

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Petra Chalupová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetrovatelství

Petra Chalupová

**SYNDROM CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ
Z HLEDISKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Mokrejšová

PLZEŇ 2023

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2023.

.....

Abstrakt

Příjmení a jméno: Petra Chalupová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Syndrom chronického srdečního selhání z hlediska ošetrovatelské péče

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Mokrejšová

Počet stran – číslované: 54 stran

Počet stran – nečíslované: 9 stran

Počet příloh: 2 přílohy

Počet titulů použité literatury: 34 titulů

Klíčová slova: srdeční selhání, ošetrovatelství, fenomenologický výzkum, epidemiologie, etiologie, diagnostika, léčba

Souhrn:

Tématem této práce je Syndrom chronického srdečního selhání z hlediska ošetrovatelské péče. V rámci tohoto tématu se konkrétně zabýváme kardiální dekompenzací u lidí s CHSS, na kterou je zaměřen náš výzkum. Teoretickými východisky byly odborné publikace, které se orientují na syndrom CHSS a kardiální dekompenzaci. Dále jsme vycházeli z kvalitativních studií zaměřených na výše zmíněná témata.

Naše studie si klade za cíl popsat prožitou zkušenost s fenoménem kardiální dekompenzace u lidí s CHSS. Byly provedeny polostrukturované rozhovory se záměrně vybranými 3 participanty, kteří byli hospitalizováni na lůžkovém odd. Kardiologické kliniky FN Plzeň. Zjištěné výsledky odhalují rozdíly v tom, jak jednotliví pacienti vnímají a zpracovávají zkoumaný fenomén.

Abstract

Surname and name: Petra Chalupová

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Chronic heart failure syndrome from the perspective of nursing care

Consultant: Mgr. Pavlína Mokrejšová

Number of pages – numbered: 54 pages

Number of pages – unnumbered: 9 pages

Number of appendices: 2 appendices

Number of literature items used: 34 titles

Keywords: heart failure, nursing, phenomenological research, epidemiology, etiology, diagnostic, therapy

Summary:

The topic of this thesis is Chronic Heart Failure Syndrome from the perspective of nursing care. Within this topic, we specifically address cardiac decompensation in people with CHFS, which is the focus of our research. The theoretical starting points have been professional publications that focus on the CHFS syndrome and cardiac decompensation. Furthermore, we drew on qualitative studies focusing on the aforementioned topics.

Our study aims to describe the experience of the phenomenon of cardiac decompensation in people with CHSS. Semi-structured interviews were conducted with 3 purposively selected participants who were admitted to an inpatient ward. The participants were selected from a cohort of patients with inpatient cardiac care at the Cardiology Department of the University Hospital in Pilsen. The findings reveal differences in how individual patients perceive and process this phenomenon.

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlíně Mokrejšové za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladů. Dále děkuji pracovníkům Kardiologické kliniky FN Plzeň za poskytování odborných rad.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	16
2 SRDEČNÍ SELHÁNÍ	19
2.1 Definice.....	19
2.2 Klasifikace a terminologie	19
2.2.1 Dle hodnoty ejekční frakce levé komory (LVEF).....	19
2.2.2 Dle časového hlediska	19
2.2.3 Dle funkční klasifikace.....	20
2.2.4 Dle lokalizace	20
2.3 Epidemiologie	21
2.4 Etiologie.....	21
2.5 Patofyziologie	21
2.5.1 Neurohumorální aktivita.....	22
2.5.2 Remodelace – změny funkce miokardu.....	23
2.6 Klinický obraz.....	23
2.6.1 Subjektivní příznaky.....	24
2.6.2 Objektivní známky	25
2.7 Diagnostika	25
2.8 Léčba.....	27
2.8.1 Farmakologická léčba.....	27
2.8.2 Nefarmakologická léčba.....	29
3 AKUTNÍ DEKOMPENZACE CHSS	31
3.1 Definice.....	31
3.2 Klasifikace	31
3.3 Příčiny.....	32
3.4 Klinický obraz.....	32
3.5 Diagnostika a monitorace	33
3.6 Léčba.....	34
3.6.1 Farmakologická léčba.....	34
3.6.2 Nefarmakologická léčba.....	35
3.6.3 Eliminační metody.....	35

4 OŠETŘOVATELSTVÍ U LIDÍ S CHSS.....	36
PRAKTICKÁ ČÁST	37
5 FORMULACE PROBLÉMU	37
6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	38
6.1 Cíle.....	38
6.1.1 Hlavní cíl	38
6.1.2 Dílčí cíle	38
6.2 výzkumné otázky/problémy.....	38
6.2.1 Hlavní výzkumná otázka	38
6.2.2 Dílčí výzkumná otázka	38
6.3 Operacionalizace pojmů.....	39
7 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	40
7.1 Metodologie výzkumu	40
7.1.1 Kvalitativní výzkum	40
7.1.2 Fenomenologický výzkum	40
7.1.3 Polostrukturovaný rozhovor	41
7.2 Charakteristika výzkumného vzorku	41
7.2.1 Etické otázky	42
7.3 Organizace výzkumu	43
7.4 Zpracování dat	44
7.4.1 Přepis a čtení.....	44
7.4.2 Kódování	44
7.4.3 Generování témat a kategorií.....	45
7.4.4 Souvislosti mezi tématy a kategoriemi.....	45
8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	46
8.1 Téma: Život s CHSS	46
8.2 Téma: Dekompensace.....	47
8.2.1 Kategorie: Nástup obtíží.....	47
8.2.2 Kategorie: Příznaky	47
8.2.3 Kategorie: Emoce	48
8.2.4 Kategorie: Péče.....	48
8.2.5 Kategorie: Informace.....	48
8.3 Téma: Zpracování zkušenosti	49
8.4 Souvislosti mezi tématy a kategoriemi	53
DISKUZE.....	54
ZÁVĚR.....	58
9 BIBLIOGRAFIE.....	59

SEZNAM PŘÍLOH	63
PŘÍLOHY	64

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Myšlenková mapa kardiální dekompenzace	53
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Přehled zdrojů řešerší	18
Tabulka 2: Funkční klasifikace podle NYHA	20
Tabulka 3: Přehled témat a kategorií u P1	50
Tabulka 4: Přehled témat a kategorií u P2	51
Tabulka 5: Přehled témat a kategorií u P3	52

SEZNAM ZKRATEK

A2	angiotenzin 2
ACE	angiotenzin konvertující enzym
AHF	akutní srdeční selhání (acute heart failure)
AKS	akutní koronární syndrom
ARB	blokátor receptorů pro angiotenzin II (angiotensin receptor blockers)
AVP	arginin vasopressin
BMR	blokátory mineralokortikoidních receptorů
BNP	mozkový natriuretický peptid
EF	ejekční frakce
EKG	elektrokardiogram
ESC	Evropská kardiologická společnost (European Society of Cardiology)
FN	Fakultní nemocnice
HFA	Asociace srdečního selhání (Heart failure Association)
HFpEF	srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí (heart failure with preserved ejection fraction)
HFrEF	srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí (heart failure with reduced ejection fraction)
CHSS	chronické srdeční selhání
ICD	implantabilní kardioverter-defibrilátor
KD	kardiální dekompenzace
LVEF	ejekční frakce levé komory

NP natriuretický peptid

NSS náhlá srdeční smrt

NT-proBNP hormonálně neaktivní fragment prohormonu BNP

NYHA New York Heart Association

P1 participant č.1

P2 participant č.2

P3 participant č.3

RAAS systém renin-angiotenzin-aldosteron

RTG rentgen

SGLT2 sodium/glucose cotransporter 2

SNS sympatický nervový systém

SRL srdeční resynchronizační léčba

SS srdeční selhání

VAD mechanická srdeční podpora (ventricular assist device)

ZČU Západočeská univerzita

ÚVOD

Syndrom chronického srdečního selhání označuje stav, při kterém dochází ke snížené nebo změněné funkci srdce. V důsledku toho dochází k nerovnoměrnému rozdělení objemu krve v krevním oběhu. To se projevuje nedostatečným prokrvením některých orgánů a/nebo naopak překrvením jiných. Problém a nebezpečí tohoto syndromu spočívá v neurčitosti jeho projevů. Dušnost, otoky a snížená tolerance zátěže, které ho doprovázejí, mohou být symptomem řady dalších chorob. Pacient je tedy odkázaný na odborníky, kteří dovedou tento závažný syndrom diagnostikovat a navrhnout konkrétní léčbu.

Syndrom chronického srdečního selhání představuje v současnosti značnou zátěž nejen pro pacienty, ale také pro zdravotní systém a společnost. Aktuální stav tohoto problému popisují i data zveřejněná v roce 2021 Evropskou kardiologickou společností, v Pokynech pro diagnostiku a léčbu aktuálního a chronického srdečního selhání. Zároveň zdůrazňují naléhavost a potřebu rychlého řešení tohoto problému. Data nás mimo jiné upozorňují i na vážnost epidemiologické situace spojené s tímto syndromem. Uvádí, že *„Prevalence srdečního selhání se zdá být 1–2 % dospělých...V důsledku populačního růstu, stárnutí a zvyšující se prevalence komorbidit se očekává, že absolutní počet hospitalizací pro srdeční selhání v budoucnu značně vzroste, možná až o 50 % v příštích 25 letech“*. (McDonagh, 2021) Díky tomuto zjištění se v odborných kruzích o syndromu mluví jako o epidemii 21. století.

Naši práci reagujeme na tento aktuální problém, neboť na pracovišti Kardiologické kliniky FN Plzeň se denně setkáváme s pacienty trpícími syndromem chronického srdečního selhání. V praktické části se konkrétně zabýváme kardiální dekompenzací tohoto syndromu. Tento stav se často u jednotlivých pacientů opakuje a vede tak k dalším rehospitalizacím. Každá z nich má pro celkový stav pacienta vážné důsledky.

Díky odborné péči můžeme uvést pacienta opět do kompenzovaného stavu. Bohužel každá dekompenzace znamená, že se pacientův stav nenávratně zhorší. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak tito pacienti kardiální dekompenzaci prožívají. Zajímalo nás, jak ji vnímají, jak se jim jeví a jak ji zpracovávají do své žité zkušenosti. Abychom tento cíl naplnili, využili jsme fenomenologickou studii a pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru jsme shromáždili data ke kvalitativní analýze.

Díky našim respondentům se nám podařilo pootevřít dveře do světa pacienta se syndromem CHSS a současně se zaměřit na epizodu dekompenzace, která tento syndrom provází.

Pohled na zkoumaný problém z perspektivy pacienta může mít vliv na úspěšnost léčby a na opakované hospitalizace.

Motto:

„V terapeutickém vztahu je třeba - kromě hodnotového systému - nechat si osobní pravdy pro sebe a nenutit pacienty k jejich přijetí. Platí totiž, že jediným expertem na svůj život je pacient sám. A to navzdory tomu, že pregraduální i další studium vychovává většinu zdravotníků do role expertů.“

Radkin Honzák

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Syndrom chronického srdečního selhání je v současnosti velkým problémem v poskytování zdravotní péče po celém světě. Počet lidí trpících tímto syndromem každý rok stoupá a odborníci se obávají, že v budoucnu nebude udržitelné poskytovat těmto pacientům stejnou úroveň péče jako dnes. S narůstajícím zájmem o tuto problematiku narůstá i počet publikací zveřejňujících výsledky řady výzkumů a studií, z nichž jsme čerpali i v naší kvalifikační práci.

Přípravou k vyhledávání odborné literatury k tématu naší práce bylo prvotní zorientování v problematice CHSS. V této fázi jsme si utřídili myšlenky a strategii práce s literárními zdroji. V první řadě jsme si stanovili klíčová slova. Vzhledem k tomu, že většina odborných textů je publikována v anglickém jazyce využili jsme tento fakt při tvoření seznamu klíčových slov.

Klíčová slova nadřazená: srdeční selhání, ošetřovatelství, fenomenologický výzkum

Seznam klíčových slov jsme postupně rozšířili a zpřesnili o další termíny například ty, které se vztahovaly k jednotlivým kapitolám.

Klíčová slova podřazená: epidemiologie, etiologie, diagnostika, léčba

Při výběru informačního zdroje jsme se sledovali dvě linie jejichž cílem bylo získání informací zaprvé z tištěných zdrojů a zadruhé elektronických zdrojů. Tištěné zdroje jsme vyhledávali v katalogích konkrétních knihoven. Elektronické zdroje jsme získávali díky Univerzitní knihovně ZČU, kde jsme měli možnost prohledávat v odborných online databázích. Zde jsme mohli vyhledávat licencované e-zdroje a pomocí internetového vyhledavače jsme vybírali z volně dostupných článků.

Z důvodu velkého množství vygenerovaných zdrojů jsme museli vyhledávaný dotaz specifikovat. To konkrétně znamená, že jsme zadávali klíčová slova vycházející z názvu jednotlivých kapitol. K definování vazby mezi jednotlivými termíny jsme využili Booleovské operátory. Speciálně k zúžení dotazu jsme užili operátor AND, který zaručoval současné zastoupení vyhledávaných slov.

Získané výsledky jsme posuzovali nejprve podle abstraktu. Tímto způsobem jsme odfiltrovali velké množství nepotřebných zdrojů. Pokud nám článek po přečtení abstraktu vyhovoval, směřovali jsme naši pozornost na kapitoly Diskuze a Závěr, kde autoři shrnuli ty nejdůležitější výsledky svých prací. Pokud nám konkrétní zdroj vyhovoval, zařadili jsme ho do kartotéky vygenerované citačním manažerem Citace Pro.

Jako výchozí prameny pro zorientování se v dané tématice nám posloužily publikace dvou autorů (Pudil, 2020 a Málek & Málek, 2018). Tito autoři platí v současné době za kapacity ve svém oboru. Jejich publikace nabízejí ucelený přehled informací o syndromu srdečního selhání. Další odborníci z řad předních českých kardiologů (Vítovec, Špinar, Špinarová, & Ludka, 2020) poskytli naší studii neocenitelné zdroje v podobě elektronických článků, jejichž speciální obsah jsme využili v jednotlivých kapitolách. Tito odborníci staví na závěrech zahraničních autorů (McDonagh, a další, 2021; Ponikowski, a další, 2016), kteří pod záštitou Evropské kardiologické společnosti problematiku srdečního selhání koncipovali do souboru Guidelines pro diagnostiku a léčbu akutního a chronického srdečního selhání. Tento zdroj se stal páteřním dokumentem teoretické části naší práce. Syndrom chronického srdečního selhání sám o sobě je náplní prací autorů (Hradec & Býma, 2019; Špinar, Špinarová, & Vítovec, 2018 a Chiaranai, Chularee, & Srithongluang, 2018). Určitým problémem byla nejednotnost termínů v souvislosti s kardiální dekompenzací. Někteří autoři jako (Mauro, a další, 2023 a Plácido & Mebazaa, 2015) ji hodnotí jako jednu z forem akutního srdečního selhání. Proti těmto tvrzením se však ohradil autor (Straw, Napp, & Witte, 2022), který ve svém článku přichází s myšlenkou potřeby změnit stávající terminologii ohledně dekompenzovaného srdečního selhání.

