oblasti pohybu. Všichni z dotazovaných pacientů uvedli, že byli nuceni svou fyzickou aktivitu omezit, což považují za poměrně velký zásah do života, protože před diagnostikováním onemocnění byli zvyklí na pravidelnou fyzickou aktivitu. Tento problém je řešen v následující subkategorii.

Tabulka 1 Zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb – Zkušenost s uspokojováním potřeby kyslíku

| <b>Kategorie: Zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb</b>   |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Subkategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby kyslíku</b> |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>P1</b>                                                      | „Zatím jsem vůbec nic nezaregistroval, žádný otoky, žádný problémy s dechem ani bušení srdce v noci nebo tak, musím říct“.                                                                                                                        |
| <b>P2</b>                                                      | „Že se zadýchávám, jo prostě do schodů“.                                                                                                                                                                                                          |
| <b>P3</b>                                                      | „No tak bylo to jakoby, no neříkám úplně zadýchávání, někdy jsem si jako musel přidechnout, jako pobrat dech no a pak jsem zase fungoval dál“.                                                                                                    |
| <b>P4</b>                                                      | Zde pacientka uvedla, že projevy onemocnění jsou u ní stejné, jako tomu bylo na počátku onemocnění, tedy dušnost. V průběhu léčby došlo ke zlepšení obtíží.<br>„No tak je to podobný, ale daleko lepší, dá se s tím daleko lépe žít než předtím“. |
| <b>P5</b>                                                      | „Teď se cítím dobře, tak nějak v mezích normy, říkám omezuje Vás to, protože někdy nemůžete dýchat, když chodíte rychlejc“.                                                                                                                       |

Zdroj: Vlastní zpracování

#### 14.2.2 Subkategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby pohyb, činnost, aktivita

Další oblastí, která navazuje na předešlou subkategorii, zabývající se potřebou kyslíku, je oblast pojednávající o tom, jak v průběhu onemocnění došlo k omezení fyzické aktivity. Tato subkategorie byla nazvaná: *Potřeba pohyb, činnost, aktivita*.

Zde jsem se zabývala tím, jak nemocní v průběhu své léčby změnili míru fyzické aktivity, jak se nemocní po fyzické aktivitě cítí a jak jsou tento problém schopni uspokojit. Jak už bylo v předchozí subkategorii řečeno, omezení fyzické aktivity byl pro většinu nemocných velký zásah do jejich života. Tento problém se vyskytuje kromě jednoho z respondentů u všech z dotazovaných.

V odpovědích získaných od nemocných jsem se dozvěděla, že nejčastějším způsobem, jakým tuto potřebu uspokojují, je snaha svou fyzickou aktivitu co nejvíce přizpůsobit svým možnostem a snaží se jí věnovat každý den.

Nejen dušnost, ale i otoky dolních končetin, které se u některých nemocných vyskytují a mají vliv na omezení pohybu. Tento problém pacienti nejčastěji řeší nastavenou farmakologickou léčbou. Někteří z pacientů považují za funkční metodu přiměřenou fyzickou aktivitu a dodržování nastaveného příjmu tekutin. Opět se zde u jednoho z nemocných vyskytuje odlišná odpověď, jelikož se u něj vyskytuje dušnost v klidovém režimu.

Doslovné odpovědi v tabulce jsou přizpůsobeny podle toho, jak pacienti reagovali na danou otázku a jakým způsobem ji pochopili a snažili se odpovědět.

*Tabulka 2 Zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb – Zkušenost s uspokojováním potřeby pohyb, činnost, aktivita*

| <b>Kategorie: Zkušenost s uspokojováním vybraných potřeb</b>                    |                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Subkategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby pohyb, činnost, aktivita</b> |                                                                                                                                                                                                     |
| <b>P1</b>                                                                       | <i>„Já jsem zvyklý hodně sportovat, chodil jsem brzo plavat, otužovala jsem se, hrál jsem fotbal, prostě jsem byl, jak se řekne aktivní a to jsem musel samozřejmě trochu omezit, přizpůsobit“.</i> |
| <b>P2</b>                                                                       | <i>„No tak trochu se to změnilo, musela jsem ubrat“.</i>                                                                                                                                            |
| <b>P3</b>                                                                       | <i>„Takže čím víc sem běžel, jel na kole, nedávno ještě hrál hokej, tak to jsem prostě ten problém neměl, jo jako. Když jsem jel na plno, tak jsem ten problém neměl“.</i>                          |
| <b>P4</b>                                                                       | <i>„Dřív jsem chodila víc“.<br/>„Chodím třeba tak 2x týdně se snažím, abych ušla aspoň pár těch kilometrů“.</i>                                                                                     |
| <b>P5</b>                                                                       | <i>„Takže se snažím to svoje tempo“.<br/>„Obden, nebo někdy, když je hezky, tak chodím každý den“.</i>                                                                                              |

*Zdroj: Vlastní zpracování*

### 14.3 Kategorie: Režimová opatření a vliv na léčbu

Druhá kategorie s názvem: *Režimová opatření a vliv na léčbu* se zabývá režimovými opatřeními, která jsou doporučována v rámci nefarmakologické léčby.

U této kategorie jsem zjišťovala, jaká režimová opatření byla nemocným v souvislosti s jejich onemocněním doporučována. Snažila jsem se od nemocných zjistit, zda a jaký postoj k dodržování doporučených režimových opatření mají. Jaká je jejich motivace k jejich dodržování. A zda mají pozitivní vliv na průběh léčby.

Subkategorie, které jsem na základě otázek podávaných nemocným vytvořila, jsou nazvány jako: *Postoj k dodržování RO, Motivace k dodržování RO, Vnímání efektu RO*.

#### 14.3.1 Subkategorie: Postoj k dodržování RO

Pacienti během svých pravidelných kontrol dostávají určitá doporučení, která by při jejich dodržování vedla ke zlepšení průběhu onemocnění, ke snížení projevů i ke zlepšení kvality života. Z tohoto důvodu jsem do svého výzkumného šetření tuto problematiku zařadila. Nejvíce jsem se zaměřila na opatření, která se týkají omezeného příjmu tekutin a sledování své tělesné hmotnosti.