V souvislosti s ošetřovatelstvím je srdeční selhání tématem předního významu. Mnoho autorů (Riley J. , 2015 a Taniguchi, Seto, Shimizu, & Rubinelli, 2021) se shoduje, že role sestry je nezastupitelná. Velmi zajímavou oblastí v rámci ošetřovatelské péče o lidi s tímto syndromem byly články pojednávající specializaci sestester a rozšíření jejich kompetencí. K této tématice jsme vybrali práce (Riley, a další, 2016 a Málek, a další, 2022).

V poslední době byla zveřejněna řada kvalitativních studií, nepodařilo se nám však najít fenomenologickou studii zaměřující se na kardiální dekompenzaci chronického srdečního selhání. To je jedním z důvodů proč jsme se rozhodli sami takovou studii zpracovat v našem výzkumu.

Tabulka 1: Přehled zdrojů rešerší

Tištěné zdroje	vlastní	
	knihovny	Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje
		Univerzitní knihovna ZČU
		Národní lékařská knihovna
E-zdroje	databáze	BOOKPORT
		CINAHL WITH FULL TEXT
		EBSCO-ACADEMIC SEARCH ULTIMATE
		PUBMEDCENTRAL
		SCIENCE DIRECT
		SPRINGER COMPACT
		WEB OF SCIENCE
	vyhledávače	Google Scholar

Zdroj: Vlastní zpracování

2 SRDEČNÍ SELHÁNÍ

2.1 Definice

Evropská kardiologická společnost ve svých doporučených postupech z roku 2021 tento stav determinuje následujícím způsobem: „*srdeční selhání je klinický syndrom, jenž je charakterizován typickými symptomy (např. dušností, otoky kotníků a únavou), jež mohou být doprovázeny známkami (např. zvýšenou náplní krčních žil, chrůpky na plicích a otoky končetin), vyvolanými strukturálními a/nebo funkčními srdečními abnormalitami vedoucími ke sníženému srdečnímu výdeji a/nebo ke zvýšeným nitrosrdečním tlakům v klidu nebo při zátěži.*“ (McDonagh, 2021, s. 3612)

2.2 Klasifikace a terminologie

V odborných publikacích se lze setkat s různými způsoby klasifikace syndromu srdečního selhání, zohledňující různá hlediska:

2.2.1 Dle hodnoty ejekční frakce levé komory (LVEF)

- **Srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí** (heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF); vyznačující se jak přítomností příznaků srdečního selhání, tak i ejekční frakcí levé komory menší než 40%.
- **Srdeční selhání s mírně sníženou ejekční frakcí**; tzv. mid-range srdeční selhání (heart failure with mid-reduced ejection fraction) s přítomností symptomů a známek SS, a současně s ejekční frakcí levé komory dosahující procentuálních hodnot 40-49 %.
- **Srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí** (heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF); charakterizované symptomy a objektivními známkami při LVEF větší než 50 %, současně také přítomností zvýšené hladiny NP a/nebo postižení struktury srdce či diastolickou dysfunkcí levé komory. (Ponikowski, 2016, s. 2137)

2.2.2 Dle časového hlediska

- **Chronické SS** u pacientů, trpících tímto syndromem již určitou dobu.
- **Akutní SS**, dále se dělicí dle anamnézy na nově vzniklé srdeční selhání („de novo“) a akutní dekompenzaci již vzniklého CHSS. (Pudil, 2020, s. 144)

2.2.3 Dle funkční klasifikace

V případě funkční klasifikace podle NYHA (New York Heart Association), zařazující pacienty se SS do 4 tříd, se díky jednoduchému konceptu jedná o vůbec nejrozšířenější způsob dělení. Každá třída v tomto systému odpovídá konkrétním charakteristickým symptomům pacientů při provádění fyzických aktivit. (Špinarová, 2015, s. 133)

Tabulka 2: Funkční klasifikace podle NYHA

Klasifikace srdečního selhání dle New York Heart Association (NYHA)	
třída dle NYHA	definice
I	Bez omezení činnosti.
	Každodenní námaha nepůsobí pocit vyčerpání, palpitace nebo dušnost.
	Nemocní zvládnou běžnou tělesnou aktivitu včetně rychlé chůze či běhu 8 km/hod.
II	Menší omezení tělesné činnosti.
	Každodenní námaha vyčerpává, způsobuje dušnost, palpitace.
	Nemocní zvládnou lehkou tělesnou aktivitu, ale běžná již vyvolá únavu či dušnost.
III	Značné omezení tělesné činnosti.
	Již nevelká námaha vede k vyčerpání, dušnosti nebo palpitacím.
	V klidu bez obtíží. Nemocní jsou dušní či unavení při základních činnostech jako je oblékání, mytí apod.
IV	Obtíže při jakékoliv tělesné činnosti invalidizují.
	Dušnost nebo palpitace se objevují i v klidu.
	Nemocní mají klidové obtíže a jsou neschopni samostatného života

Upraveno podle (Nussbaumerová, 2018, s. 851)

2.2.4 Dle lokalizace

- **Levostranné selhání** je nejběžnějším typem SS a nastává v důsledku poškození levé komory. Tím vznikne větší endiastolický tlak, který se dále rozšíří do levé síně, až se nakonec přenesse do plicního řečiště.
- **Pravostranné selhání**, při němž dochází naopak ke snížení perfuze plic. Zvýšení tlaku v pravé komoře a síni poté způsobí městnání krve v systémovém oběhu.
- **Oboustranné, přenesené selhání**; jehož příčinu lze hledat v selhání levostranném a tlakové přetížení v plicního řečiště způsobená dysfunkcí levého srdce se posléze přenesse na pravou komoru a síň. (Pudil, 2020, s. 36)

2.3 Epidemiologie

Vzhledem k rostoucím hodnotám jak prevalence, tak incidence srdečního selhání v populaci můžeme v jeho souvislosti mluvit o epidemii 21. století. Tento jev má celou řadu příčin. Mezi ně patří především: stárnutí populace; stále se zlepšující péče o pacienty s ischemickou chorobou srdeční či pokroky v léčbě a diagnostice již rozvinutého srdečního selhání a jeho komorbidit (díky kterým se mohou pacienti s tímto syndromem dožít vyššího věku). V hospodářsky vyspělých zemích Evropy postihuje srdeční selhání okolo 1-2% populace. Mezi tuto skupinu států se řadí rovněž Česká republika, kde se celkový počet nemocných se srdečním selháním odhaduje na 100-200 tisíc obyvatel a jeho incidence okolo 0,4 % nových případů za rok. Tato data působí velmi alarmujícím dojmem. (Špinar, 2018, s. 835)

2.4 Etiologie

V současnosti je na prvním místě v etiologii tohoto onemocnění ischemická choroba srdeční, u pacientů ve vyšším věku spojená s hypertenzí. Její procentuální zastoupení u lidí se srdečním selháním se pohybuje okolo 60 %. SS se zpravidla pojí s poškozením srdeční svaloviny v důsledku infarktu myokardu. Poškození tkáně v této oblasti se projevuje nenávratnou ztrátou funkčních kardiomyocytů, fibrózou myokardu a remodelací komor. V převážné většině se dilatace týká komory levé a vzniká jakožto následek neurohumorální aktivity. (Málek, 2018, s. 10).

Důležité místo v etiologii srdečního selhání zaujímají také kardiomyopatie, zvláště pak kardiomyopatie dilatační, která se projevuje dilatací komor a systolickou dysfunkcí. Zhruba ke 30% z těchto případů dochází kvůli genetické zátěži, u ostatních nemocných tato kardiomyopatie vzniká jako následek infekční myokarditidy nebo projev právě probíhajícího zánětu. (Hradec, 2019, s. 4)

Mezi další, ovšem méně časté příčiny srdečního selhání se potom řadí chlopenní vady, chronická zánětlivá onemocnění, různé metabolické poruchy a užívání kardiotoxických látek. (Schwinger, 2021, s. 264)

2.5 Patofyziologie

Srdeční selhání je definováno jako neschopnost srdce zajistit takový oběh krve, aby byla zabezpečena dostatečná perfuze orgánů. Tento stav je provázený aktivací neurohumorálních mechanismů a změnou funkce myokardu.

2.5.1 Neurohumorální aktivita

V důsledku narušené hemodynamické funkce systému se v určité chvíli aktivují neurohumorální mechanismy, jejichž snahou je udržení dostatečné perfuze životně důležitých orgánů. Tyto obecně prospěšné a vysoce účinné mechanismy však při stavech jako syndrom srdečního selhání nejsou dostatečně regulovány, čímž se jejich nadměrná aktivita stává patologickou. Mezi základní neuroendokrinní kompenzační mechanismy patří: SNS, RAAS, NP a další – AVP, cytokyny, endotelin. (Pudil, 2020, s. 42)

SNS – V důsledku změny aktivace receptorů v karotickém sínu a v aortálním oblouku se uvolňují do krevního oběhu katecholaminy, z nervové soustavy potom noradrenalin a z kůry nadledvin adrenalin. Ty se projevují zvýšenou srdeční frekvencí a kontraktivitou miokardu a periferních cév, což se v počátku může zdát přínosné. Z dlouhočasového hlediska však způsobují celou řadu komplikací, jako např. poruchu systolické a diastolické funkce, arytmií, zvýšené nároky miokardu na O₂, fibrózu miokardu či hypertrofii kardiomiocytů. V ledvinách aktivují osu RAAS, tedy další mechanismus v patogenezi srdečního selhání. (Špinar, 2018, s. 836).

RAAS – Fylogeneticky velmi starý systém, který se podílí na udržení optimální hemostázy udržováním vody a iontů v organizmu. Spuštění této osy je iniciováno uvolněním enzymu reninu z buněk juxta-glomerulárního aparátu, snížením krevního tlaku ve vas aference, nízkou koncentrací sodíku v krevní plazmě a přímou sympatickou simulací. Renin enzymaticky štěpí játry vyprodukovaný angiotenzinogen na angiotenzin 1, pomocí ACE posléz zpracovaný na angiotenzin 2. Vzhledem ke skutečnosti, že je ACE produktem endotelií v plicním řečišti, dochází k přeměně angiotenzinu hlavně tam. Angiotenzin 2 v kůře nadledvin aktivuje uvolnění aldosteronu, způsobuje vazokonstrikci a rovněž retenci sodíku v proximálním tubulu, přičemž aldosteron navíc podněcuje zpětné vychytávání sodíku v tubulu distálním. To zapříčiňuje nadměrné hromadění vody v organizmu. Zároveň A2 ovlivňuje centrum žízně v mozku, kde stimuluje produkci AVP. V důsledku nekontrolované činnosti tohoto systému nastává celá řada projevů srdečního selhání. (Schwinger, 2021, s. 268)

NP – Na trieritické peptidy fungují jakožto systém protichůdný RAAS. Jejich uvolnění spouští elongace kardiomiocytů v důsledku tlakového a objemového přetížení. U lidí se syndromem srdečního selhání dominuje hlavně BNP, který je secernován hlavně v komorových kardiomiocitech. V patofyziologii jeho význam spočívá hlavně ve vazodylataci, dále podněcuje vylučování sodíku v ledvinách a inhibuje uvolňování reninů a aldosteronu. V klinické

praxi slouží hlavně pro účely diagnostické, neboť se spolu s ním sleduje také hladina jeho prekurzoru NT – proBNP. (Špinar, 2018, s. 836).

Vazopresin – K uvolnění vazopresinu dochází obvykle v přímé návaznosti na stoupající osmolaritu krve. V případě srdečního selhání je jeho sekrece stimulována podrážděním tlakových receptorů v srdečních komorách vagového nervu. Působením vazopresinu se zpětně vychytává voda v distálních tubulech a zesiluje se účinek noradrenalinu a angiotensinu 2. Kromě těchto schopností působí taktéž jako silný vazokonstriktor. (Pudil, 2020, s. 44).

Další látkou, způsobující mohutou vazokonstrikci, je ednotelin 1. Ten vzniká přeměnou bigendotelinu, který se uvolňuje při poškození endotelu. Hladiny endotelinu 1 i jeho prekurzoru se sledují jakožto prognostické údaje vývoje syndromu srdečního selhání. (Špinar, 2018, s. 837).

Pacienty se syndromem srdečního selhání charakterizují stavy disbalance mezi vazokonstrikčními a vazodilatačními faktory. Vazodilatačně působící látky sice reagují zvýšenou produkcí na činnost vazokonstriktorů, ne však dostatečně. V klinické praxi má sledování jejich hladiny spíše diagnostický a prognostický význam. Kromě natriuretických peptidů, fungujících jako protiváha k RAAS, dochází k uvolnění dalších vazodilatačně působících látek. Jsou to především bradykinin, oxid dusnatý a adrenomodulin. (Schwinger, 2021, s. 269).

2.5.2 Remodelace – změny funkce miokardu

Odchyly funkce miokardu se demonstrují převážně na remodelaci levé komory. V tomto procesu dochází k obměnám biologie miocytů, geometrie komory a ke strukturálním změnám myokardů. Mezi jevy ovlivňující biologii miocytů patří hypertrofie a změny struktury miocytů, desenzitizace miokardů na betablokátory, genetická reprogramace či abnormality spřažení dilatace a kontrakce. (Pudil, 2020, s. 50).

2.6 Klinický obraz

Jak již bylo zmiňováno v definici srdečního selhání, klinický obraz tohoto syndromu se prezentuje určitými příznaky a projevy. Ty se primárně dělí na subjektivní příznaky a objektivní známky.

2.6.1 Subjektivní příznaky

Mezi základní typické příznaky všech typů srdečního selhání náleží dušnost, netolerance námahy a únava.