Na tuto otázku nejvíce pacientů odpovědělo, že pokud režimová opatření dodržují, nejčastěji jde o omezený příjem tekutin, kdy jejich denní příjem tekutin nepřesahuje litr a půl.

Při zkoumání dalších z režimových opatření pouze jeden z respondentů uvedl, že si z důvodu monitorace výskytu otoků pravidelně sleduje tělesnou hmotnost. Ostatní nemocní sdělili, že si tělesnou hmotnost nijak nesledují ani to dle jejich sdělení nikdy nedělali. Přesto jeden ze zkoumaných pacientů sdělil, že si tělesnou hmotnost pravidelně nesleduje, ale přesto na doporučení snížil porce stravy na poloviční.

Podle získaných dat jsem zjistila, že dva dotazovaní respondenti nedodržují žádné z doporučených režimových opatření. Příkladem můžeme uvést neúměrný příjem alkoholu nebo některé z nevhodných stravovacích návyků. To se však dle jejich výpovědí snaží omezovat nebo alespoň udržovat v přijatelné rovnováze.

Tabulka 3 Režimová opatření a vliv na léčbu – Postoj k dodržování RO

| <b>Kategorie: Režimová opatření a vliv na léčbu</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Subkategorie: Postoj k dodržování RO</b>         |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>P1</b>                                           | <i>„Nebudu lhát, neee, nedodržuju, neměl bych pít alkohol“.</i>                                                                                                                                                                                                   |
| <b>P2</b>                                           | <b>Omezený příjem tekutin:</b> <i>„No mám maximálně litr a půl jenom, nejdříve bylo furt, že nejmíň dva litry no a potom mi to snížili na litr a půl, abych jako víc nepila“.</i><br><b>Omezený příjem stravy:</b> <i>„Jídlo jím jen dětský poloviční porce“.</i> |
| <b>P3</b>                                           | <i>„Ne, ani jsem nikdy neměl, ale takovej ten režim se snažím, snažím se to nějak dodržovat, jakoby lidsky všeobecně“.</i>                                                                                                                                        |
| <b>P4</b>                                           | <b>Omezený příjem tekutin:</b> <i>„No určitě nepiju tolik“.</i><br><b>Tělesná hmotnost:</b> <i>„Ano, to sleduji a mám na to už i tu váhu, takže se snažím“.</i>                                                                                                   |
| <b>P5</b>                                           | <i>„Dodržuju, musím dodržovat, taky i od paní doktory, řekla mi litr a půl, dva litry tý vody denně“.</i>                                                                                                                                                         |

Zdroj: Vlastní zpracování

#### 14.3.2 Subkategorie: Motivace k dodržování RO

V případě této podkategorie, při které jsem zkoumala, jakou a v čem mají jednotliví respondenti největší motivaci, aby doporučená režimová opatření dodržovali.

Téměř všichni respondenti uvedli, že hlavní motivací, kterou mají k dodržování, je to, že chtějí co nejvíce času trávit se svou rodinou, moci trávit čas se svými dětmi a vnoučaty. Dalším důvodem, který je vede k jejich dodržování, je věk dotazovaných, kteří nechtějí, aby jejich onemocnění vedlo k předčasnému omezení soběstačnosti nebo až k úmrtí. Jedna z dotazovaných pacientek uvedla, že hlavní motivací je snížení její tělesné hmotnosti.

Tabulka 4 Režimová opatření a vliv na léčbu - Motivace k dodržování RO

| <b>Kategorie: Režimová opatření a vliv na léčbu</b> |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Subkategorie: Motivace k dodržování RO</b>       |                                                                                                                                                                   |
| <b>P1</b>                                           | Největší motivací pro pacienta je, že budu moci trávit čas, se svou manželkou.<br><br><i>„No už se na to těšíme“.</i>                                             |
| <b>P2</b>                                           | <i>„Mám, prostě když si vezmete, že já mám o třicet kilo víc, je to hrozný“.</i>                                                                                  |
| <b>P3</b>                                           | <i>„Si říkám, umřít v 63 je ještě brzo, prostě si to užít, když už nechodím do práce“.</i>                                                                        |
| <b>P4</b>                                           | <i>„No, aby mi bylo dobře, abych si ještě neničila to zdraví, abych si ještě mohla užít, někdy ty chůze v přírodě“.</i>                                           |
| <b>P5</b>                                           | <i>„Motivace, jsou to děti, je to prostě rodina, no sama od sebe, říkám si, nemůžeš to vzdát, nebo nedělat nic, já jsme takej člověk, že prostě jdu do toho“.</i> |

Zdroj: Vlastní zpracování

### 14.3.3 Subkategorie: Vnímání efektu RO

V poslední subkategorii, kterou jsem sem zařadila, se zabývám názorem pacientů na to, jestli správné dodržování má vliv na průběh jejich léčby.

Podle výpovědí pacientů je zřejmé, že ano. Všichni pacienti si myslí, že dodržování režimových opatření nemá vliv pouze na jejich onemocnění, ale i celkově na zdravotní stav. I přesto, že příliš režimová opatření nedodržují, si uvědomují a považují za důležité a účinné opatření dodržovat.

Tabulka 5 Režimová opatření a vliv na léčbu – Vnímání efektu RO

| <b>Kategorie: Režimová opatření a vliv na léčbu</b> |                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Subkategorie: Vnímání efektu RO</b>              |                                                                                                                             |
| <b>P1</b>                                           | „No zásadní, si nemyslím, protože, jak říkám já to nepřeháním, ale určitě když mi doporučuje odborník, že bych neměl pít“.  |
| <b>P2</b>                                           | „To nevím, nevím, snad jo“.                                                                                                 |
| <b>P3</b>                                           | „No jako jestli vyloženě na to mají na to moje onemocnění, ale celkově jakoby na ten životní stav v tom věku má no“.        |
| <b>P4</b>                                           | „Určitě, to určitě, tam jsou za tím zkušenosti těch lidí, jako proč dělat něco, co už někdo vyzkoušel, a je to teda dobrý“. |
| <b>P5</b>                                           | „Určitě, myslím, si že, jo, že se udržujete v nějaký tý rovnováze, nebo v nějakým tom tempu“.                               |

Zdroj: Vlastní zpracování

#### **14.4 Kategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby jistoty a bezpečí**

V kategorii nazvané jako *Zkušenost s uspokojováním potřeby jistoty a bezpečí* jsem se zaměřila na to, jaký vliv na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí má pro nemocné s chronickým srdečním selháním kardiologická ambulance a jaký vliv pro ně představuje jejich rodina.