Dušnost, jeden z nejčastějších a nejvýznamnějších příznaků u lidí se syndromem CHSS, se v raném stádiu nemoci projevuje převážně při fyzické námaze. Postupně k ní začíná docházet při různých náročných tělesných aktivitách, v plně rozvinutém stavu se potom objevuje i v klidovém režimu. Zdrojem dušnosti je převážně kongesce krve v plicním řečišti, posléze v plicním intersticiu a v alveolách, další přímý vliv mají snížená poddajnost plic, zvýšená rezistence dýchacích cest a stav vyčerpanosti dýchacích svalů. Prvními symptomy plicní kongesce je suchý, neproduktivní kašel. Dušnost, která se zhoršuje vleže a ustupuje při zvýšené poloze, se nazývá ortopnoe, kterou způsobuje přemístění krve z periferie do centrální části těla. V takových případech pomáhá pacientům při nepříjemných stavech např. více polštářů pod hlavou či spánek v polosedě. Paroxysmální noční dušnost je jedním z nejtypičtějších příznaků srdečního selhání, která nastupuje po pár hodinách po ulehnutí (obvykle 1-3h). Tento záchvat doprovází dušnost a kašel, zřídka pískoty. Jako další stojí za zmínku například pouze nedávno popsany projev SS bendopnea, tedy dušnost v předklonu. (Pudil, 2020, s. 58)

Městnání krve v plicním řečišti může vyústit ve velmi vážný stav, při němž tekutina přechází z krve a intersticia do alveolů. Pro tuto situaci, kterou charakterizuje především velmi těžká dušnost, netolerance horizontály a vykašlávání narůžovělého (krvavého) sputa, užívá lékařská věda odborný termín akutní otok plic. (Málek, 2018, s. 17)

Mezi další příznaky srdečního selhání se řadí i netolerance námahy, únava či pocit vyčerpanosti jakožto důsledek nízkého srdečního výdeje. U pravostranného neboli přeneseného srdečního selhání dochází k městnání krve v systémovém řečišti, především v gastrointestinálním traktu. V tomto případě tedy hlavně ve střevech a játrech, což se subjektivně projevuje tlakem v pravém podžebří, nechutenstvím a pocitem sytosti už při pozření malé porce jídla. U starších pacientů lze mnohdy pozorovat rovněž symptomy neurologické a psychiatrické; jako např. dysforie, deprese, zmatenost a narušení cirkadiálního rytmu. (Ponikowski, 2016, s. 2138)

2.6.2 Objektivní známky

Do této kategorie náleží následující jevy: zvýšená náplň krčních žil, hepatjugulární reflux, patologické srdeční ozvy a posunutý úder hrotu. Jejich přítomnost se prokazuje během fyzikálního vyšetření pacienta.

Náplň krčních žil jako typická známka pravostranného srdečního selhání se projevuje obzvláště v poloze vleže, a to v důsledku zvýšeného centrálního tlaku. Oproti tomu tzv. hepatjugulární reflux lze u pacienta vyvolat v polosedě při stlačení dlaněmi v oblasti jater. Je charakteristický pro městnavé selhání. (Málek, 2018, s. 18)

Dále se u srdečního selhání často vyskytuje nález třetí a čtvrté ozvy srdeční a také posunutý úder hrotu, který lze dobře nahmatat vlevo od medioklavikulární čáry anebo v 6. mezižebří. (Schwinger, 2021, s. 266)

Dle charakteru poškození myokardu a funkce oběhového systému se u pacientů vyskytují i méně specifické známky srdečního selhání. Jejich výčet zahrnuje např. přírůstek nebo ztrátu tělesné hmotnosti, kachexii, srdeční šelest, periferní otoky, krepitaci při auskultačním vyšetření plic, pleurální výpotek, tachykardii, arytmií, Cheyneiovo-Stokesovo dýchání, hepatomegalii, ascites, chladnou akru, oligurii či mělký pulz. (Hradec, 2019, s. 5)

2.7 Diagnostika

Ke stanovení správné diagnózy se v případě CHSS kromě anamnézy a fyzikálního vyšetření odborníci opírají o výsledky EKG záznamu, Echokardiografického vyšetření, a dále pak i o vyšetření laboratorní. Mimo těchto základních postupů se v diagnostice CHSS mohou použít i další metody.

Zatímco u anamnézy se zjišťují již proběhlá kardiologická onemocnění a další rizikové faktory (u anamnézy rodinné potom výskyt podobných obtíží u nejbližších příbuzných), při fyzikálním vyšetření se pátrá po symptomech a známkách srdečního selhání.

Fyzikální vyšetření slouží jako velmi důležitý proces, při kterém se mohou prokázat příznaky srdečního selhání. Jako první upozorní lékaře na pacientův zhoršující se stav, a proto je třeba každý jeho krok provádět důkladně a kvalitně. Mezi typické symptomy patří např. cvalový rytmus, chrůpky na plicích, tachykardii, při pravostranné kongesci zvýšenou náplň krčních žil, perimaleolární oboustranné otoky dolních končetin, hepatomegalie. (Staněk, 2020, s. 244)

Během komplexního fyzikálního vyšetření si pověřený zdravotník všímá celkového postoje pacienta a věnuje pozornost skutečnosti, zda pacient vyhledává úlevovou polohu (například zaujímání ortopnoické polohy je typické pro akutní srdeční selhání). Dále se sledují změny kůže a hlavní důraz se klade na známky jejího prokrvení (u SS může být pokožka chladná, teplá, vlhká i suchá). Cyanóza se může vyskytovat buď v centrální (jazyk, tváře), nebo v periferní (ušní lalůčky, špičky prstů, špička nosu) formě. Speciální pozornost se věnuje pokožce v oblasti bérce. Její hodnocení se často provádí v rámci celkového vyšetření dolních končetin v souvislosti s otoky. (Pudil, 2020, s. 60)

Nevýhoda EKG záznamu spočívá ve skutečnosti, že v tomto případě bohužel neexistuje žádný typický nález konkrétně poukazující na syndrom SS. Většinou zde lze ovšem odečíst alespoň patologickou křivku jakékoliv etiologie. Jeho výsledky rovněž napomáhají v rozhodování o dalším vedení terapie. (Ponikowski, 2016, s. 2139)

Za stěžejní vyšetření se při diagnostice SS považuje echokardiografie; pro zkušeného kardiologa metoda velmi přínosná, přesto však dostupná a levná. Hraje zásadní roli nejen v odhalení příčin SS, ale díky stanovení ejekční frakce (EF) také v evaluaci a klasifikaci jeho konkrétní formy. Nález tohoto vyšetření zhodnotí plnění jednotlivých srdečních oddílů a jejich funkci v systole a diastole. Stanoví tak, zda se jedná o porušení systolické nebo diastolické funkce, a následně určí tíži příznaků. (Hradec, 2019, s. 5).

Jako další nepostradatelná forma diagnostiky syndromu a sledování účinnosti terapie slouží laboratorní vyšetření, přičemž tím důležitým biochemickým ukazatelem je koncentrace natriuretického peptidu typu B (BNP) nebo N-terminálního konce molekuly jeho prekurzoru (NT-proBNP) v plazmě. Tyto peptidy se uvolňují z kardiomyocytů při jejich prodloužení nebo tlakovém přetížení. Vzhledem k faktu, že jejich plazmatická koncentrace stoupá i při jiných onemocněních, nemusí zvýšené hladiny notně poukazovat na srdeční selhání. Naopak jejich nízké hodnoty syndrom vylučují, mají tudíž značnou negativně prediktivní hodnotu. Sledování dalších parametrů souvisejících hlavně s renálními funkcemi (urea, kreatinin) má svůj význam nejen v diagnostice, ale také při sledování nežádoucích účinků některých farmak určených k léčbě SS. Kromě výše uvedeného se dále monitorují i koncentrace iontů (Na, K, Cl) a Fe, urikémie a krevní obraz. (Pudil, 2020, s. 68)

Diagnózu CHSS mohou podpořit i další metody jako např. skiagram hrudníku, magnetická rezonance, zátěžové testy (spiroergometrie), endomyokardiální biopsie či některá hemodynamická vyšetření. (Málek, 2018, s. 32).

2.8 Léčba

Terapie CHSS záleží hlavně na etiologických faktorech. Nicméně existuje řada léčivých přípravků, které pomáhají kompenzovat srdeční nedostatečnost. Tuto léčbu je možné podpořit různými nefarmakologickými metodami a režimovými opatřeními.

2.8.1 Farmakologická léčba

Základ farmakologické terapie CHSS tvoří tři skupiny léků: ACE inhibitory, beta-blokátory, blokátory mineralokortikoidních receptorů. Dále léčbu doplňují diuretika a skupina inhibitorů receptorů pro SGLT2.

ACE inhibitory narušují osu renin-angiotenzin-aldosteron. Podstatou jejich účinku je inhibice angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE), čímž brání v přeměně angiotenzinu I na angiotenzin II, a to následně blokuje vyloučení aldosteronu kůrou nadledvin. ACE inhibitory u pacientů s CHSS nejen výrazně snižují úmrtnost, ale rovněž velmi pozitivně ovlivňují řadu příznaků. Tato skutečnost vede ke zlepšení kvality života nemocných i ke snížení počtu jejich hospitalizací. Mezi nejčastější nežádoucí účinky při užívání těchto léků patří suchý, dráždivý kašel; někdy se může dostavit i hypotenze a příznaky anafylaktického šoku. V případě nežádoucích projevů citlivosti na léčbu se mohou ACE inhibitory nahradit blokátory receptoru 1 pro angiotenzin II tzv. sartany (Vítovec, 2017, s. 8).

V posledních letech kardiologové s oblibou a stále hojněji využívají tzv. duální inhibitor angiotenzinových receptorů a neprilyzinu-sakubitril valsartan, často doporučovaný u pacientů s CHSS se sníženou ejekční frakcí. Velice dobře nahrazuje léčbu ACE inhibitory a ARB. (Hradec, 2019, s. 7)

Druhou skupinou léků jsou betablokátory se schopností tlumit účinky sympatiku na β_1 a β_2 receptorech, čímž blokuje působení adrenalinu a noradrenalinu na jednotlivé orgány. Tím způsobují zpomalení srdečního rytmu a sníženou stažlivost myokardu. Příznivý efekt se dostavuje díky kvalitnějšímu plnění levé komory a tím pak zvýšené ejekční frakci. Mezi další pozitivní účinky náleží snížení nutričních nároků myokardu a anaerobního metabolismu myokardu, pokles intracelulární koncentrace Ca iontů v kardiomyocytech, aktivace osy RAAS a působení katecholaminů. (Staněk, 2020, s. 252)

Pro podání betablokátoru musí být splněny určité podmínky. Zprv, dávky chronické léčby by se měly postupem času titrovat, s možným nástupem prvního léčebného efektu až po několika měsících. Zadruhé, pacient by měl být oběhově stabilní a zabezpečený

dalšími léky. Mezi časté nežádoucí účinky patří únava, nedostatečná perfuze končetin, poruchy spánku, některé duševní poruchy a hlavně přechodné zhoršení dušnosti na počátku léčby. Z tohoto důvodu se za kontraindikace považují astma bronchiale, bradykardie a některé arytmie způsobené atrioventrikulární blokádou. (Vítovec, 2017, s. 28)

Třetí skupina léků zahrnuje tzv. blokátory mineralokortikoidních receptorů (BMR), bez nichž se léčba CHSS neobejde. BMR blokují účinek aldosteronu v distálním tubulu, zcela nepostradatelného pro zpětné vychytávání sodíku výměnou za draselné ionty. Za hlavního zástupce této skupiny léků se považuje spironolakton a eplerenon. Nežádoucí účinky jeho užívání zahrnují gynekomastii a poruchy potence u mužů, u žen se potom lze setkat s virilizací, zhrubnutím hlasu a s poruchami menstruace. Kontraindikací je narušená funkce ledvin. (Hradec, 2019, s. 7)

Výše zmiňovaná trojice lékových skupin tvoří základní kámen farmakoterapie u osob s CHSS a dále ji doplňují diuretika, dioxin či blokátory I_f kanálu-ivabradin.

Mezi doplňující léky patří diuretika, která zastupují hlavně symptomatickou terapii u pacientů s městnavým SS. V současnosti mají lékaři k dispozici diuretika thiazidová a při výraznějším městnání diuretika kličková. Nejčastějším a nejpoužívanějším kličkovým diuretikem je však Furosemid, podávaný intravenózně. (Málek, 2018, s. 39)

U pacientů s fibrilací síní při rychlé odpovědi komor se podává digoxin, u kterého se vyžaduje sledování kalemie a hodnot renálních funkcí. Léčba ivabradinem se indikuje pacientům s tepovou frekvencí nad 70t/min, a to i přes léčbu betablokátory. (Hradec, 2019, s. 7)

Naprostou novinku v léčbě CHSS tvoří skupina inhibitorů receptorů pro SGLT2, tj. inhibitorů sodíkovo-glukózového kotransportéru – gliflozinů, představujících naději do budoucna v léčbě SS. Původně se užívaly k léčbě diabetu mellitu 2. typu, řada studií však prokázala jejich proteltivní účinek u lidí současně trpících CHSS. (Pudil, 2020, s. 120-121).

Inhibitory SGLT2 – glifloziny byly do klinické praxe uvedeny jako perorální antidiabetika, která působí mechanismem zvýšeného vylučování glukózy močí pomocí blokády kotransportéru SGLT2, čímž je zabráněno zpětnému vstřebání glukózy v ledvinách. Glifloziny (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin) přinesly do léčby diabetes mellitus převratný mechanismus účinku, dlouho se totiž vůbec nevěřilo, že by bylo možné snižovat hladinu cukru v krvi cestou vylučování cukru močí. Zdá se, že ale mají i další než jen glykosurický efekt, např. vasodilatační či metabolické účinky (Vítovec, 2021, s. 39).