Hlavní kategorie je zde členěna do dvou subkategorií, které popisují obě tyto problematiky. Subkategorie jsou nazvány: *Vliv ambulance na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí* a *Vliv rodiny na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí*.

##### **14.4.1 Subkategorie: Vliv ambulance na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí**

Tato subkategorie se zabývá tím, jaký vliv má na uspokojování potřeby a bezpečí kardiologická ambulance, do které nemocní docházejí na pravidelné kontroly. Při rozhovorech jsem od nemocných zjistila, že žádný z nich nikdy nemusel být z důvodu chronického srdečního selhání hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení.

Všichni z dotazovaných pacientů uvedli, že jsou s péčí a komunikací velmi spokojeni. Jako velké pozitivum považují to, že se mohou do své léčby plně zapojit a mohou o

své nemoci se zdravotníky diskutovat, sdělit své pocity a starosti, které je během jejich onemocnění provázejí.

Další podstatnou výhodou, kterou nemocní na léčbě vnímají, je ochota ze strany zdravotnického personálu v případě nutnosti farmakologické léčby a s péčí, která jim je v případě nutnosti kdykoliv dostupná.

Jako součást této subkategorie jsem se rozhodla zařadit i to, zda nemocní mají ve své blízkosti někoho, kdy by se léčil se stejným nebo podobným typem kardiologického onemocnění. Všichni z pacientů odpověděli, že i pokud by někoho takového znali, nebylo by pro ně příjemné své osobní informace někomu sdělovat a nemělo by to ani pozitivní vliv, pocit bezpečí a jistoty.

Dle získaných údajů z výpovědí respondentů můžeme soudit, že pacienti během kontrolních návštěv v ambulanci nemají pocity strachu nebo nejistoty. Všichni uvedli, že se v rámci ambulance cítí bezpečně a jsou rádi, že mohou navštěvovat právě tuto.



Tabulka 6 Zkušenost s uspokojováním potřeby a bezpečí - Vliv ambulance na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí

|                                                                               |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby jistoty a bezpečí</b>         |                                                                                |
| <b>Subkategorie: Vliv ambulance na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí</b> |                                                                                |
| <b>P1</b>                                                                     | „Jsem tady spokojen úplně na výsost“.                                          |
| <b>P2</b>                                                                     | „Tady jsou přímo vynikající, příjemný, vynikající“.                            |
| <b>P3</b>                                                                     | „Určitě, určitě, tady je takovej navázaný kontakt, docela v duchu přátelství“. |
| <b>P4</b>                                                                     | „Velice, domluva tady není vůbec žádný problém“.                               |
| <b>P5</b>                                                                     | „Jsem spokojená, opravdu“.                                                     |

Zdroj: Vlastní zpracování

#### 14.4.2 Subkategorie: Vliv rodiny na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí

V subkategorii nazvané jako *Vliv rodiny na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí* se zaměřuji na to, jaký vliv na uspokojování nemocných má rodina nemocného.

Zabývala jsem se tím, jak by nemocní vnímali to, že by je do zdravotnického zařízení, respektive do kardiologické ambulance někdo z rodiny doprovázel. Celkem čtyři nemocní sdělili, že ambulanci navštěvují bez doprovodu. Všichni z nich však uvedli, že přítomnost blízké osoby by uvítali. Pouze jedna z dotazovaných uvedla, že by to pro ni nebylo příjemné, kdyby ji někdo doprovázel.

Dále jsem se zabývala tím, jak nemocní do své léčby zapojují svou rodinu, jak ji informují o svém zdravotním stavu a jaký vliv má zapojení jejich rodiny na uspokojení potřeby. Dotazovaní nemocní většinou o svém onemocnění a o jeho průběhu doma neinformují ani je příliš do léčby nezapojují, protože by, dle jejich slov, přidělávali starosti. Jinak

to, že se rodina o zdravotní stav nemocného zajímá, snaží se jim pomáhat a jsou ochotni jim pomoci, vnímají pozitivně a jsou za to rádi.

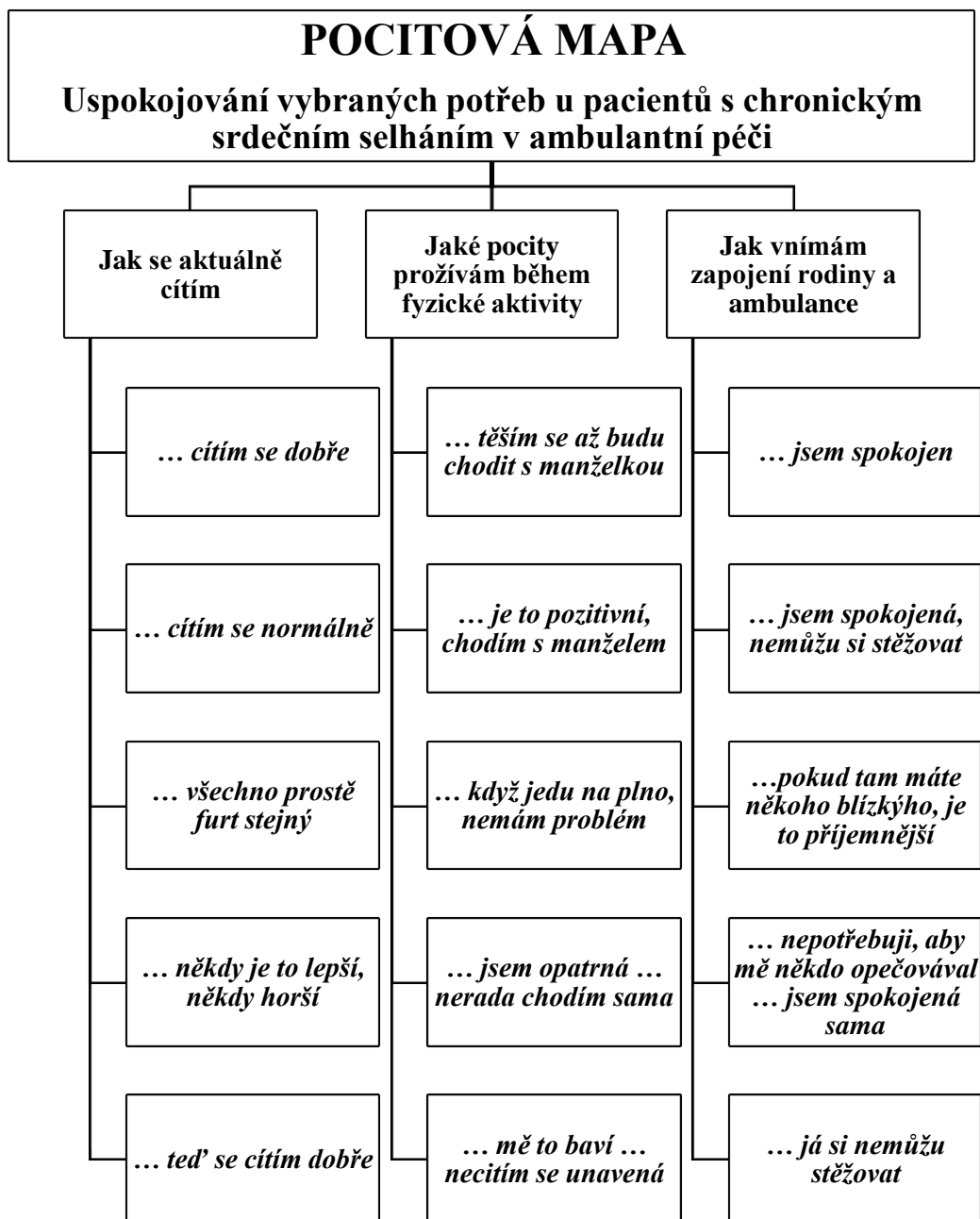
*Tabulka 7 Zkušenost s uspokojováním potřeby jistoty a bezpečí - Vliv rodiny na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí*

|                                                                            |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kategorie: Zkušenost s uspokojováním potřeby jistoty a bezpečí</b>      |                                                                                                                                  |
| <b>Subkategorie: Vliv rodiny na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí</b> |                                                                                                                                  |
| <b>P1</b>                                                                  | <i>„Takže prakticky do mojí léčby, vlastně se vždycky jen zeptá“.</i>                                                            |
| <b>P2</b>                                                                  | <i>„Pozitivní jako, já si nemůžu stěžovat, jako dcera mě vždycky uhání, jako třeba když se dva dny neozvu, tak už mě uhání“.</i> |
| <b>P3</b>                                                                  | <i>„ No tak ptají se, já to spíš jako bagatelizuju, dobrý no, byl jste na kontrole“.</i>                                         |
| <b>P4</b>                                                                  | <i>„Ne, myslím, si, že to není nutný, když bych potřebovala, tak si řeknu, oni mi udělají, co budu chtít“.</i>                   |
| <b>P5</b>                                                                  | <i>„ Hodně, hraje, je to za jednou ta psychika, a i to fyzično“.</i>                                                             |

*Zdroj: Vlastní zpracování*

V souvislosti s tím, že chronické srdeční selhání je závažné onemocnění, které je pro nemocné po psychické stránce velmi náročné, vytvořila jsem graf - mapu zobrazující pocity nemocných, které se u nich při uspokojování vybraných potřeb vyskytují.

Graf 1 Pocitová mapa



Zdroj: Vlastní zpracování

## 15 DISKUZE

Diskuze obsahuje výsledky bakalářské práce na téma: *Uspokojování vybraných potřeb u pacientů s chronickým srdečním selháním v ambulantní péči*. Hlavním cílem kvalifikační práce je zmapovat problematiku a zjistit, jaká je zkušenost nemocných s chronickým srdečním selháním s upokojováním vybraných potřeb v ambulantní péči. Dále také objasnit tři stanovené dílčí cíle, které se zabývají zkušeností nemocných s upokojováním vybraných potřeb, postojem k dodržování režimových opatření a také tím, jakou mají nemocní zkušenost s upokojováním potřeby jistoty a bezpečí. K naplnění těchto cílů byla využita metoda kvalitativního výzkumu.

K získání potřebných údajů, sloužících ke zpracování výzkumného šetření, sloužily vytvořené otázky zabývající se určitými oblastmi, a posléze realizace polostrukturovaného rozhovoru s celkem pěti respondenty s diagnózou chronické srdeční selhání, kteří se léčí v kardiologické ambulanci. Na základě analýzy získaných materiálů pomocí otevřeného kódování došlo k vytvoření třech hlavních kategorií: *Zkušenost s upokojováním vybraných potřeb*, *Režimová opatření a vliv na léčbu*, *Zkušenost s upokojováním potřeby jistoty a bezpečí*. V následujících odstavcích jsou shrnuty výsledky, které jsou podrobně popsány společně s doslovnými výpověďmi pacientů v praktické části této kvalifikační práce. V diskuzi jsou poskytnuty údaje, které se mezi respondenty nejvíce shodovaly a objevovaly. Výsledky výzkumného šetření byly porovnány s dalšími kvalifikačními pracemi a studii, které se také tématem zaměřují na chronické srdeční selhání a potřeby nemocných.

V první z kategorií, která je rozdělena do dvou subkategorií, lze ze získaných informací soudit, že projevy, které jsou pro chronické srdeční selhání typické, se u čtyř nemocných, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, vyskytují. Jedná se především o dušnost a výskyt otoků na dolních končetinách. V bakalářské práci, která se zabývá dekompenzací chronického srdečního selhání, je uvedeno, že pacienti, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, také za největší a nejčastěji se vyskytující problém, který je v průběhu onemocnění doprovází, považují dušnost a otoky na dolních končetinách. Práce se shodují i s tím, že pacienti během léčby vnímají pocity strachu a nejistoty. (Chalupová, 2023, s. 46)