2.8.2 Nefarmakologická léčba

U pacientů, kteří nedostatečně reagují na farmakologickou terapii a u nichž existuje riziko náhlé srdeční smrti (NSS) z důvodu srdečních arytmií; se přistupuje k nefarmakologickým metodám terapie. Jedná se o následující: implantace kardiowerteru-defibrilátoru (ICD), resynchronizační léčba (SRL), transplantace srdce a mechanická srdeční podpora (VAD). (Bulava, 2017, s. 118)

ICD hraje důležitou roli v oblasti jak primární, tak sekundární prevence. Výkon lze tedy indikovat nejen u lidí, kteří zatím srdeční arytmií neprodělali; ale taktéž u již stávajících pacientů. Základní podmínka pro obě skupiny ovšem stanovuje, že pro podstoupení zákroku musí být dotyčný vystaven značnému riziku SS. (Vítovec, 2020, s. 37)

K resynchronizační léčbě se přistupuje ve specifických případech, při nichž nedochází k synchronní kontrakci septa a laterální části levé komory. Takto narušenou mechaniku lze synchronizovat pomocí tří elektrod zavedených na konkrétní místa, na která se vysílají speciálně načasované impulzy. Ty posléze zajistí správně sladěnou kontrakci obou komor. U některých pacientů může po tomto výkonu dojít k tak markantnímu zlepšení ejekční frakce, že lze výrazně zredukovat dosavadní medikamentózní léčbu. (Bulava, 2017, s. 119)

U pacienta se SS, u něhož se již vyčerpaly ostatní obvyklé možnosti léčby, se přistupuje ke konečnému řešení – k transplantaci srdce. Do tohoto programu je zařazeno jen velmi malé množství pacientů, kteří splňují přísná kritéria a nemají žádnou kontraindikaci k tomuto výkonu. Dobu čekání na štěp od vhodného dárce pomáhá překlenout dočasná implantace srdeční podpory. Tato léčebná metoda se kromě toho užívá také jako poslední alternativa u pacientů v terminálním stádiu nemoci bez možnosti provést transplantaci srdce. Nejčastěji se jedná o propojení levé komory a aorty speciálními kanyly, mezi něž se napojí malé čerpadlo zabezpečující neustálé proudění krve směrem k aortě. (Pudil, 2020, s. 132)

K nefarmakologickým postupům terapie CHSS patří tzv. self-care management či dodržování režimových opatření a zdravého životního stylu. Tím se rozumí aktivní cvičení, dietní opatření, imunizace, zákaz návykových látek, monitorování příznaků, cestování, dostatek volného času a sexuální aktivita. (Málek, 2018, s. 137)

Tzv. self-care management zahrnuje mimo jiné aktivní a pravidelné monitorování vlastního fyzického stavu, resp. fyzických funkcí jako tlaku krve či pulzu; dále pak schopnost rozpoznat symptomy a známky blížící se dekompenzace nebo měření tělesné hmotnosti

a sledování tolerance námahy. O správných hodnotách uvedených fyziologických funkcí by měl být pacient řádně poučen, stejně jako o postupu při jejich odchylkách a o možných kontaktech v případě jakýkoliv potíží. (Taniguchi, 2021, s. 3-5)

Při léčbě je třeba nezapomínat ani na veškerá možná úskalí, kterým lidé s diagnózou CHSS čelí. Kvůli špatné odolnosti vůči některým infekcím a především jejich neblahým až fatálním následkům se pacientům často doporučuje v rámci preventivních opatření očkování proti sezónním kmenům chřipky či proti pneumokokovým infekcím. (Málek, 2022, s. 137) V neposlední řadě se u nemocných CHSS běžně vyskytují různé úzkostné a depresivní stavy, jež se zpravidla rozvinou v důsledku náročné a psychicky vyčerpávající léčby s vědomím nejisté prognózy, častých návštěv zdravotnických zařízení a změny návyků kvůli režimovým opatřením. (Taniguchi, 2021, s. 4)

3 AKUTNÍ DEKOMPENZACE CHSS

Chronické srdeční selhání často komplikuje náhlé a prudké zhoršení příznaků. Do té doby určitým způsobem kompenzovaný stav se naruší a pacient prochází tzv. akutní dekompenzací CHSS. Pro svůj závažný a rychlý průběh se řadí mezi akutní stavy vyžadující hospitalizaci. (Kettner, 2021, s. 173)

3.1 Definice

„Akutní srdeční selhání (acute heart failure, AHF) je definováno jako náhlý vznik nebo rychlé zhoršení příznaků a/ nebo známek srdečního selhání, které může nemocného ohrozit na životě a vyžaduje okamžitou léčbu a velmi často hospitalizaci“ (Pudil, 2020, s. 144).

3.2 Klasifikace

Ke klasifikaci AHF se využívá řada systémů, ty se mohou vzájemně překrývat a doplňovat. V klinické praxi se lze nejčastěji setkat s dělením podle tříd Killipa a Kimballa či s klasifikací podle Forrestera.

„Klasifikace AHF v průběhu akutních koronárních syndromů podle tříd Killipa a Kimballa:

- *Třída I: bez známek srdečního selhání*
- *Třída II: srdeční selhání s cvalem (S3) a chrůpky*
- *Třída III: akutní edém s chrůpky po celých plicích*
- *Třída IV: kardiogenní šok (hypotenze, periferní vazokonstrikce, oligurie, cyanóza).“*

(Špinarová, 2015, s. 135)

Klasifikace AHF podle Forrestera, která vychází ze základního klinického vyšetření reflektující přítomnost kongesce (wet-dry) a/nebo periferní hypoperfuze (warm-cold):

- *„warm and wet“: dobrá perfuze s kongescí*
- *„cold and wet“: hypoperfuze s kongescí*
- *„cold and dry“: hypoperfuze bez kongesce*
- *„warm and dry“: kompenzovaný, dobře perfundovaný, bez kongesce*

(Pudil, 2020, s. 145)

Zvláštní a nejtěžší formou akutní dekompenzace CHSS je kardiogenní šok. Tento velice závažný stav, charakterizovaný systémovou hypoperfuzí v důsledku neschopnosti srdce dodat potřebné množství krve do krevního oběhu, vede často k životu ohrožujícímu multiorgánovému selhání. Klinické známky zahrnují poruchu vědomí různého stupně, opocnou a zároveň bledou až mramorovanou pokožku a oligurii (<20ml/h). Laboratorní kritéria představují laktátovou acidózu, zvýšený kreatinin, jaterní enzymy a glykemii. (Staněk, 2020, s. 263)

3.3 Příčiny

Mezi spouštějící faktory kardiální dekompenzace již existujícího chronického srdečního selhání patří celá řada stavů, většinou kardiovaskulární povahy. Sem se řadí hlavně arytmie, AKS, hypertenzní krize, myokarditida, akutní plicní embolie, chlopenní vady a srdeční tamponáda. V poslední době se rovněž uvádí také celá řada příčin nekardiovaskulárních, tedy bez přímé souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním. Jejich široký a pestrý výčet zahrnuje např. infekce, exacerbaci CHOPN, astma bronchiále, poškozenou funkci ledvin, onemocnění štítné žlázy, psychickou zátěž či graviditu. Za další velmi důležitou a dobře ovlivnitelnou příčinu se považuje nedodržování léčby a režimových opatření. (Farmakis, 2015, s. 8)

3.4 Klinický obraz

V klinickém obrazu pacienta se projevuje celá škála příznaků, jejichž valná většina souvisí s retencí tekutin v důsledku kongesce určitých orgánů. Symptomy v rámci objemového přetížení zahrnují dušnost, kašel, abdominálními potíže. Současně jsou doprovázeny klinickými známkami, jako chrůpky, pleurální výpotek, periferní otoky v oblasti dolních končetin, ascites, zvýšená náplň krčních žil. Pacient také často uvádí náhlý vzestup tělesné hmotnosti. (Pudil, 2020, s. 152)

Jako důsledek hypoperfuze nastupuje únava, oslabení mentálních funkcí, ospalost během dne, zmatenost a poruchy koncentrace; dále pak závrať, presynkopa či synkopa. Klinický nálezn u hypoperfuze představují chladné končetiny, hypotenze, bledost a bledá pokožka. (Málek, 2018, s. 85)

3.5 Diagnostika a monitorace

Dekompenzace srdečního selhání jakožto akutní stav může velice záhy vyústit v kardiogenní šok. Diagnostika tedy probíhá za současné monitorace fyziologických funkcí, obvykle zahájené již v rámci přednemocniční péče. Primárně se sledují hodnoty arteriálního krevního tlaku a saturace krve kyslíkem za kontinuální monitorace EKG. Současně probíhá další diagnostika hodnotící především klinický obraz pacienta a hledání konkrétních příčin jeho stavu. (Mauro, 2023, s. 3)

V návaznosti na předchozí postup se neprodleně pořizuje záznam 12svodového EKG ke zhodnocení kvalitativních i kvantitativních odchylek srdečního rytmu, případně k vyloučení akutního koronárního syndromu. (Pudil, 2020, str. 123)

Echokardiografické vyšetření, jako stěžejní vyšetřovací metodu je nutné provést co nejdříve, a to zvláště u hemodynamicky nestabilních pacientů. Z různých projekcí lze analyzovat a odhadnout užitečné hemodynamické parametry (plnicí tlak levé komory, velikost ejekční srdeční frakce), stejně tak i chlopenní vady (stenózy, regurgitace), vady septa či samotného myokardu. (Ponikowski, 2016, s. 2173)

Přítomnost kongesce v plicním cévním řečišti nebo intersticiálního či alveolárního otoku odhalí skiagram hrudníku. Kromě těchto diagnostických kritérií má RTG hrudníku své nezastupitelné místo v diferenciaci dušnosti. (Mauro, 2023, s. 6)

Následuje urgentní laboratorní vyšetření, kde se v souvislosti se srdečním selháním sledují především natriuretické peptidy. Jejich hodnoty by při podezření na kardiální selhání měly být stanoveny u všech pacientů s akutní dušností. Mezi další důležité parametry sledované z laboratorních vyšetření patří srdeční troponin (důležitý při diagnostice AKS), urea a kreatinin (poukazující na onemocnění ledvin nebo jejich nedostatečnou perfuzi), elektrolyty, glukóza, transamináza, prokalcitonin, krevní obraz a D-dimery s podezřením na plicní embolii a vyšetření krevních plynů. (Pudil, 2020, s. 159)

3.6 Léčba

Léčba dekompenzace CHSS se odvíjí od zhodnocení stavu pacienta. Život ohrožující stavy vyžadují akutní intervenci. V následujících kapitolách jsou představeny základní složky farmakologické i nefarmakologické terapie.

3.6.1 Farmakologická léčba

Diuretika se nasazují u pacientů, vykazujících klinické známky retence tekutin. Zde přináší podání diuretik již po několika hodinách úlevu od nepříjemných symptomů. Pro dosažení okamžitého a intenzivního léčebného efektu se v těchto případech upřednostňuje podání intravenózní formou. Spíše, než silná bolusová dávka doporučují nižší dávky diuretik aplikované pomocí kontinuální infuze. Velice důležité je sledování možných klinických komplikací, které mohou nastat hlavně při nesprávném nastavení dávky kličkových diuretik. Mezi nejzávažnější z nich patří zvýšená neurohumorální aktivita či narušení funkce ledvin a iontové rovnováhy, prezentované často srdeční arytmií (Raj, 2020, s. 37).

Vazodilatancia tvoří další lékovou skupinu určenou k okamžité léčbě akutně dekompenzovaných pacientů, přičemž terapie se často zahajuje již v přednemocniční péči. Do této kategorie patří nitráty, nitroprusid sodný a natriuretické peptidy. Úskalí při navyšování jejich dávek spočívá v nutnosti monitorace krevního tlaku. Nitráty se mohou podávat inhalačně, per os nebo intravenózně. Opět je třeba dbát na typické vedlejší účinky jako hypotenzi a bolest hlavy (Špinar, 2014, s. 173)

Pozitivně inotropní látky dobutamin, dopamin a milrinon zvyšují efektivitu srdeční kontrakce tím, že zvyšují intracelulární koncentraci v kardiomyocytech. Zvýšená práce myokardu samozřejmě klade velké nároky na jeho okysličení a nutriční nároky. K negativním účinkům tedy patří ischemie myokardu a sklon k tachykardii (Raj, 2020, s. 38).

Dalším inotropem je levosimendan. Ten oproti výše zmíněným lékům podněcuje srdeční kontraktilitu tím, že zvyšuje citlivost troponinu na vápník. Při jeho užití není zvýšená plazmatická koncentrace vápenatých iontů. Kromě účinků na kontrakci myokardu má levosimendan dilatační účinky na hladkou svalovinu cév, tak že zvyšuje perfuzi některých orgánů. (John, 2021, s. 372)

Ostatní farmakologická léčba využívá dle etiologie, klinických požadavků a komorbidit další užitečné léky jako jsou antiagregancia a antikoagulancia, analgetika a sedativa a v neposlední řadě ACE inhibitory a β -blokátory. (Špinar, 2014, s. 176)

3.6.2 Nefarmakologická léčba

Jako hlavní forma nefarmakologické léčby se užívá ventilace pozitivním přetlakem, který má v dýchacích cestách na hemodynamiku velice pozitivní účinky. Ty spočívají ve zvýšení nitrohručního tlaku, zabraňování kolapsu alveolů, snižování dechové práce či ve zlepšování výměny plynů mezi plicemi a vnějším prostředím. Z pohledu pacientu potom ventilace přispívá hlavně ke zmírnění příznaků dechové tísně. Rozlišují se dva druhy této metody - s kontinuálním a dvouúrovňovým pozitivním tlakem. Ventilace pozitivním přetlakem může být provedena invazivním způsobem prostřednictvím intubace nebo častěji neinvazivní formou pomocí speciální obličejové masky. (Plácido, 2015, s. 795)

3.6.3 Eliminační metody

V důsledku dekompenzace CHSS dochází ke ztrátě účinnosti kompenzačních mechanismů, což vede k oběhovému přetížení a přítomnosti kongesce v konkrétních orgánech, mimo jiné i v ledvinách. Ty díky snížené glomerulární filtraci a aktivaci osy RAA reagují reabsorbí vody a sodíku. Běžně se tento stav řeší podáním diuretik, vůči nimž jsou však pacienti s kardiorenálním syndromem nezdědka rezistentní. V takových případech se přistupuje k léčbě pomocí tzv. eliminačních metod. Přístupem dvoucestného hemodialyzačního katétru se provádí mimotělní ultrafiltrace krve, při níž je z krve odčerpáván izotonický ultrafiltrát bohatý na sodík, a ztráty objemu se posléze doplní substitučním roztokem. Na rozdíl od diuretik u této metody existuje menší riziko hypotenze a eliminace sodných iontů bez ztráty iontů draselných. (Kettner, 2021, s. 567)