Přítomnost dušnosti, která je ve většině případů vyvolaná při fyzické aktivitě, nemocní nejčastěji řeší přizpůsobením na fyzickou aktivitu, nebo v podobě krátkého zastavení, které jim od tohoto pocitu uleví. Součástí této kategorie je i potřeba pohybu, všichni

z dotazovaných respondentů zde odpověděli, že se snaží, alespoň v přiměřené míře, fyzickou aktivitu vykonávat. Převážně z důvodu, že má pozitivní vliv na průběh jejich onemocnění. Kromě nastavené farmakologické léčby fyzickou aktivitu považují za účinný způsob k řešení otoků na dolních končetinách. To potvrzuje i bakalářská práce, ve které dotazovaní respondenti uvádějí, že i krátká pravidelná procházka má značný pozitivní vliv na průběh jejich onemocnění. (Mikešová, 2022, s. 50) S tím je však v mírném rozporu práce z roku 2018, kde většina dotazovaných pacientů uvádí, že fyzickou aktivitu příliš nerealizují a vykonávají pouze drobnou práci. Jednou z příčin může být vyšší věk nemocných, kteří se výzkumu zúčastnili, v porovnání s respondenty, kteří se účastnili mého výzkumného šetření. (Fránová, 2018, s. 101)

Druhá kategorie, která se jako předešlá člení do subkategorií, tentokrát do třech, se zabývá tím, jaký postoj a motivaci mají nemocní k dodržování režimových opatření, která jsou jim doporučována v rámci ambulantní léčby. Jaký vliv má jejich dodržování na léčbu a průběh jejich onemocnění. Dle výpovědí nemocných došlo k zjištění, že většina nemocných buď opatření vůbec nedodržuje, nebo pouze některá z nich. Nejčastěji tak dodržují omezení v oblasti denního příjmu tekutin. Důležitou součástí režimových opatření je i sledování tělesné hmotnosti, tu si dle výpovědí pravidelně monitoruje pouze jedna z pacientek. Tento údaj je shodný s bakalářskou prací, kde si tělesnou hmotnost pravidelně kontroluje pouze jeden z dotazovaných. (Mikešová, 2020, s. 50) Motivací, kterou nemocní mají k dodržování opatření, je fakt, že nechtějí zemřít v brzkém věku, a to, že chtějí trávit co nejvíce času se svou rodinou. Všichni z nemocných vnímají, že režimová opatření mají pozitivní vliv na jejich léčbu.

Skutečnost, že dodržování režimových opatření má vliv na léčbu i na zvýšení kvality života, je uvedeno i v odborné studii z roku 2020. Zde je zmíněno, že většina pacientů není schopna doporučení dodržet, a to nejčastěji z důvodu nedostatečné motivace. Studie poukazuje na fakt, že velmi důležitou roli k tomu, aby nemocní doporučení dodržovali, představuje vhodná edukace od zdravotníků. (Jaarsma, 2021, s. 13)

Jelikož se jedná o onemocnění, které je pro nemocné velmi zatěžující a přináší jim řadu obav o svůj zdravotní stav, je poslední, třetí kategorie, zaměřena na to, jak nemocní uspokojují potřebu jistoty a bezpečí. Že se u nemocných často objevuje strach a pocit nejistoty, se můžeme přesvědčit v již zmiňované práci. Zde je uvedeno, že pocit strachu

v nemocných vyvolaný nejen nejistotou o svůj zdravotní stav, ale i dušnost, při které mají pocit, že se udusí. (Chalupová, 2023, s. 48)

Další subkategorie se zabývají tím, jaký vliv na uspokojení těchto potřeb má kardiologická ambulance a jaký vliv na to má jejich rodina. V případě vlivu ambulance všichni z dotazovaných nemocných odpověděli, že jsou s péčí velmi spokojeni, považují zde za podstatnou výhodu vynikající komunikaci a spolupráci se zdravotníky, čímž je potřeba jistoty a bezpečí plně uspokojena. To, že je komunikace v poskytování péče nemocným důležitá, lze ověřit i dle studie z roku 2020. Zde je uvedeno, že pokud by byla komunikace mezi nemocným a zdravotníkem narušena, mohlo by jít o překážku v poskytování léčby. (Sedlář, 2020, s. 9) Ve studii, která se touto problematikou přímo zabývá, je popsáno, že velká část nemocných se srdečním selháním se potýká s problémem strachu a nejistoty, což vede ke snížení kvality života. Podle této studie má nejistota během onemocnění několik podob, jako např. nejasnost ohledně zdravotního stavu, nedostatek informací o onemocnění a prognóze nebo také jako strach z průběhu onemocnění a léčby. (An, 2021, s. 257)

V případě vlivu rodiny pacienti sdělili, že informace o svém zdravotním stavu a průběhu léčby příliš nesdělují, protože nechtějí své blízké zatěžovat. Avšak jistý pozitivní vliv by na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí mělo i to, že by nemocní docházeli na pravidelné kontroly s rodinným příslušníkem. K tomu však dochází pouze v jednom případě, kdy pacientka chodí v doprovodu svého manžela.

## **15.1 LIMITY VÝZKUMU**

Jako limit výzkumu považuji svou první zkušenost s vedením rozhovoru s pacienty pro účely bakalářské práce. Bylo pro mě obtížné v některých případech udržet a korigovat odpovědi pacienta tak, aby se vztahovaly k dané problematice. Přesto, že všichni pacienti podstoupili rozhovor dobrovolně, měla jsem dojem, že jedna z pacientek se během rozhovoru necítí komfortně.

Během rozhovorů nedocházelo k žádným významným limitům, které by výzkum znehodnocovaly.

## **15.2 DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI**

Problematika péče o nemocné s chronickým srdečním selháním je velice rozsáhlá a náročná. Z výstupů bakalářské práce nelze udělat obecné doporučení do ošetrovatelské

praxe. Další oblastí pro výzkumné šetření by bylo zmapovat zkušenost sester s ošetřováním nemocných s chronickým srdečním selháním působících právě v ambulantní péči.

## ZÁVĚR

Chronické srdeční selhání je velmi závažné onemocnění s nepříznivou prognózou, kdy roční výskyt stále stoupá. Nemocní s diagnostikovaným chronickým srdečním selháním často trpí typickými projevy, které jsou pro jejich běžný život značně omezující a brání jim ve vykonávání běžných aktivit nebo jsou nuceni je částečně omezit. A proto by pacienti měli mít povědomí a zkušenost o tom, jakým způsobem tyto projevy uspokojit.

Cílem bakalářské práce, vedené formou kvalitativního výzkumu, bylo zjistit, jak jsou uspokojovány vybrané potřeby pacientů se srdečním selháním v ambulantní péči. Dílčí cíle práce se zaměřují na popsání zkušenosti nemocných se způsobem, jakým uspokojují vybrané potřeby – potřeba kyslíku, potřeba pohybu, činnost, aktivita a potřeba jistoty a bezpečí. Dále také s postojem k dodržování režimových opatření. Tyto oblasti byly rozděleny do kategorií a dále do subkategorií, ty jednotlivé problematiky popisují, a k lepšímu objasnění jsou obsaženy i doslovné výpovědi respondentů.

Z výsledků získaných při výzkumném šetření můžeme soudit, že téměř všichni dotazovaní nemocní se potýkají s výskytem typických projevů chronického srdečního selhání. Převážně s dušností a otoky, objevujícími se na dolních končetinách. Dle výpovědi nemocných jsou schopni tyto problémy adekvátně řešit s využitím účinných způsobů a/nebo farmakologické léčby.

Ve třetí kategorii, týkající se uspokojování potřeby jistoty a bezpečí, bylo zjištěno, že u nemocných při léčbě v ambulanci je tato problematika plně uspokojena, hlavně z důvodu navázaného kontaktu se zdravotnickými pracovníky. Tato potřeba není zcela uspokojena v případě vlivu rodiny, jelikož pacienti svou rodinu do péče příliš nezapojují, protože nechtějí svoje blízké stresovat. Přesto jsou rádi, že se o ně jejich rodina zajímá a pomáhá jim.

Problém byl zjištěn ve druhé kategorii s názvem Režimová opatření a vliv na léčbu, zde se vyskytly případy, kdy někteří z pacientů žádné z režimových doporučení nedodržují nebo pouze některé z nich. Přesto dotazovaní předpokládají, že režimová opatření mají na průběh léčby pozitivní vliv.



Díky realizaci polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden s pěti respondenty, došlo k podrobnému probrání dané problematiky. A došlo tak ke splnění hlavního výzkumného cíle a i dílčích výzkumných cílů.

## SEZNAM LITERATURY

AN, Yan; ZHANG, Yanting; WANG, Lyu; CHEN, Cancan; FAN, Xiuzhen. *The Relationship Between Uncertainty in Illness and Quality of Life in Patients With Heart Failure: Multiple Mediating Effects of Perceived Stress and Coping Strategies*. Online. Journal of Cardiovascular Nursing. 2021. s. 257-265. Dostupné z: [https://journals.lww.com/jcnjournal/fulltext/2022/05000/the\\_relationship\\_between\\_uncertainty\\_in\\_illness.9.aspx](https://journals.lww.com/jcnjournal/fulltext/2022/05000/the_relationship_between_uncertainty_in_illness.9.aspx). [citováno 2021-02-06]

BOBČÍKOVÁ, Katka; BUŽGOVÁ, Radka. *Intervence v péči o nemocné se srdečním selháním zlepšující kvalitu života*. Online. Cor et Vasa, 2020. ISBN 62.588-594. Dostupné z [https://e-corevasa.cz/artkey/cor-202006-0008\\_interventions-in-care-of-patients-with-heart-failure-for-improvement-of-quality-of-life.php](https://e-corevasa.cz/artkey/cor-202006-0008_interventions-in-care-of-patients-with-heart-failure-for-improvement-of-quality-of-life.php). [citováno 2023-08-24]

BULAVA, Alan. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 13-113. ISBN 978-80-271-0468-0.

FRÁNOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelské péče u pacienta se srdečním selháním*. Bakalářská práce. Pavlína MOKREJŠOVÁ (vedoucí práce). Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. 2018. Dostupné z: Digitální knihovna Západočeské univerzity. <https://dspace5.zcu.cz/handle/11025/32073>. [citováno 2024-02-06]

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace, druhé, přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Portál, 2008, s. 47-246. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, Jan; REMR, Jiří. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017, s. 201. ISBN 978-80-262-1192-1.

CHALUPOVÁ, Petra. *Syndrom chronického srdečního selhání z hlediska ošetrovatelské péče*. Bakalářská práce. Pavlína MOKREJŠOVÁ (vedoucí práce). Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. 2023. Dostupné z: Digitální knihovna Západočeské univerzity. <https://dspace5.zcu.cz/handle/11025/53651>. [citováno 2024-02-06]

JAARSMA, Tiny; HILL, Loreena; BAYES-GENIS, Antoni; BRUNNER LA ROCCA, Hans-Peter; CASTIELLO, Teresa; ČELUTKIENĚ, Jelena; et al. *Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of*

*European Society of Cardiology*. Online. European Society of Cardiology, 2021. s. 157-174. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32945600/>. [citováno 2024-02-06]

KAUTZNER, Josef; MELESNOVSKÝ, Vojtěch. *Srdeční selhání aktuality pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta: Edice postgraduální medicíny, 2015, s. 15-2020. ISBN 978-80-204-3573-6.

MÁLEK, Filip; MÁLEK, Ivan. *Srdeční selhání*. Praha: Karolinum, 2013, s. 15-47. ISBN 978-80-246-2238-5.

MÁLEK, Filip; MÁLEK, Ivan. *Srdeční selhání, druhé vydání*. Praha: Univerzita Karlova, 2018, s. 15-40. ISBN 978-80-246-3823-2.

MÁLEK, Filip, MÁLEK, Ivan, Táborský Miloš, et al. *Praktické aspekty zakládání ambulancí srdečního selhání*. Online. *Cor et Vasa*, 2021. ISBN 63:619-625. Dostupné z: [https://e-corevasa.cz/artkey/cor-202105-0016\\_practical-aspects-of-establishing-of-heart-failure-clinics.php](https://e-corevasa.cz/artkey/cor-202105-0016_practical-aspects-of-establishing-of-heart-failure-clinics.php). [citováno 2023-07-17]

MÁLEK, Filip, MELENOVSKÝ, Vojtěch, KREJČÍ, Jan, et al. *Stanovisko výboru České asociace srdečního selhání ČKS k organizaci ambulancí srdečního selhání*. Online. *Cor et Vasa*, 2020. ISBN 62:309-313. Dostupné z: [https://e-corevasa.cz/artkey/cor-202003-0007\\_expert-consensus-statement-of-the-czech-heart-failure-association-of-the-czech-society-of-cardiology-on-the-ma.php](https://e-corevasa.cz/artkey/cor-202003-0007_expert-consensus-statement-of-the-czech-heart-failure-association-of-the-czech-society-of-cardiology-on-the-ma.php). [citováno 2023-07-15].