4 OŠETŘOVATELSTVÍ U LIDÍ S CHSS

Pacienti s CHSS jsou většinou staří lidé, kteří trpí různými psychickými stavy a sociální izolací. Pokud chce pacient plnit terapeutická doporučení, musí se v tomto problému velice dobře orientovat. Ne vždy jsou tyto podmínky splněny. Pacient se tak dostává do bludného kruhu stále se opakujících epizod dekompenzace, které vyžadují jeho rehospitalizaci. Tento začarovaný kruh lze přerušit správným dodržováním léčby a pravidelným sledováním pacientova stavu. Jedině tak lze v případě blížící se dekompenzace účinně zasáhnout. (Riley, 2015, s. 123)

Česká kardiologická společnost podporuje zřizování specializovaných ambulancí chronického srdečního selhání při kardiologických ambulancích a kardiiovaskulárních centrech. Dle navrhovaného personálního zajištění zde mají působit sestry se zkušeností v péči o pacienty s CHSS. Ty by měly mít specifické profesionální kompetence jako např. schopnost edukovat pacienta v oblasti léčby či režimových opatřeních a sledovat efekt léčby, správnou orientaci v doporučeních ohledně diety, dokonalou znalost monitorace sledovaných životních funkcí pacienta, schopnost odhalit nežádoucí odchylky v jejich hodnotách a případně zahájit konkrétní ošetřovatelské intervence v rámci svých kompetencí aj. Ve spolupráci s Českou asociací sester se v současnosti připravuje specializace orientovaná na problematiku SS. (Málek, 2020, s. 311)

V některých státech Evropské unie již probíhá řada programů, v nichž značnou část péče o pacienty s CHSS zabezpečují a organizují odborné, specializované sestry. Evropská kardiologická společnost (ESC) ocenila vliv těchto sester na vývoj a řešení problému, a proto v rámci specializovaného vzdělávání podpořila Kurikulum sester pro srdeční selhání vydané Asociací pro srdeční selhání (HFA) ESC. (Riley, 2016, s. 737)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Termín CHSS označuje klinický syndrom charakterizovaný nedostatečnou orgánovou perfuzí, jehož podstatou je funkční porucha srdce jako pumpy. V současnosti se využívá celá řada terapeutických opatření pomáhajících takový stav kompenzovat. Za určitých okolností však může dojít k náhlému zhoršení symptomů. Tyto exacerbace se uvádí pod názvem kardiální dekompenzace CHSS. (Staněk, 2020, s. 264)

Mezi příznaky kardiální dekompenzace se řadí náhle zhoršená dušnost, zvýšená únava, nápadný nárůst tělesné hmotnosti či otoky končetin. Léčba vyžaduje okamžitou hospitalizaci, někdy dokonce na jednotkách intenzivní péče. Cílem terapie je uvést dotyčného zpět do kompenzovaného stavu jeho nemoci. (Riley, 2015, s. 124)

Výše uvedené zdravotní komplikace i následná terapie pacienty značně vyčerpávají nejen po tělesné, ale rovněž po psychické stránce. To, jakým způsobem pacient tuto zkušenost zpracovává, má vliv na jeho celkový přístup k jeho nemoci.

Na základě těchto formulovaných východisek jsme dospěli k výzkumné otázce: Jaká je prožitá zkušenost pacienta s kardiální dekompenzací CHSS?

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

6.1 Cíle

6.1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem této práce je popsat prožitou zkušenost s kardiální dekompenzací u pacientů s CHSS.

6.1.2 Dílčí cíle

1. Uskutečnit rozhovory s účastníky výzkumu.
2. Identifikovat a analyzovat odhalená témata a kategorie.
3. Najít souvislosti mezi jednotlivými tématy a kategoriemi.

6.2 výzkumné otázky/problémy

6.2.1 Hlavní výzkumná otázka

Jaká je prožitá zkušenost s fenoménem kardiální dekompenzace u pacientů s CHSS na Kardiologické klinice FN Plzeň?

6.2.2 Dílčí výzkumná otázka

- Jak respondent vnímá svou kardiální dekompenzaci?
- Jak se respondent snaží své zkušenosti s kardiální dekompenzací porozumět?

6.3 Operacionalizace pojmů

Chronické srdeční selhání:

Chronické srdeční selhání je stav, kdy srdce není schopno při normálním žilním návratu přečerpávat dostatečné množství krve metabolicky aktivním tkáním. (Pudil, 2020, s. 33)

Kardiální dekompenzace:

Kardiální dekompenzace je náhlé zhoršení příznaků u pacienta s již existujícím CHSS. (Málek, 2018, s. 51)

Zkušenost:

Poznatky získané individuální praktickou činností a bezprostředními kontakty s lidmi a jevy, které jsou vždy propojené s prožitky pozitivní i negativní povahy. (Vališová, 2021, s. 36)

„Žitá zkušenost s jevem má rysy, které běžně vnímají jedinci, kteří tento jev zažili. Tyto běžně vnímané rysy – nebo univerzální esence – lze identifikovat a vytvořit zobecněný popis.“ (Neubauer, 2022, s. 92)

Fenomén:

„Skutečnost nebo událost v přírodě nebo společnosti, zejména ta, která není plně pochopena.“ (Oxford Learner's Dictionaries, 2023)

7 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

7.1 Metodologie výzkumu

7.1.1 Kvalitativní výzkum

Pro praktickou část kvalifikační práce byla vybrána metodika kvalitativního výzkumu, neboť pomocí jeho technik lze lépe a přesněji porozumět výzkumnému problému.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Creswell in Hendl, 2016, s. 50)

Ke klíčovým znakům kvalitativního výzkumu náleží hlavně vzájemné pochopení a soulad mezi účastníkem výzkumu a výzkumníkem. Takový stav předpokládá vzájemnou důvěru, přímost a rovnost. Oba aktéři vystupují jako navzájem rovnocenní partneři, kteří se spolupodílejí na dosažení jednotného cíle (Mišovič, 2019, s. 36).

7.1.2 Fenomenologický přístup

Jako design našeho výzkumu jsme zvolili fenomenologickou studii, akceptovanou jako jeden z přístupů kvalitativního výzkumu. V současnosti tento koncept nachází své uplatnění v různých oblastech vědy, kde je přínosný hlavně pro svůj způsob pohledu na práci s kvalitativními daty, a to především v situacích vyžadujících hloubkové zkoumání a popis subjektivní zkušenosti. Pomocí fenomenologického výzkumu lze porozumět způsobu, jakým konkrétní člověk prožívá určitou zkušenost, a jaký této zkušenosti přisuzuje význam. (Neubauer, 2022, s. 90)

Podle Hendla ve fenomenologickém výzkumu umožní jedinec výzkumníkovi vstoupit do svého světa, aby mu umožnil lépe porozumět významům prožívaného fenoménu. Výzkumník se snaží získávat data nejčastěji metodou kvalitativního rozhovoru a pečlivě je analyzuje za účelem pochopení podstaty prožité zkušenosti a přístupu ke konkrétně prožitému fenoménu. Zajímá se o to, jak se tento fenomén ukazuje, jak je tvořen a jaký má vliv na existenci zkoumaného subjektu. Zdali tento subjekt dospěl při setkání s fenoménem nějakému poznání. (Hendl, 2016, s. 128)

Jeden z pilířů fenomenologického přístupu tvoří idiografický přístup, jehož podstatou je zaměření výzkumu na jedince s jedinečnou zkušeností se sledovaným fenoménem.

Výzkumník se snaží detailně prozkoumat, jakým způsobem konkrétní sledovaný specifickou situaci vnímá, jak k ní přistupuje a jak jí rozumí. V rámci organizace výzkumu se provádí podrobné prostudování jednoho případu, až dokud nedojde k nasycení dat či k dosažení určitého rámce použitelného k interpretaci. Posléze může následovat analýza dalšího případu.

7.1.3 Polostrukturovaný rozhovor

Metoda polostrukturovaného rozhovoru se těší značné oblibě díky své pružnosti, dosažitelnosti i srozumitelnosti. Jeho jádro tvoří otázky vztahující se k tématu a k cíli výzkumu. Napomáhá odkrýt i často přehlížené, a přesto významné vlastnosti lidského vnímání a chování. Vzhledem ke skutečnosti, že je polostrukturovaný rozhovor postaven na základech konverzace, může výzkumník podle potřeby měnit způsob, frekvenci i hierarchii otázek. To podporuje u participanta tvoření vlastních úvah a vynořování nových témat, k čemuž ostatně polostrukturovaný rozhovor zahrnuje orientační otázky. Správně vedené interview je podmíněn důvěrou mezi výzkumníkem a účastníkem a vyžaduje svědomitou přípravu. V rámci úvodního vstupu se účastník obeznámí s obsahem i cílem výzkumu a s místem i formou rozhovoru, poté se na zahájení zvolí jednoduché téma. (Mišovič, 2019, s. 88)

7.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek zahrnoval tři pacienty, v průběhu výzkumu hospitalizované na lůžkovém odd. Kardiologické kliniky FN Plzeň pro akutní dekompenzaci CHSS.

Charakter řešerše vyžadoval zařadit do výzkumného procesu pouze nízký počet respondentů, z tohoto důvodu byli osloveni pouze tři. Při jejich záměrném výběru byl kladen důraz na homogenitu vzorku, představující prožitou zkušenost se zkoumaným fenoménem.

Všichni dotazovaní splňovali následující kritéria:

Pacient musí být hospitalizován na lůžkovém odd. Kardiologické kliniky FN Plzeň.

Pacientova aktuální diagnóza je U58.0 - akutní selhání nebo akutní dekompenzace chronického srdečního selhání, a tato diagnóza je důvodem jeho současné hospitalizace.

Pro zařazení do sledovaného souboru není důležitý věk, pohlaví, národnost, vzdělání ani profese.

7.2.1 Etické otázky

Respondenti byli plně informováni o účelu výzkumu, stejně tak i seznámeni s průběhem rozhovorů a se zpracováním takto získaných dat. Svou účast stvrdili podepsáním dokumentu s názvem Informovaný souhlas (viz příloha). Ten pro splnění etické zásady dobrovolnosti a informovanosti zahrnoval mimo jiné i seznámení účastníka s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případně kdykoliv odstoupit z celého výzkumu. Pro účely zajištění anonymity participantů se audiozáznamy rozhovorů mazaly ihned po pořízení transkriptu. Stejná zásada platila i po ukončení výzkumu, aby se tak zabránilo identifikaci zúčastněných osob.

7.3 Organizace výzkumu

Vybraní pacienti byly během své hospitalizace informováni o probíhajícím výzkumu a zároveň byli pozváni k účasti. Těch, kteří souhlasili, jsme se dotazovali v rámci rozhovoru, jež se taktéž konal v průběhu jejich hospitalizace na Kardiologické klinice FN Plzeň.

Před každým sezením obdrželi dotazovaní informace o cíli a účelu výzkumu; zároveň se seznámili s organizací rozhovoru a se zpracováním získaných dat, zajišťujícím jejich anonymitu a znemožňujícím pozdější identifikaci jejich osoby. Dále se participantům zdůraznila jejich práva odmítnout účast na výzkumu, či svobodně odstoupit kdykoliv v jeho průběhu. Před samotným začátkem rozhovoru byl získán písemný souhlas s jeho poskytnutím.

Rozhovory se nahrávaly pomocí mobilní aplikace Hlasový záznamník, probíhaly v klidné části kliniky, aby bylo dosaženo příjemného prostředí bez rušivých elementů. To umožnilo účastníkům nerušeně hovořit o své zkušenosti s kardiální dekompenzací. Každé sezení trvalo celkem 20-40 min.

V samotném úvodu jsme účastníky požádali, aby se zamysleli nad uplynulými dny v souvislosti s jejich onemocněním. Poté jim byly pokládány předem připravené otázky, sloužící spíše jako vodítka než jako jednotlivé body rozhovoru. Celé interview se vyznačovalo značně flexibilní strukturou a volným průběhem, čemuž se přizpůsobilo i pořadí otázek.

7.4 Zpracování dat

Fenomenologickým výzkumem se rozumí cyklický proces, při němž výzkumník postupuje následujícím způsobem: získaná data zpracovává několika stádií pročitání, identifikuje hlavní témata, seskupuje je dohromady a výsledky zanáší do souhrnných tabulek či myšlenkových map; a své závěry znovu porovnává a reflektuje s původnímu daty. Tato metoda má závazek vůči osobě jedince jakožto ke kognitivní, lingvistické, citové a fyzické bytosti; a předpokládá řetězové propojení mezi tím, co lidé říkají, co si myslí a co cítí. (Hendl, 2016, s. 77)

Pro dosažení co nejvyšší možné míry objektivity výzkumu jsme využili tzv. metodu uzavorkování. Ta má ve fenomenologickém výzkumu své opodstatnění; neboť se jedná o jakési uzavření vlastních předsudků o zkoumaném fenoménu, aby nedošlo k ovlivnění získávaných dat. Z tohoto důvodu jsme pominuli nejen veškeré vlastní odborné znalosti, ale taktéž postřehy o vývoji zdravotního stavu pacienta.

Hlavním účelem analýzy bylo detailně objevovat, jak účastníkům dává smysl jejich osobní a sociální svět; a to s cílem zjistit, jakým způsobem určitá osoba vnímá nějakou věc nebo událost. V rámci kvalifikační práce se studovalo vnímání a zpracování zkušenosti s kardiální dekompenzací u pacienta s CHSS.

7.4.1 Přepis a čtení

Každý zvukový záznam jsme doslovně a bez jakékoliv editace přepsali. Poté jsme několikrát za sebou pročetli každý jednotlivý transcript, a to za pomoci technik, jako je čtení nahlas, čtení textu odzadu či na přeskáčku.

7.4.2 Kódování

Po pročitání textu došlo k zaznamenání důležitých, či stále se opakujících myšlenek a komentářů a k označování konkrétních částí transkriptu pomocí jednotlivých kódů. V této studii jsme použili způsob tzv. otevřeného kódování, jež jednotlivým kódům přiřazuje tematicky si blízké úryvky z textu. Jako jednotky kódů posloužily věty, souvětí či skupiny slov; jejichž spojení dávalo smysl, a těmto významovým jednotkám se přiřadily konkrétní názvy. Během celého procesu se čtení každého rozhovoru opakovalo několikrát, aby nedošlo k opomenutí důležitých informací.

Pro dodržení autenticity získaných dat, jsme zkoumaný text nijak needitovali, proto jsou získané kódy zachovány in-vivo.

7.4.3 Generování témat a kategorií

V každém transkriptu jsme sledovali případné možnosti smysluplného propojení jednotlivých kódů tak, aby vygenerovaly sjednocená témata. To se konstantně potvrzovalo opětovnou kontrolou transkriptů pro zachování pravdivosti výpovědí účastníků. V této fázi jsme zjistili, že ve vztahu ke zkoumanému fenoménu, bylo jedno z témat zastoupeno daleko více kódy, než ostatní témata. Pro svou obsáhlost, jsme jej rozdělili do několika dílčích kategorií. Přehled témat a kategorií byl u každého pacienta zanesen do tabulky.

7.4.4 Souvislosti mezi tématy a kategoriemi

V tomto kroku jsme zjistili, že vygenerovaná témata jsou vzájemně propojena. Vztahy mezi nimi vypovídali o jejich vzájemné podmíněnosti. Stejně tak tomu bylo i u jednotlivých kategorií v hlavním tématu. Konečná analýza potom pomohla sestavit cyklusardiální dekompenzace, posléze zpracovaný do myšlenkové mapy.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

U každého případu jsme vygenerovali tabulku konkrétních témat a kategorií a pro znázornění jejich vzájemných vztahů jsme použili myšlenkovou mapu.

Tabulka kategorií se u všech rozhovorů dělí do tří hlavních tematických okruhů: „Život s CHSS“, „Dekompenzace“ a „Kompenzovaný stav“. Téma „Dekompenzace“, které úzce souvisí s výzkumným cílem naší studie bylo nejobsáhlejší a díky tomu jsme jej rozdělili do několika kategorií.

Za zmínku stojí fakt, že se kladl velký důraz na svobodný a originální výklad těchto témat jednotlivými dotazovanými, a to za účelem dodržení autenticity výzkumu. Následující text obsahuje originální výpovědi respondentů, které se vztahují k jednotlivým tématům a kategoriím. Tyto úryvky dokládají jejich význam.

8.1 Téma: Život s CHSS

V rámci tohoto tématu se výpovědi participantů dotýkaly různých oblastí. Z rozhovorů vyplynulo, že každému z nich přináší život s nemocí specifický problém. Současně dotyční ochotně předložili vlastní strategii řešení těchto potíží.

Pro dotazovaného P1 téma evokovalo potíže se schopností samostatného pohybu.

P1: *„To chození je špatný. Já mám židli na kolečkách a tý se držím. No a s tou já si dojdu, a když nemůžu, tak na ní sednu. Protože, když jste na těch berlič jenom, kam si sednete?“*

Druhý dotazovaný P2 se cítí být omezen ve svém životním stylu a plánech do budoucnosti.

P2: *„No mně se těžko dýchalo. Já jsem právě koupil starší auto a myslel jsem si, že budu jezdit. No a nejde to. Samý prášky furt, beru a je to takový...“*, také líčí strach a nejistotu při provádění sebeobsluhy *„To je právě, že se třeba bojíte jít do sprchovýho koutu abyste neupadla“*.

Respondent P3 nejprve podotknul, že trpí otoky v oblasti kotníků a zároveň naznačila, že jim není věnována dostatečná pozornost ze strany lékaře v diabetologické ambulanci.

P3: „*No tak jsem tam byla asi třikrát a už tej jsem jako říkala, že mi ty nohy otýkají. Vždycky to napsala (lékařka) do té zprávy, a to bylo všechno... Jo a brala jsem prášky na to odvodnění, ten Furon. Ten беру pořád, ale že by to splasklo, ty nohy, to jako ne.*“

Dále uvádí únavu, která významně ovlivňuje většinu denních aktivit: „*Zvládnou doma, jako zvládnou uvařit, ale takovou nějakou práci, jako povjášet prádlo, to moc nezvládám. Jakmile mám ty ruce nahoře, tak jsem hned unavená.*“ „*Jo, jo. Prostě musím dělat vše pomalu, vždycky kousek.*“

8.2 Téma: Dekompence

8.2.1 Kategorie: Nástup obtíží

Jako zcela evidentní se jeví skutečnost, že každý z pacientů vnímá počátek kardiální dekompenzace trochu jiným způsobem. Zatímco někteří během rozhovorů považovali za důležitou především příčinu („Proč?“), jiným se naopak vybavila denní doba („Kdy?“) nebo rychlost nástupu specifických příznaků dekompenzace („Jak rychle?“).

P1: „*To vždycky z námahy nebo z rozčilení. Z něčeho takovýho, stresovýho.*“

P2: „*To bylo v noci, to už jsem čekal, jestli už bude ráno a když to nepovolí do rána...*“

P3: „*Najednou z ničeho nic... najednou prostě to přišlo, to dýchání špatný a byl konec a museli jsme volat.*“

8.2.2 Kategorie: Příznaky

V průběhu průzkumu respondenti popsal celou řadu příznaků. Nicméně i při tak pestřém symptomatickém zastoupení, jaké dekompenzace SS má, nešlo přehlédnout dominantní postavení jednoho z nich. Hlavním a zcela zásadním symptomem je pro všechny respondenty dušnost.

P1: „*To je jako, když Vás někdo takhle drží za krk a teď ještě táhne, a ještě Vám klečí na tom.*“

P2: „*No mně se těžko dýchal...No a já nemůžu mluvit pořádně...tak mi všichni říkali, že mi nerozumí...*“

P3: „*Prostě jsem nemohla dýchat a myslela jsem si, že se udusím...Cítila jsem, jak mi buší srdce a už to šlo...měla jsem vždycky vysokej tlak při tom...No, nohy mám oteklý.*“

„...byla jsem taková unavená doma a najednou prostě to přišlo...Zadejchávala jsem se, třeba jsem došla na záchod a zpátky.“

8.2.3 Kategorie: Emoce

V této kategorii jednotliví účastníci popsali vlastní vnímání odborné péče ze strany zdravotníků. Všichni situaci vnímali velice pozitivně a v souvislosti se zásahem Zdravotnické záchranné služby a personálu FN Plzeň udávali shodně pocit úlevy a bezpečí.

P1: „Máte o sebe strach, ale hroznej. Hroznej strach. Dusíte se a je to fuj. Nemám to ráda, tenhle stav. Vůbec. Ani drobet. To je hrozný. To je strašný. To nepřeju ani nepříteli. To nevíte honem, co máte dělat, aby to přestalo.“

P2: „Člověk někdy, no, taky mu ujedou nervy, protože nemám ten dech, to je, to jsou nervy, když se nemůžete nadechnout.“

P3 „Strach, že se udusím.“, posléze doplňuje „Já si myslím, že se každé bojí o ten život a že každé dělá všechno, co jde.“

8.2.4 Kategorie: Péče

V této kategorii jednotliví účastníci popsali vlastní vnímání odborné péče ze strany zdravotníků. Všichni situaci vnímali velice pozitivně a v souvislosti se zásahem Zdravotnické záchranné služby a personálu FN Plzeň udávali shodně pocit úlevy a bezpečí.

P1: „Když dostanu prostě tu masku... A ono taky to dělá psychika. Už vím, že už jsem v dobrých rukách. Že mi bude líp. A to taky udělá moc. To, když prostě jsou tady ti andělé.“

P2: „No, to bylo až dole na příjmu, tam se také chovali slušně, no a pak mě dovezli sem. No člověk ví, že se o něj starají, že už se to řeší...“

P3: „Přijeli a pak mě přijali na tom velkém sále, tam mi něco napíchali, já to moc nevnímala, nevím, nějaký prášky...Nebylo to tak rychle, ale myslím, že to bylo takovou hodinku, hodinku a půl, že se to pomalu ustálilo“

8.2.5 Kategorie: Informace

Pokud to situace umožňovala, zdravotnický personál se snažil pacientům předávat informace o jejich zdravotním stavu a průběhu léčby. Pro dva účastníky našeho výzkumu byly určité informace natolik důležité, že je sami zmínili v průběhu rozhovoru.

P2: „Já teď nesmím pít, litr a půl nejvíc denně. Když do mě nacpou tuto kapačku, to je litr vody navíc. To se počítá. Ta voda, mě to prej zůstává u srdce, že se to tam hromadí.“

P3: „*To mi říkali dole na tom příjmu, že jsem měla pravou plíci ponořenou ve vodě. Kousek. A to, že ztěžovalo to dýchání. Jak to srdce nepracovalo, tak že to nevypumpovalo.*“.

8.3 Téma: Zpracování zkušenosti

Jednotlivým skupinám respondentů se epizoda dekompenzace v jejich vlastních zkušenostech jevila zcela rozdílně. Níže uvedená výpověď P1 naznačuje, že dotyčná nereflektuje souvislost mezi CHSS a nedávnými obtížemi. Svou chronickou chorobu hodnotí jako normu a proběhlou dekompenzací jako nezávislou událost, která se čas od času vrací. P2 svou zkušenost s dekompenzací propojuje s problémy v sociálních vztazích. Oproti tomu P3 se ve své výpovědi snaží zážitek zpracovat konstruktivně a uvádí, že chápe propojení se svým chronickým onemocněním.

P1: „*Jsem ráda, že je to za mnou. Už nikam nechci. Snad se to už nevrátí. Doma si sednu do křesla, pustím si televizi a dám si nohy nahoru. To je všechno. Co bych ještě mohla chtít v mim věku? Už chci mít klid.*“

P2: „*Já jsem s tím už smířenej, že se to občas zhorší a nevím, jak tomu zabránit. Vím, že pokaždý to spustil nějaký stres. Hlavně, když se s někým pohádám. To víte dobrý vztahy pro mě znamenaj klid a když jsem v klidu, bez nervů, tak se cítím líp.*“

P3: „*Hodně lidí, a to je při každé nemoci, přehodnocuje. Plno věcí je zbytečných, který neřešíte. Prostě to chce ty problémy od začátku brát vážně a vono spousta lidí na to kašle a pak jsou ty komplikace. Já si myslím, že je to všechno v jednom, že se to váže na sebe. Stačí aby vypadl jeden dílek ze skládky a vše se rozsype. Myslím si to podle sebe.*“

Tabulka 3: Přehled témat a kategorií u P1.

TÉMA: ŽIVOT S CHSS	
VÝPOVĚĚ PACIENTA P1	
<p>To chození je špatný. Já si s pomocí židle dojdu. Když se o ní opřu, tak dolezu všude a když nemůžu, tak na ní sednu. Taky ven jsem s ní chodila. Protože, když jste na těch berlích jenom, kam si sednete?</p>	
TÉMA: DEKOMPENZACE CHSS	
KATEGORIE	VÝPOVĚĚ PACIENTA P1
Počátek	<p>Začala jsem se dusit. No. Prostě se Vám to tady stáhne a už koukáte honem rychle, aby přišla pomoc. To vždycky z námahy nebo z rozčilení. Z něčeho takovýho. Stresovýho. No sakra. Helejte, že si to nevybavím, proč se mi to stalo? Kde jsem vůbec byla? Byla jsem u dcery. No a pak se mi udělalo špatně. To už mi holka volala sanitku, no a ti mě vezli.</p>
Příznaky	<p>Únava: Ty dny před tím, než se mi to stalo jsem jenom seděla v křesle. Jídlo mi donesli z jídelny já bych to jinak nezvládla.</p> <p>Dušnost: Začala jsem se dusit. No. Prostě se Vám to rady stáhne. To je jako, když Vás někdo takhle drží za krk a teď ještě táhne, a ještě Vám klečí na tom. Když se dusíte neznám nic horšího. Všechno překonáte. Bolest břicha, bolest nohy, zlomenou nohu, ale dušení.</p>
Péče	<p>Když dostanu prostě tu masku, můžu normálně dýchat. Roztáhne se to, ty kanálky. Tak to je potom dobrý. Jak vám to všechno nasadí. A oni vám vždycky něco píchnou. To taky je podpůrný a nevím, co to je. A taky se vám uleví. To už vím, že je to dobrý.</p>
Emoce	<p>Strach: Máte o sebe strach, ale hroznej. Hroznej strach. Dusíte se a je to fuj. Nemám to ráda, tenhle stav. Vůbec. Ani drobet. No jo, no to jsou takový blbý emoce. To je hrozný. To je strašný. To nepřeju ani nepříteli. To je hrozný. Fuj, nechci to už. Vůbec. To začnete mít o sebe strašnej strach. To je prostě hrozný. To nevíte honem, co máte dělat, aby to přestalo. No. Je to hrozný, dusit se je strašná věc.</p> <p>Úleva: Když dostanu prostě tu masku, můžu normálně dýchat. To už vím, že je to dobrý.</p>
TÉMA: ZPRACOVÁNÍ ZKUŠENOSTI	
VÝPOVĚĚ PACIENTA P1	
<p>Jsem ráda, že je to za mnou. Už nikam nechci. Snad se to už nevrátí. Doma si sednu do křesla, pustím si televizi a dám si nohy nahoru. To je všecko. Co bych ještě mohla chtít v mim věku? Už chci mít klid. No budu se šetřit a taky se budu snažit tolik se nerozčilovat, ale ono to moc nejde. Já jsem prostě taková.</p>	

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 4: Přehled témat a kategorií u P2.

TÉMA: ŽIVOT S CHSS	
VÝPOVĚĚ PACIENTA P2	
<p>No mě se těžko dýchalo. Já jsem právě koupil starší auto a myslel jsem si, že budu jezdit. No a nejde to. Samý prášky furt, беру a je to takový. To je právě, že se bojíte jít do sprchového koutu abyste neupadla.</p>	
TÉMA: DEKOMPENZACE CHSS	
KATEGORIE	VÝPOVĚĚ PACIENTA P2
Počátek obtíží	Zavolali jsme sanitku. Maněťínskou rychlou, protože se nedalo dýchat. Strašně špatně se mi dýchalo. To bylo v noci, to už jsem čekal, jestli už bude ráno a když to nepovolí do rána... A voni mě tam už chlapy znají, z rychlý...
Příznaky	Dušnost: No mě se těžko dýchalo. Strašně špatně se mi dýchalo a kvůli tomu sem nemohl mluvit pořádně... Protože nemám ten dech, to je, to jsou nervy, když se nemůžete nadechnout. Ascites: Já mám pořád takový břicho, ale posledních pár dnů jsem cítil takový velký napětí.
Péče	No, to bylo až dole na příjmu, tam se také chovali slušně, no a pak mě dovezli sem. No člověk ví, že se o něj starají, že už se to řeší...
Emoce	Strach: To je právě, že se bojíte jít do sprchového koutu abyste neupadla. Vztek: No a jak se to dusí v sobě. To je vono. Člověku někdy, no, taky mu ujedou nervy, protože nemám ten dech, to je, to jsou nervy, když se nemůžete nadechnout. Štud: Člověku někdy, no, taky mu ujedou nervy, protože nemám ten dech, to je, to jsou nervy, když se nemůžete nadechnout.
Informace	Já teď nesmím pít, litr a půl nejvíc denně. Když do mě nappou tuto kapačku, to je litr vody navíc. To se počítá. Ta voda, mě to prej zůstává u srdce, že se to tam hromadí.
TÉMA: ZPRACOVÁNÍ ZKUŠENOSTI	
VÝPOVĚĚ PACIENTA P2	
<p>Já jsem s tím už smířenej, že se to občas zhorší a nevím, jak tomu zabránit. Vím, že pokaždý to spustil nějaký stres. Hlavně, když se s někým pohádám. To víte dobrý vztahy pro mě znamenaj klid a když jsem v klidu, bez nervů, tak se cítím líp.</p>	

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 5: Přehled témat a kategorií u P3.