MAZALOVÁ, Lenka. *Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství, 1. vydání*. Online, Univerzita Palackého v Olomouc, 2016, s. 7. ISBN 978-80-244-5085-8. Dostupné z: [https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Kapitoly\\_z\\_vyzkumu\\_v\\_ostrovatelstvi.pdf](https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Kapitoly_z_vyzkumu_v_ostrovatelstvi.pdf). [citováno 25. 12. 2023]

MELENOVSKÝ, Vojtěch; KAUTZNER, Josef. *Srdeční selhání pro klinickou praxi, 2, zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 2023, s. 1. ISBN 978-80-271-3732-9.

MIKEŠOVÁ, Silvie. *Edukace nemocných s chronickým srdečním selháním*. Bakalářská práce. Jaroslava NOVÁKOVÁ (vedoucí práce). Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. 2022. Dostupné z: Digitální knihovna Západočeské univerzity. <https://dspace5.zcu.cz/handle/11025/48979>. [citováno 2024-02-06]

MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. 2019, s. 163-164. ISBN 978-80-7419-285-2.

Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Online. 2024. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. [citováno 2024-02-07]

NUSSBAUMEROVÁ, Barbora. *Co je nového v léčbě chronického srdečního selhání?* Online. *Vnitřní lékařství*, 2023. ISSN 69;(2):82-87. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2023/02/02.pdf> [citováno 2023-11-26].

PUDIL, Radek. *Srdeční selhání*. Praha: Maxdorf. Jessenius, 2020, s. 33-141. ISBN 978-80-7345-662-7.

PUDIL, Radek. *Srdeční selhání, 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf, 2023, s. 33-151. ISBN 978-7345-756-3.

SEDLAR, Natasa; LAINSCAK, Mitja; FARKAS, Jerneja. *Living with Chronic Heart Failure: Exploring Patient, Informal Caregiver, and Healthcare: Professional Perceptions*. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. s. 1-16. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7215740/>. [citováno 2024-02-06]

SKALICKÁ, Hana; TÁBORSKÝ, Miloš. *Ambulantní kardiologie v praxi: snadno a s přehledem*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 230-254. ISBN 978-80-271-3129-7.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana; KRISTOVÁ, Jarmila; BACHRATÁ, Zuzana. *Teleošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing: Sestra, 2022, s. 38-44. ISBN 978-80-271-3175-4.

SMITH, Asa; JUNG, Miyeon; LEE, Christopher; PRESSLER, Susan. *Characterizing pain leading to emergency medical services activation in heart failure*. Online. *The Journal of Cardiovascular nursing*, 2022, s. 82-87. Dostupné z: [https://journals.lww.com/jcnjournal/fulltext/2022/09000/characterizing\\_pain\\_leading\\_to\\_emergency\\_medical.6.aspx](https://journals.lww.com/jcnjournal/fulltext/2022/09000/characterizing_pain_leading_to_emergency_medical.6.aspx) [citováno 2023-11-26].

SOVOVÁ, Eliška; SEDLÁŘOVÁ, Jarmila. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství, 2. rozš. a dopl. vydání*. Praha: Grada. 2014, s. 202-220. ISBN 978-80-247-4823-8.

ŠPINAR, Jindřich; HRADEC, Jaromír; ŠPINAROVÁ, Lenka; VÍTOVEC, Jiří. *Guidelines on the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*. Online. *Cor et Vasa*. 2016, s. 530-568. Dostupné z: [https://www.kardio-cz.cz/data/upload/doporucene\\_postupy/2016/Doporucene\\_postupy\\_pro\\_diagnostiku\\_a\\_lec\\_bu\\_akutniho\\_a\\_chronickeho\\_srdecniho\\_selhani\\_2016.pdf](https://www.kardio-cz.cz/data/upload/doporucene_postupy/2016/Doporucene_postupy_pro_diagnostiku_a_lec_bu_akutniho_a_chronickeho_srdecniho_selhani_2016.pdf) [citováno 2024-02-05].

ŠTĚRBÁKOVÁ, Gabriela. *Medikamentózní léčba chronického srdečního selhání*. Online. *Medicína pro praxi*, 2015, s. 107. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/03/02.pdf>. [citováno 2023-09-06].

TÁBORSKÝ, Miloš; KAUTZNER, Josef; LINHART, Aleš. *Kardiologie, IV. Srdeční selhání*. Praha: Grada Publishing, 2021, s. 20-60. ISBN 978-80-271-1439-9.

TÁBORSKÝ, Miloš; MÁLEK, Filip; LINHART Aleš; BÝMA, Svatopluk; *Chronické srdeční selhání*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2023, s. 20-80. ISBN 978-80-88280-38-5.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018, s. 10-14. ISBN 978-80-7013-590-7.

VALIŠOVÁ, Alena; KOVAŘÍKOVÁ, Miroslava. *Obecná didaktika a její širší pedagogické souvislosti v úkolech a cvičeních*. Praha: Pedagogika (Grada). 2021, s. 26. ISBN 978-80-271-3249-2.

VÝROST, Josef; SLAMĚNÍK, Ivan; SOLLÁROVÁ, Eva. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Psyché (Grada), 2019, s. 546. ISBN 978-80-247-5775-9.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A, Informovaný souhlas

Příloha B, Otázky k výzkumnému šetření

Příloha C, Souhlas s realizací výzkumu

# PŘÍLOHY

## Příloha A, Informovaný souhlas

### Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření

Vážená paní, Vážený pane,

ráda bych Vás požádala o souhlas s účastí ve výzkumném šetření, prováděném v rámci praktické části mé bakalářské práce s názvem „*Uspokojování vybraných potřeb u pacientů s chronickým srdečním selháním v ambulantní péči*“.

Šetření bude probíhat formou rozhovoru, při kterém budou zjišťovány potřeby spojené s léčbou chronického srdečního selhání. Rozhovor bude pomocí záznamového hlasového zařízení nahráván a získaný materiál bude dále sloužit ke zpracování a následné interpretaci. Všechny získané informace budou publikovány anonymně.

#### Prohlášení účastníka výzkumu:

Prohlašuji, že souhlasím a podpisem stvrzuji účast ve výzkumném šetření, prováděném studentkou Annou Velkovou. Souhlasím, že všechny získané údaje budou zpracovány zcela anonymně a budou použity pouze za účelem výzkumu.

Datum:

Účastník:

Podpis:

## Příloha B, Otázky k výzkumnému šetření

### Otázky k výzkumu

#### Oblast týkající se CHSS

1. **Mohl/a byste mi říci, alespoň přibližně, jak dlouho se s CHSS (nebo onemocněním srdce, které je spojené s dušností) léčíte?**
  - Kdy Vám bylo CHSS diagnostikováno?
2. **Jak vnímáte své znalosti o svém onemocnění, kde získáváte informace?**
  - Jaké máte znalosti o svém onemocnění, odkud tyto informace získáváte?
3. **Jaké příznaky (projevy) jste zaznamenal/a na počátku onemocnění?**

Který z těchto projevů Vás přiměl vyhledat lékařskou pomoc?
4. **Který Vámi jmenovaný projev Vám při běžných denních činnostech přináší největší omezení?**
  - Můžete mi popsat nějaký určitý příklad?
  - Např. Jak se tyto problémy odrazily v činnostech, které jste mohl běžně vykonávat?
5. **Změnilo onemocnění Váš dosavadní život, životní styl? (ať pozitivně, nebo negativně)**
6. **Je pro Vás onemocnění srdce v nějaké oblasti omezující? (práce, koníčky, péče o rodinu)**
7. **Léčba Vašeho onemocnění se skládá z několika oblastí – užívání léků, režimová opatření - pohybová aktivita, úprava stravy, omezení příjmu tekutin – sledování příjmu tekutin, sledování hmotnosti, případně přístrojová léčba (pokud má TKS či ICD), jakou důležitost jednotlivým oblastem přikládáte, jak jednotlivé oblasti zvládáte?**
8. **Jaká režimová opatření, která Vám byla doporučována, dodržujete?**
  - Popíšete mi, alespoň několika slovy, jestli a jak tato doporučení měla vliv na Váš zdravotní stav?
  - (Jaká Vám doporučená režimová opatření nejvíce dodržujete?)
9. **Kolik toho za den nachodíte?**
  - Jak se po fyzické aktivitě cítíte? Sděluje tento údaj při kontrole v ambulanci?
  - Myslíte si, že pravidelná fyzická aktivita má pozitivní vliv na Vaše zdraví?



**10. Co Vás motivuje k dodržování doporučených opatření?**

**11. Máte nějaké dlouhodobé zvyky, návyky či limity, které Vám znesnadňují řídit se doporučeními od zdravotníků v oblasti léčby Vašeho onemocnění (zde upřesnit – užívání léků, pohybová aktivita, úprava stravy, omezení příjmu tekutin – sledování příjmu tekutin, sledování hmotnosti)**

- (limity: jiné zdravotní problémy, neschopnost zanechat kouření)

**12. Jak vnímáte své zapojení do léčby Vašeho chronického onemocnění?**

- (možnost ovlivnit způsob léčby, průběh...)

**13. Jaká je Vaše zkušenost se zdravotní péčí týkající se onemocnění srdce?**

**14. Co očekáváte od zdravotníků při Vašich pravidelných kontrolách v této ambulanci?**

**15. Jak jste spokojen/a s jednáním a komunikací se zdravotním personálem?**

**16. Vnímáte nějakou změnu v průběhu Vaší léčby, co změnu způsobilo?**

**17. Objevila se během Vašeho onemocnění situace, kdy se Váš zdravotní stav zhoršil?**

- Vzpomínáte si, jak jste reagoval, co jste prožíval, jak se vše řešilo, co bylo třeba udělat, změnit?

**18. Co vše zvládáte sám (kdo Vám nejvíce pomáhá)?**

**19. Máte ve své blízkosti někoho, kdo se také léčí s onemocněním srdce (pak se zeptat na upřesnění, o jaké onemocnění jde, resp. Jaké jsou jeho projevy)?**

- Je něco, co Vám v tomto pomáhá, nebo naopak nepomáhá v léčbě a prožívání nemoci? (vysvětlit, o jaký vztah se jedná, informace od jiných nemocných je přínosná, nebo naopak)

**20. Vnímáte nějakým způsobem ekonomickou náročnost Vašeho onemocnění?**

### **Oblast týkající se potřeb**

**1. Vnímáte, že by v souvislosti s onemocněním srdce nastaly změny ve Vašem spánku?**

- Řekněte mi, v čem se to *případně* projevilo a popište kvalitu Vašeho spánku?
- Cítíte se někdy unaveni, jak čelíte únavě, máte nějaké osvědčené řešení?

**2. Jakým způsobem řešíte výskyt otoků na DK?**

- Jak dodržujete nastavený denní limit pro příjem tekutin?
- Co Vám při tomto problému pomáhá?
- V čem Vás nejvíce omezují?

**3. Jaké změny u sebe pozorujete v oblasti dýchání?**

- Dochází v některých aktivitách ke ztíženému dýchání?
- Jaká forma dušnosti Vaše onemocnění doprovází, myslím tím, zda jde o dušnost při námaze nebo o dušnost v klidovém režimu?

**4. Jakou a jak důležitou roli pro Vás v léčbě CHSS představuje Vaše rodina?**

**5. Jakým způsobem na Vás působí, pokud s Vámi do zdravotnického zařízení přichází blízká osoba? (jak pozitivně, nebo negativně)**

## Příloha C, Souhlas s realizací výzkumu

# Souhlas s realizací výzkumu

Vážená paní docentko Linhartová,

jsem studentka Fakulty zdravotnických studií v Plzni, ráda bych Vás touto cestou požádala o svolení k realizaci výzkumného šetření v ambulanci Kardiologie v sadech.

Výzkum je součástí mé bakalářské práce na téma: „*Uspokojování vybraných potřeb u pacientů se srdečním selháním v ambulantní péči*“, vedoucí práce je Mgr. Jaroslava Nováková.

Data budu sbírat pomocí rozhovoru s vybranými pacienty během své odborné praxe v ambulanci.

Děkuji Vám.

Anna Velková

FZS ZČU

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství, 3. ročník