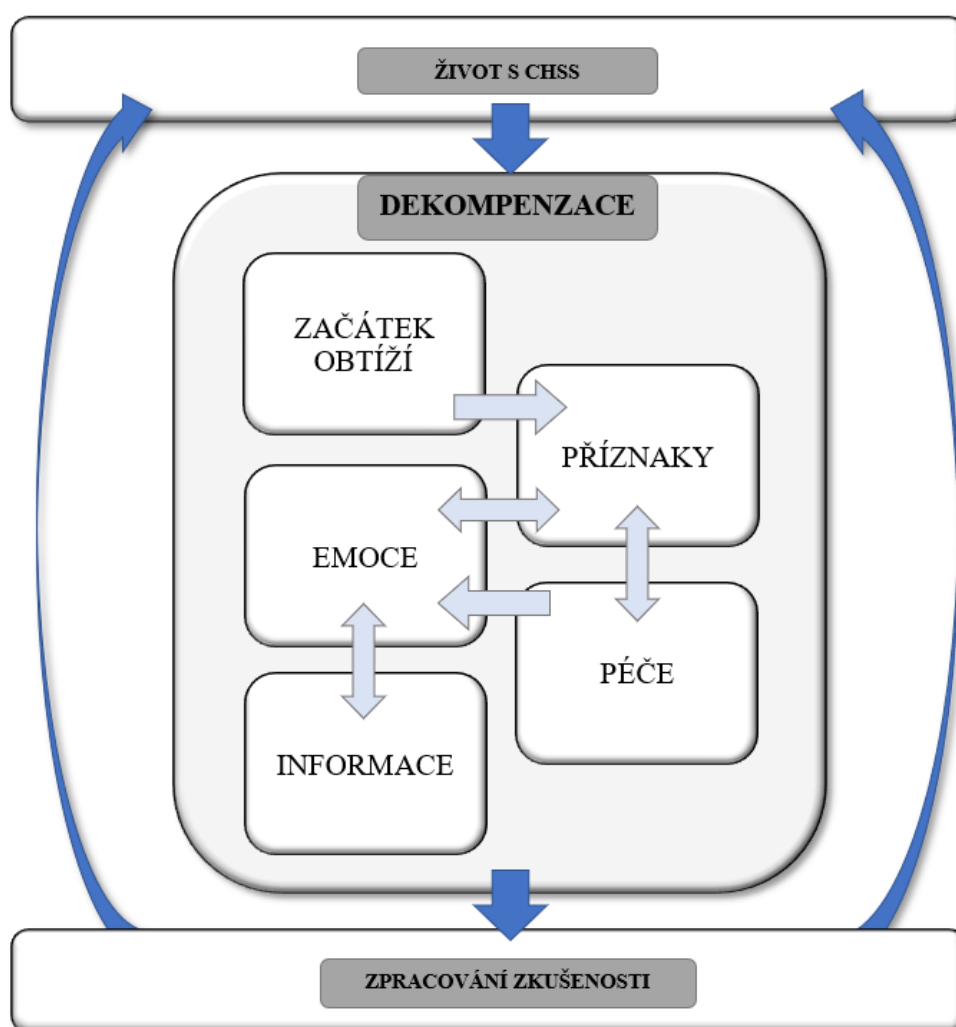
TÉMA: ŽIVOT S CHSS	
VÝPOVĚĎ PACIENTA P3	
<p>No, já jsem chodila poslední dobou do Vojenský nemocnice, kvůli ledvinám na vyšetření. Protože diabetoložka mi řekla, že to musí bejt. N tak jsem tam byla asi třikrát a už tej jsem jako říkala, že mi ty nohy otýkají. Vždycky to napsala do tý zprávy, a to bylo všechno... Jo a brala jsem prášky na to odvodnění, ten Furon. Ten beru pořád, ale že by to splasklo, ty nohy, to jako ne.</p> <p>Ano, vždycky mi vzali krev a moč a přisuzovali to té cukrovce.</p> <p>Zvládnú doma, jako zvládnú uvařit, ale takovou nějakou práci, jako povjášet prádlo, to moc nezvládám. Jakmile mám ty ruce nahoře, tak jsem hned unavená.</p> <p>Jo, jo. Prostě musím dělat vše pomalu, vždycky kousek.</p> <p>No už je to dlouho. Já mám ten tlak a cukr od padesáti let. A je mi sedmdesát osm. Tak to tělo, ty orgány, který s tím souvisí jsou od toho cukru a tlaku opotřebovaný. Jo, jo to už asi nikdo dohromady nedá.</p>	
TÉMA: DEKOMPENZACE CHSS	
KATEGORIE	VÝPOVĚĎ PACIENTA P3
Počátek obtíží	<p>V roce 2021 poprvé. Teď po druhý.</p> <p>Najednou z ničeho nic.</p> <p>To byla chvilinka</p>
Příznaky	<p>Únava: Byla jsem taková unavená doma. Jo ani nakoupit jsem nedošla, no nešlo to.</p> <p>Dušnost: Zadejchávala jsem se, třeba jsem došla na záchod a zpátky, a byla jsem zadýchaná. To dýchání špatný a byl konec a museli jsme volat. Prostě jsem nemohla dýchat a myslela jsem si, že se udusím.</p> <p>Otoky: No, nohy mám oteklý. Tak 14 dní mám oteklý ty kotníky.</p> <p>Jiné příznaky: Cítila jsem, jak mi buší srdce a už to šlo. On se zvedne tlak, měla jsem vždycky vysokéj tlak při tom.</p>
Péče	<p>Přijeli ano a pak mi přijali na tom velkým sále, tam mi něco napíchali, já to moc nevnímala, nevím, nějaký prášky...</p> <p>Nebylo to tak rychle, ale myslím, že to bylo takovou hodinku, hodinku a půl, že se to pomalu ustálilo.</p>
Emoce	<p>Strach: Že se udusím. Já si myslím, že se každéj bojí o ten život.</p> <p>Úleva: Už se nadechnu, že už nemusím mít strach z toho udušení.</p>
Informace	<p>Vono to asi dělá... To mi říkali dole na tom příjmu, že jsem měla pravou plíci ponořenou ve vodě. Kousek. A to, že ztěžovalo to dýchání. Jak to srdce nepracovalo, tak že to nevypumpovalo. Tak mi to vysvětloval.</p> <p>A to mi říkal i doktor dole: Když jsem to měla, abych nevěšela záclony nebo prádlo.</p> <p>Řekla bych mu, aby si nechal udělat vyšetřená srdíčka a rentgen plic. Aby to vyžadoval. Když bude mít třeba ty nohy...</p>
TÉMA: ZPRACOVÁNÍ ZKUŠENOSTI	
VÝPOVĚĎ PACIENTA P3	
<p>Hodně lidí, a to je při každéj nemoci, že přehodnocujou.</p> <p>Že pak hodně věcí jde stranou, který zjistíte, že jsou úplně nedůležitý.</p> <p>Hodně lidí, a to je při každéj nemoci, že přehodnocujou. Plno věcí je zbytečných, který neřešíte.</p> <p>No to potom, jak je dobře, tak hned ťuk, ťuk, strašně rychle otrne. Prostě to chce ty problémy od začátku brát vážně a vono spousta lidí na to kašle a pak jsou ty komplikace. Já si myslím, že je to všechno v jednom, že se to váže na sebe. Stačí aby vypadl jeden dílek ze skládky a vše se rozsype. Já si myslím, že se každéj bojí o ten život a že každéj dělá všechno, co jde. Myslím si to podle sebe.</p>	

Zdroj: *Vlastní zpracování*

8.4 Souvislosti mezi tématy a kategoriemi

Tři hlavní témata a kategorie, které byly popsány v jednotlivých tabulkách, se svými významy navzájem ovlivňovaly. Dospěli jsme k závěru, že mezi nimi vyvstaly určité spojitosti. Propojení jsme zaznamenali do myšlenkové mapy, kde se tak vynořil celý cyklus kardiální dekompenzace. Jednotlivé vztahy jsme vyznačili pomocí šipek, buď jednosměrných (naznačujících jednostranný vztah), či obousměrných (znázorňujících vzájemnou závislost témat).

Obrázek 1. Myšlenková mapa kardiální dekompenzace



Zdroj: Vlastní zpracování

DISKUZE

Jako téma této bakalářské práce jsme si zvolili Syndrom CHSS z hlediska ošetrovatelské péče. Vzhledem k jeho značné komplexitě se empirická část zaměřuje konkrétně na výzkum kardiální dekompenzace, tolik typické pro tento syndrom. Hlavním cílem je zmapovat prožitou zkušenost s fenoménem KD u pacientů s CHSS, a tím lépe porozumět vztahu mezi nemocným a jeho chorobou. K naplnění uvedeného cíle posloužil jako design kvalitativního výzkumu tzv. fenomenologický přístup. V průběhu rešerše jsme sledovali plnění dílčích cílů kvalifikační práce, uvedených v kapitole Cíle a výzkumné otázky, přičemž celý proces směřoval k závěrečnému zodpovězení výzkumných otázek této studie.

Fenomenologický výzkum započal sběrem dat metodou polostrukturovaného rozhovoru, uskutečněným na Kardiologické klinice FN Plzeň. Mezi respondenty byli zařazeni tři pacienti, přijatí k hospitalizaci pro akutní dekompenzaci CHSS. Věk osob ve výzkumném vzorku se pohyboval v rozmezí 70-82 let a sledovaní navíc trpěli komorbiditami typickými pro tuto diagnózu.

V empirické části studie jsme identifikovali pomocí kódů různé významové celky, odhalující svět lidí procházejících epizodou akutní dekompenzace CHSS. Tyto celky jsme charakterizovali jako téma: Život s CHSS, Dekompenzace a Zpracování zkušenosti. Kvůli charakteru výzkumného cíle vůbec nejobsáhlejší téma Dekompenzace sice muselo být rozděleno do více kategorií, avšak s existujícími vzájemnými vazbami mezi jednotlivými tématy a kategoriemi.

Téma Život s CHSS

Toto téma charakterizovalo pohled pacientů na jejich svět poznamenaný syndromem CHSS, jehož související potíže jako např. pocit únavy, dechová nedostatečnost či otoky dlouhodobě ovlivňují způsob a kvalitu jejich života. V dnešní době existuje již celá řada fenomenologických studií zaměřených na potřeby osob s CHSS, které mají s naší mnoho společného. Jejich účastníci popisují omezení fyzických funkcí způsobených příslušnými zdravotními problémy. Konkrétně závěry Winifred Nwosu, se shoduje s naším zjištěním každodenních potíží typu změna životního stylu, pocitu bezmocnosti nebo celkové snížení kvality života. (Nwosu, 2022, s. 1385).

Jak ve svém článku zmiňuje Chantira Chiaranai, za jediný významný rozdíl mezi rešerší v této kvalifikační práci a studii zahraničních autorů lze považovat fakt, že účastníci výzkumů některých zemí musí řešit také financování své léčby a s nimi spojené existenciální potíže. (Chiaranai, 2018, s. 515)

Téma Dekompenzace

Vzhledem k návaznosti na hlavní cíl výzkumu byla Dekompenzace klíčovým a nejobsáhlejším tématem odvozeným z analýzy dat naší studie. Jelikož se samotný stav kardiální dekompenzace projevuje mnoha různými způsoby; toto téma jsme rozdělili do jednotlivých významových kategorií, prezentujících různé úhly pohledu pacienta na tuto událost.

Jako první z kategorií jsme zkoumali Začátek obtíží. Všichni respondenti zde popisovali vlastní zaskočení náhlou a velmi prudkou změnou svého fyzického stavu. Naše výsledky jsme posléze porovnali s autory článků, nahlížejících na problematiku z objektivní a obecné stránky, a popisující příčiny i časový scénář. Například S. Straw ve svém článku udává, že existuje souvislost mezi rychlostí nástupu obtíží a charakterem jednotlivých příznaků. Systémová kongesce se zhoršuje v průběhu několika dnů i týdnů, zatímco akutní plicní edém se projevuje v řádu několika hodin i minut. (Straw, 2022, s. 428) Zmínku o prudkém nástupu dušnosti lze nalézt i v článku „Klíčové role sestry v léčbě akutního srdečního selhání.“ (Riley, 2015, s. 124)

V kategorii Příznaky jsme sledovali zhoršení známek kongesce v malém a velkém oběhu, které zpravidla demonstrují typické příznaky jako dušnost, netolerance zátěže či otoky. Vzhledem k fenomenologické povaze výzkumu zde uvádíme subjektivní pohled vybraných respondentů, jež jako hlavní symptom určili dušnost. Ta totiž představovala pro participanty největší zátěž, která je následně motivovala k vyhledání odborné pomoci. K podobným výsledkům dospěla i H. Walthall. Ve svém článku shromáždila zajímavé výpovědi lidí, líčící svou životní zkušenost s dušností. Stejně jako u dotazovaných v rámci studie této kvalifikační práce je i zde vyzdvihnutá multifaktoriální povaha prožitku. (Walthall, 2017, s. 2038)

Únava, otoky nohou a občasné palpitace patří mezi symptomy, které účastníky spíše jen mírně znepokojovaly, i když samy o sobě znamenaly předzvěst budoucích problémů. Neschopnost nebo obava číst tyto varovné signály u pacientů však představuje velký problém, ten ve své diplomové práci také podrobně rozebírá S. Ivynian. (Ivynian, 2018, s. 272)

V rámci kategorie Emoce, uváděli dotazovaní při kardiální dekompenzaci jako hlavní emoci strach. Ten byl konkrétně, vyvolaný z vnímání nebezpečí plynoucího z dechové tísně. Většinou ho popisovali jako pocit škrcení, či stahování jakési imaginární smyčky kolem krku nebo pocit, že jim někdo klečí na hrudi. Tato barvitost a výraznost naznačovala hloubku i intenzitu prožitku. Ke stejným emocím se hlásí i účastníci již zmiňované studie H. Walthalla, kde v kapitole Emocionální dopad dušnosti uvádí strach z pocitu tonutí nebo obavy z usnutí, vyvolané možným záchvatem dušnosti. Jiní zase podléhají bezmoci v důsledku marné snahy o identifikaci příčin dekompenzace a neschopnosti předpovědět její začátek. (Walthall, 2017, s. 2040).

Téma Zpracování zkušenosti

Zpracování zkušenosti kardiální dekompenzace proběhlo u našich participantů různým způsobem. Všichni si uvědomovali závažnost situace, které pro ně kardiální dekompenzace představovala. Ve svých výpovědích sice tuto epizodu hodnotili jako mimořádnou událost, ale jen někteří z nich si uvědomovali souvislost se syndromem CHSS. Z uvedeného plyne závěr, že zpracování zkušenosti kardiální dekompenzace probíhá velice individuálně. K podobnému poznatku došla i Linda Hoke, která ve své studii řeší problém readmisí pacientů s CHSS. Ti zde popisují pocity při propuštění z nemocnice po léčbě dekompenzace. Přesto, že se často cítili dobře po fyzické stránce, každý prožíval svou zkušenost jiným způsobem. Někteří zmiňují i význam víry a spirituality. (Hoke, 2022, s. 253-254)

LIMITY VÝZKUMU

Silnou stránkou výzkumu byla možnost proniknout do žitého světa účastníků a prozkoumat tak do hloubky prožitky kardiální dekompenzace u lidí se syndromem CHSS. I přes nevelký počet participantů se podařilo získat pozoruhodné výsledky.

Za hlavní nedostatek studie se dá považovat omezená přenositelnost výsledků na širší populaci, což ovšem úzce souvisí s designem tohoto výzkumu. Dále jsme se v našem výzkumu nezabývali tíží komorbidit typických pro syndrom CHSS. Proto by mělo pro další případnou rešerši, a ještě hlubší vhled do zkoumaného problému značný přínos užití triangulace jiných výzkumných metod (např. případové studie či ohniskové skupiny).

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Studie neposkytuje přesný návod, jak pečovat o člověka při kardiální dekompenzaci. Snaží se pouze pootevřít dveře do světa pacienta, který právě tímto obdobím prochází. Ukazuje směr, který by sestry měly následovat, aby vnímaly pacienta jako komplexní bytost; a podporuje tím myšlenku holistického a humanistického přístupu k člověku.

Každá sestra pečující o pacienty s CHSS by si měla být vědoma skutečnosti, že typické příznaky se sice mohou navenek prezentovat podobně, ale z pohledu jednotlivých nemocných se mohou jevit velice rozdílně.

„Pro pacienta se srdečním selháním je nezbytným úkolem pečovateli uvést pacientovi lékařská fakta o stavu jeho srdce a možnostech léčby. Mělo by být nezbytné zjistit, co tato fakta a způsoby léčby znamenají pro jednotlivou osobu, pro její běžný život a smysl pro identitu. Může se například stát, že člověk, který prodělal srdeční selhání, ztratil zásadní důvěru ve své vlastní tělo. Péče o tohoto člověka by tak měla zahrnovat jak lékařské ošetření, tak pomoc při řešení existenční nejistoty, která vznikla v důsledku srdečního selhání.“ (Dahlberg, 2019, str. 8).

ZÁVĚR

Pacienti trpící syndromem CHSS jsou vystaveni opakujícím se obdobím dekompenzace, které ve většině případů vyžaduje hospitalizaci. Účelem této kvalitativní fenomenologické studie bylo prozkoumat životní zkušenost pacientů s tímto jevem. Jinými slovy se pokusit zjistit, jakým způsobem respondenti zkoumaný jev vnímají, jak ho zpracovávají a jak se mu snaží porozumět.

Hlavním cílem této práce bylo popsat prožitou zkušenost s fenoménem kardiální dekompenzace u pacientů s CHSS. Získané výsledky ukazují, že prožití této události je ovlivněno mnoha aspekty, jako je rozpoznání nástupu obtíží, symptomy, emoce, vnímání péče, zpracování informací. Všichni účastníci se shodují v pojmenování pro ně největší překážky, a sice zvládnutí akutní dušnosti. Ta představuje problém po stránce fyzické, ale především po psychické, neboť nezdědka propadají panickému strachu z udušení; a ve výsledku tento symptom upozadí všechny ostatní. I když pacienti prošli dekompenzací několikrát, nechtějí si připustit možnost, že se jejich potíže mohou v budoucnu opakovat. Většina pacientů používá ke zpracování tohoto fenoménu své vlastní osvědčené mechanismy, od čehož se také odvíjí jejich přístup k léčbě a poskytované zdravotní péči. Potřebují tedy dostatečný prostor k prezentaci vlastních zkušeností, díky nimž lze získat širší obraz jejich potřeb. Ty je třeba správně pochopit a tím optimalizovat ošetrovatelskou péči.

9 BIBLIOGRAFIE

BULAVA, Alan, 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0468-0.

FARMAKIS, Dimitrios, John PARISSIS, John LEKAKIS a Gerasimos FILIPPATOS, 2015. Acute Heart Failure: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. *Revista Española de Cardiología (English Edition)* [online]. **68**(3), 245-248 [cit. 2023-02-17]. ISSN 18855857. Dostupné z: doi:10.1016/j.rec.2014.11.004

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HRADEC, Jaromír a Svatopluk BÝMA, 2019. *Chronické srdeční selhání: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2019*. Novelizace 2019. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-15-6.

HRADEC, Jaromír a Svatopluk BÝMA, 2019. *Chronické srdeční selhání: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2019*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-15-6.

JOHN, Basil, Mariya BABU, Sandramol SHAJI, Suja ABRAHAM a Jabir ABDULLAKUTTY, 2021. Clinical outcomes of levosimendan versus dobutamine in patients with acute decompensated heart failure with reduced ejection fraction and impaired renal function. *Indian Heart Journal* [online]. **73**(3), 372-375 [cit. 2023-02-25]. ISSN 00194832. Dostupné z: doi:10.1016/j.ihj.2021.02.010

KETTNER, Jiří a Josef KAUTZNER, 2021. *Akutní kardiologie*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3096-2.

MÁLEK, Filip a Ivan MÁLEK, 2018. *Srdeční selhání*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3823-2.

MÁLEK, Filip, Vojtěch MELENOVSKÝ, Jan KREJČÍ et al., 2020. (Expert consensus statement of the Czech Heart Failure Association of the Czech Society of Cardiology on the

managing of heart failure clinics). *Cor et Vasa* [online]. **62**(3), 309-313 [cit. 2023-02-09]. ISSN 00108650. Dostupné z: doi:10.33678/cor.2020.046

MÁLEK, Filip, Jiří VESELÝ, Radek PUDIL et al., 2022. (Summary of 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of heart failure). *Cor et Vasa* [online]. **64**(2), 121-162 [cit. 2023-02-13]. ISSN 00108650. Dostupné z: doi:10.33678/cor.2022.006

MAURO, Ciro, Salvatore CHIANESE, Rosangela COCCHIA et al., 2023. Acute Heart Failure: Diagnostic–Therapeutic Pathways and Preventive Strategies—A Real-World Clinician’s Guide. *Journal of Clinical Medicine* [online]. **12**(3), 1-25 [cit. 2023-02-17]. ISSN 2077-0383. Dostupné z: doi:10.3390/jcm12030846

MCDONAGH, Theresa A, Marco METRA, Marianna ADAMO et al., 2021. 2021 ESC Guidelines pro diagnostiku a léčbu akutního a chronického srdečního selhání. *European Heart Journal* [online]. **42**(36), 3599-3726 [cit. 2023-02-24]. ISSN 0195-668X. Dostupné z: doi:10.1093/eurheartj/ehab368

NEUBAUER, Brian E., Catherine T. WITKOP a Lara VARPIO, 2022. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education* [online]. **8**(2), 90-97 [cit. 2023-03-30]. ISSN 2212-277X. Dostupné z: doi:10.1007/S40037-019-0509-2

NUSSBAUMEROVÁ, Barbora a Hana ROSOLOVÁ, 2018. Diagnosis of heart failure: the new classification of heart failure. *Vnitřní lékařství* [online]. **64**(9), 847-851 [cit. 2023-03-29]. ISSN 0042773X. Dostupné z: doi:10.36290/vnl.2018.116

Oxford Learner's Dictionaries [online], 2023. Oxford: Oxford University Press [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/>

PLÁCIDO, Rui a Alexandre MEBAZAA, 2015. Nonpharmacological Management of Acute Heart Failure. *Revista Española de Cardiología (English Edition)* [online]. **68**(9), 794-802 [cit. 2023-02-17]. ISSN 18855857. Dostupné z: doi:10.1016/j.rec.2015.05.006

PONIKOWSKI, Piotr, Adriaan A. VOORS, Stefan D. ANKER et al., 2016. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* [online]. **37**(27), 2129-2200 [cit. 2023-02-17]. ISSN 0195-668X. Dostupné z: doi:10.1093/eurheartj/ehw128

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

RAJ, Leah, Samuel David MAIDMAN a Bhavin B ADHYARU, 2020. Inpatient management of acute decompensated heart failure. *Postgraduate Medical Journal* [online]. **96**(1131), 33-42 [cit. 2023-02-25]. ISSN 0032-5473. Dostupné z: doi:10.1136/postgradmedj-2019-136742

RILEY, Jillian, 2015. The Key Roles For The Nurse In Acute Heart Failure Management. *Cardiac Failure Review* [online]. **1**(2), 123-127 [cit. 2023-03-02]. ISSN 2057-7540. Dostupné z: doi:10.15420/cfr.2015.1.2.123

RILEY, Jillian P., Felicity ASTIN, Marisa G. CRESPO-LEIRO et al., 2016. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum. *European Journal of Heart Failure* [online]. **18**(7), 736-743 [cit. 2023-02-07]. ISSN 13889842. Dostupné z: doi:10.1002/ejhf.568

SCHWINGER, Robert H. G., 2021. Pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy* [online]. **11**(1), 263-276 [cit. 2023-02-15]. ISSN 22233652. Dostupné z: doi:10.21037/cdt-20-302

STANĚK, Vladimír, 2020. *Kardiologie v praxi*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Mlečice: Axonite s.r.o., nakladatelství lékařské literatury. Asclepius (Axonite CZ). ISBN 978-80-88046-21-9.

ŠPINAR, Jindřich, Lenka ŠPINAROVÁ a Jiří VÍTOVEC, 2018. Pathophysiology, causes and epidemiology of chronic heart failure. *Vnitřní lékařství* [online]. **64**(9), 834-838 [cit. 2023-02-15]. ISSN 0042773X. Dostupné z: doi:10.36290/vnl.2018.114

ŠPINAR, Jindřich, Jiří PAŘENICA, Lenka ŠPINAROVÁ a Jiří VÍTOVEC, 2014. Léčba akutního srdečního selhání. *Kardiologická revue: Interní medicína*. **16**(3), 171-177.

ŠPINAROVÁ, Monika, Lenka ŠPINAROVÁ a Jindřich ŠPINAR, 2015. Klinická klasifikace a srovnávací systémy u srdečního selhání. *Kardiologická revue - Interní medicína: Interní medicína*. **17**(2), 131-135. ISSN 1212-4540.

TANIGUCHI, Chinatsu, Natsuko SETO, Yasuko SHIMIZU a Sara RUBINELLI, 2021. Outpatient nursing support for self-monitoring in patients with chronic heart failure. *PLOS*

ONE [online]. **16**(7), 1-11 [cit. 2023-02-23]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0254019

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

VÍTOVEC, Jiří, Jindřich ŠPINAR a Lenka ŠPINAROVÁ, 2017. *Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4713-2.

VÍTOVEC, Jiří, Jindřich ŠPINAR a Lenka ŠPINAROVÁ, 2021. Moderní trendy ve farmakologické léčbě srdečního selhání. *Farmacie pro praxi* [online]. **17**(3), 35-43 [cit. 2023-02-13]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2021/03/15.pdf>

VÍTOVEC, Jiří, Jindřich ŠPINAR, Lenka ŠPINAROVÁ a Ondřej LUDKA, 2020. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2931-7.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Povolení sběru informací FN Plzeň

Příloha B: Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru

PŘÍLOHY

Příloha A: Povolení sběru informací FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 60, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Petra Chalupová
Studentka oboru Všeobecné ošetřovatelství
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Kardiologické klinice (KARD) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Syndrom chronického srdečního selhání z hlediska ošetřovatelské péče*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovoru s pacienty KARD, a dále získáváním informací o ošetřovatelských a léčebných postupech, tamtéž.

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

- Vrchní sestra KARD souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací budete provádět pod odborným vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Mokřejšová Pavlína, Mgr., vrchní sestra KARD FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, jakož i údaje, které vám pacienti sami sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti považovali jako újmu či s rozhovorem nevyhovovali souhlas, a dále pokud by spolupráce s vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
Manažerka pro vzdělávání lékařů
Útvar náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Fakultní nemocnice Plzeň
Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň
Tel: 377 401 663
E-mail: chabrovass@fnplzen.cz

18. 10. 2022

Zdroj: FN Plzeň

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce Filtrování internetového obsahu v dětských odděleních knihoven

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Petry Trembošové s názvem Filtrování internetového obsahu v dětských odděleních knihoven. Cílem výzkumu je identifikace názorů knihovníků pracujících v dětských odděleních veřejných knihoven na filtrování internetového obsahu.
- Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor a jaký bude mít průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případně do 3 dnů odmítnout účast na výzkumu.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce, jinak nikomu až na části citovány v textu práce, který bude volně dostupný online.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.
- Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však bude po ukončení výzkumu smazána.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka: