

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Alternativy léčby hypertenze v ČR a jejich vliv na ošetrovatelskou péči**  
Diplomová práce

Vedoucí práce  
Mgr. Zdeňka Pavelková

Rok  
2009/2010

Autor  
Bc. Erika Holarová

## **Abstract**

The diploma paper was prepared on: Alternative treatment of hypertension in the Czech Republic and its impact on nursing care. Hypertension is one of the most common diseases of the cardiovascular system and it is the most frequent cause of morbidity and mortality in the Czech Republic. High blood pressure occurs more and more often nowadays and it is frequently underestimated by patients. Therefore, its treatment as well as its prevention is important. A nurse should be able to guide patients with hypertension along the right path and to advise them, especially in relation to preventive precautions against hypertension origination, but also a nurse should be close during the treatment of high blood pressure using other methods. Two types of interviews were carried out with nurses and patients at the cardiology department of hospital Nemocnice České Budějovice, a.s, at the cardiology department of hospital Na Homolce and at the department of internal medicine at hospital Nemocnice Klatovy, o.p.s. In both the interviews, we first focused on the identification data of the nurses and the patients, and then questions were directed at answering our research questions specified in advance. According to the results of the data obtained from the interviews with the nurses and the patients, it was found that there was no difference in the nursing care provided to patients treated pharmacologically and patients with non-pharmacological treatment. The individual variants of hypertension treatment therefore have no impact on nursing care. Research question 1 was: Are there any differences in nursing care between pharmacological hypertension treatment and alternative hypertension treatment? Research question 2 was: Do alternative hypertension treatment methods affect nursing care? Both of these research questions have been answered by the data obtained from the interviews with the nurses as well as with the patients. Research question 3 was: Do patients view alternative hypertension treatment as part of the treatment of this disease? This question was answered by the data obtained from the interviews with the patients. Since the survey found that there are not any differences in the nursing care provided to patients with pharmacological therapy or non-pharmacological treatment, and that alternative hypertension treatment methods have no effect on nursing care, the two groups of patients should be educated properly and checked for high blood pressure. An

appropriate recommendation is to organize additional research to the problems of educating patients on regimen precautions during non-pharmacological treatment of arterial hypertension.

Keywords: Hypertension, nursing, education, pharmacological treatment, non-pharmacological treatment.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Alternativy léčby hypertenze v ČR a jejich vliv na ošetrovatelskou péči vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG používané Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne:

.....  
Podpis studenta

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Zdeňce Pavelkové za odborné vedení, připomínky a cenné rady. Dále všem nemocnicím, sestřám a v neposlední řadě pacientům, kteří mi pomohli uskutečnit výzkum.

<b>Úvod</b>	3
<b>1.Současný stav</b>	4
1.1 Anatomie srdce a fyziologie oběhového systému	4
1.1.1 Anatomie oběhového systému	4
1.1.2 Fyziologie oběhového systému	5
1.1.3 Krevní tlak	6
1.2 Hypertenze a její diagnostika	8
1.2.1 Hypertenze primární	8
1.2.2 Hypertenze sekundární	10
1.2.2.1 Hypertenze v těhotenství	10
1.2.2.2 Renální a renovaskulární hypertenze	11
1.2.2.3 Hypertenze u dětí a ve stáří	13
1.2.3 Diagnostika a diferenciální diagnostika	14
1.2.4 Rizikové faktory hypertenze	16
1.3 Léčba hypertenze	16
1.3.1 Nefarmakologická léčba hypertenze	17
1.3.1.2 Dietní opatření a arteriální hypertenze	17
1.3.1.3 Životní styl a arteriální hypertenze	19
1.3.1.4 Alternativní léčba hypertenze	21
1.3.2 Farmakologická léčba hypertonií	22
1.3.2.1 Rozdělení antihypertenziv	22
1.4 Komplikace hypertenze	24
1.4.1 Vliv hypertenze na životně důležité orgány	24
1.4.2 Hypertenzní krize	26
1.5 Ošetrovatelská péče	27
1.5.1 Role sestry v péči o hypertoniky	27
1.5.2 Role sestry v edukaci pacientů	29
1.5.3 Sdružení pacientů s kardiovaskulárním onemocněním	31
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky</b>	33
2.1 Cíle práce	33

2.2 Výzkumné otázky	33
<b>3. Metodika při sběru dat</b>	34
3.1 Metodika výzkumu	34
3.2 Charakteristika sledovaného souboru	34
<b>4. Výsledky</b>	35
4.1 Rozhovory se sestrami	35
4.2 Rozhovory s pacienty	51
4.3 Tabulky výsledků rozhovorů- sestry	69
4.4 Tabulky výsledků rozhovorů – pacienti	80
<b>5. Diskuze</b>	90
<b>6. Závěr</b>	98
<b>7. Seznam použité literatury</b>	100
<b>8. Klíčová slova</b>	105
<b>9. Přílohy</b>	106

## Úvod

Hypertenze patří mezi nejčastější onemocnění kardiovaskulárního systému a zároveň je nejčastější příčinou mortality a morbidity v České republice. Toto onemocnění má mnoho závažných zdravotních rizik a náklady na jeho léčbu jsou vysoké. Vysoký krevní tlak je ze zdravotního hlediska velice závažným onemocněním, jelikož několikanásobně zvyšuje riziko vzniku dalšího onemocnění, jako poškození ledvin, oční sítnice či má za následek zvýšený počet cévních mozkových příhod.

Arteriální hypertenze může vést k ireverzibilním změnám v organismu a někdy končit až fatálně. Klasifikace hypertenze rozlišuje hypertenzi esenciální, jinak nazývanou primární, kde známe řadu vyvolávajících mechanismů, ale není známa přímá příčina. Dále je klasifikována také jako sekundární, kde je výsledkem vysokého krevního tlaku jiný v organismu probíhající patologický proces.

Vysoký krevní tlak se v dnešní době vyskytuje čím dál tím častěji a je mnohdy pacienti podceňován. Proto je důležitá jeho léčba, ale také především jeho prevence. Sestra by měla umět pacienta s hypertenzí navést na správnou cestu a poradit mu především v oblasti preventivního opatření vzniku onemocnění, ale také zároveň by mu měla být nablízku při léčbě vysokého krevního tlaku ostatními metodami.

Z osobních zkušeností z koronární jednotky kardiologického oddělení považuji léčbu arteriální hypertenze za velmi důležitou, neboť takto lze předcházet fatálním následkům.

Z výše uvedeného důvodu jsem si vybrala toto téma diplomové práce s cílem zjistit, jaké jsou možné alternativy léčby hypertenze a zda je rozdíl v ošetrovatelské péči u pacienta léčeného farmakologicky či jinou alternativou.



## **1. Současný stav**

### **1.1 Anatomie srdce a fyziologie oběhového systému**

#### ***1.1.1 Anatomie oběhového systému***

Kardiovaskulární systém se skládá ze srdce a cév. Srdce, latinským názvem cor, je dutý svalový orgán, který pod tlakem vhání krev do krevního oběhu. Toto se děje díky jeho pravidelnému smršťování a ochabování. Stáhnuté srdce se nazývá systola, pokud dojde k jeho ochabnutí, nastává diastola. V srdci se nachází mechanická zařízení neboli srdeční chlopně, které brání zpětnému toku krve do srdce při jeho ochabnutí. Při proudění krve krevním oběhem se zapojují také tepny – část z nich svojí schopností stáhnout stěny, část svojí pružností stěny, a žíly – úpravou chlopní, jež dovolují jednosměrný tok krevní tekutiny (10).

Srdce dospělého člověka má hmotnost 230 až 340 gramů. Je uloženo v mediastinu, za hrudní kostí; svou jednou třetinou je vpravo od střední čáry, dvěma třetinami vlevo od střední čáry. Srdce se skládá ze tří vrstev. Vnitřní vrstvu tvoří endokard. Jedná se o tenkou lesklou blánu vystylající nitro srdce. Střední vrstvou je myokard. Tato vrstva je svalová a je tvořena příčně pruhovanou srdeční svalovinou. Díky tomuto složení je myokard schopen rychlého a dokonalého rozvodu nervových vzruchů, které vedou k postupnému a vlnovitému smršťování srdečního svalu. Celé srdce je na povrchu obaleno vazivovým listem neboli epikardem, který postupně podél cév vstupujících a vystupujících ze srdce přechází v perikard. Perikard je zevní vazivový obal (10).

Lidské srdce má čtyři dutiny, a to dvě srdeční komory a dvě srdeční síně. Pravá síň s pravou komorou tvoří pravé srdce, které je odděleno komorovou a síňovou přepážkou od srdce levého. Mezi pravou síní a pravou komorou se nachází trojcípá chlopeň, jinak také nazývaná chlopeň trikuspidální. Mitrální neboli dvojcípá chlopeň se nachází mezi levou síní a levou komorou. Další chlopeň, chlopeň poloměsíčitá, se nachází v ústí aorty u levé komory a má obdobnou funkci jako chlopeň v tepně plicní (10).

Krevní cévy rozdělujeme na tepny, žíly a vlasečnice. Tepny v organismu rozvádějí krev od srdce do celého těla. Proto musejí být pružné, aby byly schopny pojmout krev přímo z pulzujícího srdce, ale také musejí mít pevnou svalovinu, aby mohly rozvést krevní tekutinu až do periferií. Jsou proto silnější než žíly. Vnější vrstvu stěn tepny tvoří hladká pochva z fibrózní tkáně a pod touto vrstvou se nachází tlustá elastická a svalová vrstva, která zpevňuje stěnu tepny. Vnitřní vrstva tepny je tvořena endotelem (10).

Žíly neboli vény jsou složeny z podobných vrstev jako artérie. Žíly na rozdíl od tepen mají ale podstatně tenčí stěny. V žilách se nacházejí chlopně, které jsou tvořeny jedním až třemi cípy, které nedovolují zpětný tok krve. Nejvíce těchto chlopní je v žilách dolních končetin (10).

Vlasečnice neboli kapiláry představují spojení mezi tepenným řečištěm a řečištěm žilním. V oblasti kapilár dochází k výměně látek mezi krví a tkáněmi. Proto je odlišná i stavba kapilár, a to tím, že se skládá pouze z jedné vrstvy buněk (10).

### ***1.1.2 Fyziologie oběhového systému***

Hlavní funkcí srdce v lidském těle je udržet oběh krve v organismu. V srdeční svalovině probíhají periodické stahy, jimiž je celý krevní oběh poháněn a udržován. Srdeční svalovina je vybavena schopností stáhnout se (systola) nebo naopak ochabnout (diastola). Pokud dojde k systole, je krev do krevního oběhu vypuzována, při diastole naopak krev do srdce proudí. Cyklus, který je tvořen jednou systolou a jednou diastolou, nazýváme srdeční frekvence. Průměrná srdeční frekvence u dospělého člověka činí přibližně 70 tepů za minutu, tato hodnota je však proměnlivá a závisí na zátěži organismu. Při systole je krev vypuzována do tělního, tzv. velkého oběhu, a do oběhu plicního, který nazýváme malý krevní oběh (10,25).

V organismu tedy fungují dva krevní oběhy. Prvním oběhem je velký krevní oběh, který má za úkol rozvod krve do celého těla a zajišťuje rozvod a výměnu látek mezi tkáněmi a krví. Druhý, malý krevní oběh, se též nazývá plicní oběh. Zajišťuje především výměnu plynů mezi krví a vzduchem z vnějšího prostředí. Z pravé komory je vypuzována krev žilní, která je chudá na kyslík, do plicnice přes plicní chlopeň. Plicnice

se rozděluje na levou a pravou plicní tepnu a každá tato tepna zásobuje jednu plíci. V plicích tato krev na sebe naváže kyslík a zbavuje se oxidu uhličitého. Takto nasycená krev se vrací čtyřmi plicními žilami do levé srdeční síně a odtud do levé komory. Z ní je okysličená krev pod tlakem vháněna do aorty, která díky svému větvení zásobuje okysličenou krví všechny orgány v lidském těle. Při tomto ději dochází k předávání kyslíku a přebírání oxidu uhličitého. Krev, která je zbavena kyslíku, přitéká do pravé síně horní a dolní dutou žilou. Tímto je celý oběh dokončen a začíná znovu (10,25).

K tomu, aby docházelo k pravidelnému střídání systoly s diastolou, je potřeba vzruchové aktivity, kterou si srdce vytváří samo převodním srdečním systémem. Jde o specializovanou srdeční tkáň, která je schopna tvořit a vést vzruchy. K této tkáni patří také sinoatriální a atrioventrikulární uzlík. Oba tyto uzlíky se nacházejí ve stěně pravé síně. Nedílnou součástí je Hissův svazek, který elektricky spojuje síně a komory, a ve stěně komory potom Tawarova raménka a Purkyňova vlákna (10,25)

Sinoatriální uzel je pro srdce udavatelem rytmu neboli pacemakerem. Leží v pravé síni poblíž ústí horní duté žíly. Zde dochází ke spontánní elektrické aktivitě v nejrychlejší frekvenci a tato aktivita udává rytmus srdeční činnosti. Jde o sinusový rytmus. Vzruchy z tohoto uzlíku se šíří po síňové svalovině do uzlíku atrioventrikulárního. Ten se nachází pod endokardem na spodině pravé komory srdeční v blízkosti septa. Od tohoto uzlíku se vzruchová aktivita šíří na komory jen za pomoci Hissova svazku v mezikomorové přepážce. Zde se také dělí na pravé a levé Tawarova raménka, která se po otočení v srdečním hrotu větví na Purkyňova vlákna. Poté jsou vlákna elektrickými impulzy rozváděna do svaloviny srdečních komor, kde končí (10,25).

### **1.1.3 Krevní tlak**

Na udržování krevního tlaku se podílí odpovídající srdeční objem, objem krve a tonus vazomotorů. Krevní tlak je tedy tlak v tepnách, i když samozřejmě pod určitým tlakem proudí krev také v žilách a v kapilárách. Tento tlak je ale v podstatě nižší než v artériích. Rozlišujeme dva typy tlaku, a to systolický tlak krve, který odpovídá

hodnotě naměřené při srdeční systole, a diastolický tlak, což je hodnota naměřená při srdeční diastole. Během vypuzovací fáze srdeční systoly stoupá tlak v aortě až k maximu, to znamená na hodnotu systolického tlaku, a během napínací fáze, kdy je uzavřena aortální chlopeň, klesá tlak v aortě na minimum, to je na hodnotu diastolického tlaku. Krevní tlak se mění v závislosti na metabolických nárocích organismu, ale také při námaze, vlivem hormonů, vegetativního nervstva i v těhotenství. Krevní tlak je dynamická hodnota. Je závislý na několika faktorech. Prvním faktorem je výkon srdce, přesněji velikost minutového objemu. Druhý faktor, na kterém je krevní tlak závislý, je odpor cévního řečiště daný průsvitem cév a jejich pružností. Další faktor, který nelze opomenout, je množství cirkulující krve. Proto při zvětšení fyzického zatížení krevní tlak stoupá. Odpor cévního řečiště je velice proměnlivá veličina. Pokud dojde z jakéhokoli důvodu k uzavření některých oblastí cévního oběhu, krevní tlak stoupá před místem uzávěru a zvýšení ve větší cévní oblasti může přecházet na celý krevní oběh. Jestliže dojde k rozšíření cév, tedy k opačné situaci, krevní tlak klesá. Je udržován na stálé úrovni díky smršťování a rozšiřování cév, které je řízeno autonomními nervy. Množství krve cirkulující v řečišti je za fyziologických podmínek poměrně stálé (12,18,28,29,38,43).

Jak již bylo uvedeno, krevní tlak udržuje objem cirkulující krve, odpovídající srdeční výdej a tonus vazomotorů, je tedy zřejmé, že hypertenze může vyplynout ze zvýšení jednoho nebo více z těchto činitelů. Zvýšený krevní objem může být způsoben následkem vzestupu koncentrace natria v krvi při primárním nádoru nadledvinek nebo při sekundární renovaskulární hypertenzi a jiných chorobách. Zvýšený srdeční výdej může nastat při vzniku systolické hypertenze při nadměrné funkci štítné žlázy či nedomykavosti aortálních chlopní. Patofyziologií je také zvýšený tonus vazomotorů při nadměrné sekreci adrenalinu a noradrenalinu, k níž dochází při feochromocytomu (7,8,12,18,28,29,38, 43).

## **1.2 Hypertenze a její diagnostika**

Arteriální hypertenze je dle Mezinárodní společnosti pro hypertenzi a dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) z roku 1993 definována jako trvalé zvýšení krevního tlaku (dále jen TK) nad hodnoty 140/90 milimetrů rtuťového sloupce (dále jen mm Hg). Hodnota musí být zjištěna alespoň ve dvou ze tří měření, která jsou provedena za standardizovaných podmínek při alespoň dvou návštěvách ordinace ošetřujícího lékaře. Dle nových doporučení Evropské kardiologické společnosti z roku 2003 je normální krevní tlak definován hodnotami v rozmezí systolického tlaku 120-129 mm Hg a diastolického tlaku 80-84 mm Hg. Za optimální krevní tlak je považována hodnota systolického tlaku nižší než 120 mm Hg a diastolického tlaku menší nebo rovna hodnotě 80 mm Hg. Vysoký krevní tlak je definovaný systolickým tlakem 130-139 nebo diastolickým tlakem 80-89 mm Hg. Hypertenze se rozděluje dle hodnot krevních tlaků do tří stupňů: na hypertenzi mírnou, středně těžkou a hypertenzi těžkou. (8,12,18,28,29,38, 43)

Při primární prevenci arteriální hypertenze se velice uplatňuje redukce tělesné hmotnosti, omezení přívodu tuků a kalorií, sodíku, ale také alkoholu pod 30 g/den. Každý jedinec by měl ale také naopak zvýšit tělesnou aktivitu. Zároveň je třeba inervovat další rizikové faktory podílející se na vzniku vysokého krevního tlaku, například kouření nebo ischemickou chorobu srdeční. V sekundární prevenci záleží na včasné odhalení hypertenze, jelikož mnoho pacientů o svém vysokém krevním tlaku neví. Toho lze dosáhnout pravidelným měřením krevního tlaku v ordinaci kteréhokoli lékaře a měřením TK u rizikových skupin, které tvoří například diabetici nebo potomci rodičů s hypertenzí. (7,12,18,28,29,38, 43)

### ***1.2.1 Primární hypertenze***

Primární nebo také esenciální hypertenze začíná v rozmezí 25 až 55 let věku. Zhruba u 95% pacientů s vyšším krevním tlakem se nenajde přímá příčina, která zvýšení tlaku způsobuje. Vzestupy krevního tlaku jsou na počátku nemoci pouze přechodné a postupně se stávají trvalými. Dle Mezinárodní společnosti pro arteriální hypertenzi a Světové zdravotnické organizace je závažnost vysokého krevního tlaku

definována podle hodnot systolického a diastolického krevního tlaku tak, že hodnoty 140-180/90-105 mm Hg jsou považovány za lehkou hypertenzi, přičemž hodnoty 140-159/90-95 mm Hg jsou považovány za hodnoty hraniční. Těžkou arteriální hypertenzi pak rozumíme hodnoty 180/105 mm Hg (12,18,28,29,38, 40,43).

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) se hypertenze dělí podle orgánového postižení. Toto dělení je uznávané také v České republice. Orgánové postižení vzniká jako důsledek neléčené nebo nedostatečně léčené hypertenze. V prvním stadiu dle tohoto dělení je jedinou zjištěnou poruchou kardiovaskulárního systému zvýšený krevní tlak. V druhém stadiu jsou to již kromě zvýšeného krevního tlaku také orgánové změny, které však nemají vliv na funkci těchto orgánů. Ve třetím stadiu dochází již k poruše funkce orgánů, které jsou poškozeny vysokým krevním tlakem. Některé monografie také uvádějí stadium čtvrté, které bývá klasifikováno jako maligní hypertenze, v jiných monografiích je však maligní hypertenze postavena mimo klasifikaci. Maligní hypertenze je klasifikována jako náhlý vzestup krevního tlaku s fibrinoidní nekrózou arteriol a menších artérií (15,44).

Příčiny primární hypertenze jsou nejpravděpodobněji vícečetné. Velice důležité faktory v primární hypertenzi jsou genetické faktory neboli dědičnost a životní styl. Strava, alkohol, kouření, stres a přemíra solení zvyšují krevní tlak. Mezi faktory způsobující esenciální hypertenzi řadíme hyperaktivitu sympatického vegetativního systému, která je patrná zejména u mladých hypertoniků. Esenciální hypertenze patří v dnešní době mezi nejvýznamnější rizikové faktory, které ovlivňují předčasný vznik aterosklerózy, včetně postižení věnčitých tepen. Vede k mnoha orgánovým postižením a následným komplikacím. Prevalence primární hypertenze je přibližně 25%, tento odhad může být však nepřesný, jelikož, jak již bylo zmíněno, mnoho pacientů o své nemoci neví. Někdy se hypertenze může projevat únavou, bolestmi hlavy, poruchami spánku nebo neurčitými bolestmi na hrudi. V pokročilých stádiích pacient přichází k lékaři s příznaky poškození jiných orgánů vzniklými dlouhodobým působením vysokého krevního tlaku. I přes obrovské pokroky v diagnostice a léčbě existuje v ordinaci lékařů zhruba 22% správně a efektivně léčených pacientů (12,18,28,29,38,40, 43).

### ***1.2.2 Sekundární hypertenze***

Sekundární hypertenze jsou takové formy vysokého krevního tlaku, kde je možné diagnostikovat a v určitých případech také odstranit vyvolávající příčinu. Nejčastěji jde o onemocnění ledvin a nadledvinek, dále pak může jít o endokrinní poruchy, vysoký krevní tlak vzniklý v těhotenství, po transplantaci orgánů a tak dále.

Sekundární hypertenze tvoří asi 10% všech případů vysokého krevního tlaku. Vzhledem k prevalenci arteriální hypertenze u dospělých osob zůstává s velkou pravděpodobností mnoho případů sekundární hypertenze neodhaleno. V mnoha případech se tak sekundární hypertenze skrývá pod hlavičkou hypertenze primární. Je velice důležité odlišit hypertenzi primární od sekundární pro možnost konkrétní léčby, kde může vést k trvalému odstranění vysokého krevního tlaku díky odstranění vyvolávající příčiny. U sekundární hypertenze je třeba myslet na častý výskyt orgánových komplikací, což dále zdůrazňuje význam správné diagnostiky. U sekundární hypertenze bývá vysoký diastolický tlak rezistentní na léčbu a pacienti mívají většinou sklon k malignímu zvratu (15,48,54).

#### ***1.2.2.1 Hypertenze v těhotenství***

Vysoký krevní tlak v období těhotenství je hlavní příčinou mateřské, fetální a novorozenecké morbidity a mortality v méně vyspělých, ale také ve vyspělých zemích. Vysoký krevní tlak totiž zvyšuje riziko vzniku komplikací jak pro matku, tak pro její plod. Při vysokém krevním tlaku je plod ohrožen nezralostí a retardací. V období fyziologického těhotenství se hodnoty krevního tlaku mění. Systolický krevní tlak klesá o 4-6 mm Hg a diastolický tlak o 8-15mm Hg. V polovině těhotenství jsou hodnoty krevního tlaku nejnižší, poté pozvolna stoupají a v období před porodem dosahují hodnoty krevního tlaku k hodnotám před otěhotněním rodičky. Takto se chová krevní tlak u normotonek, hypertonek, ale také u těhotných s nově vznikající hypertenzí v těhotenství. Incidence hypertenze v těhotenství dosahuje v Evropě zhruba 4 – 8%. Hypertenze v těhotenství není tak jednotná a používá se několik dělení. Důležité však je, zda hypertenze předcházela těhotenství, v tomto případě by se jednalo o hypertenzi

preexistující, nebo zda se jedná o hypertenzi nově vzniklou v těhotenství, pak ji nazýváme gestační hypertenzí (48,54)

Preexistující hypertenze předchází graviditu nebo ji lékař diagnostikoval u těhotné ženy před dvacátým týdnem těhotenství. Tato hypertenze většinou u ženy přetrvává déle než 42 dní po porodu a může být doprovázená také proteinúrií (3,54).

Gestační hypertenze vzniká v průběhu gravidity ženy, a to nejčastěji v období 20. týdne jejího těhotenství a ve většině případů tato hypertenze vymizí do 42 dnů po porodu. Gestační hypertenzi rozdělujeme do dvou skupin. První skupinu tvoří gestační hypertenze, která je doprovázená proteinúrií, která odpovídá dříve užívané definici preeklampsie. U této hypertenze je množství proteinu v moči za 24 hodin větší než 3g za den. Druhou skupinu této gestační hypertenze tvoří hypertenze, která je bez proteinurie, tedy množství proteinu ve vzorku moči je méně než 3g za den. (3,43)

Vysoký krevní tlak může vyústit v závažné komplikace jak pro ženu, tak pro plod. Jde o závažnou problematiku, která vyžaduje mezioborovou spolupráci, a to nejen porodníka, ale také internisty. Pokud to stav vyžaduje, je nutné do spolupráce zapojit také anesteziologa, popřípadě neonatologa a jiné. Pro měření krevního tlaku platí v těhotenství všeobecné zásady. Tlak měří sestra těhotné ženě vsedě, ale také vleže na levém boku, a to zejména ve třetím trimestru, aby zabránila tlaku dělohy na dolní dutou žílu a aortu. Krevní tlak měří na obou horních končetinách. Pokud probíhá těhotenství fyziologicky, je systolický tlak o něco nižší než před těhotenstvím, hlavně v prvním a druhém trimestru (3,43,54).

#### ***1.2.2.2 Renální a renovaskulární hypertenze***

Chronická onemocnění ledvin jsou jednou z nejčastějších příčin hypertenze sekundární, kde je popisována prevalence u hypertenzní populace okolo 2 až 5 %. S klesající glomerulární filtrací stoupá také pravděpodobnost vzniku hypertenze. Hypertenze je po onemocnění slinivky břišní, tedy diabetu mellitu, druhou nejčastější příčinou ledvinového selhání. Jestliže má pacient onemocnění ledvin spojené s hypertenzí, registrujeme často větší výskyt orgánových komplikací. Ledvina je velice důležitý orgán u mnoha typů hypertenze. Poškození funkce ledvin se podílí na



patogenezi nejen hypertenze primární, ale také sekundární. Dosažení normalizace krevního tlaku může významně ovlivnit progresi ledvinového poškození. Nejčastější důvodem vysokého krevního tlaku u onemocnění ledvin je postižení ledvinového parenchymu, což nazýváme pak renální parenchymatózní hypertenzí, pakliže dojde k poškození tepenného systému ledvin, jedná se o hypertenzi renovaskulární, která se však vyskytuje méně často. Termín renoparenchymatózní či renální hypertenze nesmí být zaměňována s hypertenzí renovaskulární, jejíž příčinou je obvykle stenóza nebo zúžení arterie renalis, která vzniká většinou na podkladě aterosklerózy, vzácněji pak při fibromuskulární displazii ledvinových tepen (18,38,43,54).

U renální hypertenze je pro diagnostiku důležitý průkaz přítomnosti onemocnění ledvin u pacientů s arteriální hypertenzí. Hypertenze, u nichž je poškozen parenchym, jsou sdruženy se zhoršenou funkcí ledvin. Diagnostika se pak opírá o podrobnou anamnézu a fyzikální vyšetření, kdy se zaměřujeme na parenchymatózní onemocnění. Při diagnostice se opíráme o správně změřený krevní tlak, výsledky laboratorního vyšetření krve a moči a mnoho dalších doplňujících vyšetření, která jsou pro odhalení tohoto onemocnění nezbytná. Hypertenze vzniká jak u akutního, tak i chronického onemocnění glomerulů. Přejídná hypertenze se vyskytuje přibližně v 80% u akutní postinfekční glomerulonefritidy. Procento prevalence se u chronických glomerulonefritid zvyšuje se závažností morfologických změn. Zvýšený krevní tlak se může vyskytnout také při léčbě ledvinových kamenů a při její léčbě rázovými vlnami. Tento stav je však přejídný a ve většině případů do několika měsíců vysoký krevní tlak vymizí (38,43,54).

Renovaskulární hypertenze je definována jako zvýšení krevního tlaku v důsledku hemodynamicky významné stenózy renální tepny nebo tepen. Příčina renovaskulární hypertenze je zvýšení krevního tlaku v důsledku renální ischemie při hemodynamicky významné stenóze renální tepny. Znamená tedy nález stenózy na jakékoli renální tepně. Renovaskulární hypertenzi řadíme mezi nejčastější sekundární hypertenze. Prevalence renovaskulární hypertenze činí 3% všech forem vysokého krevního tlaku, zatímco u mírnějších forem vysokého krevního tlaku je výskyt renovaskulární hypertenze nízký. Procento prevalence se pak zvyšuje u těžších forem

hypertenze a s přibývajícím věkem pacienta, kde je pravděpodobné aterogenní cévní poškození (18,38,43,54).

### ***1.2.2.3 Hypertenze u dětí a ve stáří***

Vysoký krevní tlak se vyskytuje přibližně u 1 až 2% dětské populace. U dětí může jít o hypertenzi esenciální, ale ve starším předškolním věku je to spíše výjimkou, až v 70% případů se většinou jedná o hypertenzi sekundární na rozdíl od lidí dospělých. S přibývajícím věkem se poměr mezi esenciální hypertenzí a hypertenzí sekundární mění, u adolescentů již převažuje hypertenze primární. U dětí je nejčastější příčinou vysokého krevního tlaku onemocnění ledvin. Hodnocení krevního tlaku u dětí se provádí pomocí percentilových grafů, které určují správné hodnoty krevního tlaku u dětí v určitém věku. Krevní tlak by měl být měřen u dětí při každé preventivní prohlídce, to znamená od tří let jejich věku. Vysoký arteriální tlak nemusí způsobovat žádné problémy a může být odhalen náhodně. U dětí s těžší formou arteriální hypertenze dochází ke krvácení z nosu, k bolestem hlavy, únavě či ke zvýšenému pocení. Jestliže se vysoký krevní tlak vyskytuje u novorozenců a kojenců, lze u nich pozorovat promodrávání, křeče, vysoký neklid, neprospívání a někdy až srdeční selhání.

Vysoký arteriální tlak ve stáří je jedním z nejčastějších onemocnění vyššího věku. Ve stáří se může jednat o systolicko – diastolickou nebo izolovanou hypertenzi, ke které dochází z důvodu poruchy pružníku. Touto hypertenzí trpí ve starším věku přibližně deset procent lidí. Vysoký krevní tlak ve stáří zvyšuje riziko komplikací, jako jsou srdeční infarkt a srdeční selhání. Pokud dochází k náhlému vzniku hypertenze ve stáří, lze předpokládat možnost renovaskulární příčiny. Podobně jako u mladých lidí je hypertenze ve stáří definována jako opakovaně naměřený tlak vyšší než 140/90mm Hg. Avšak mnohé studie se stále drží starší definice Světové zdravotnické organizace, kdy hypertenze u starých lidí nad 65 let je definována jako systolický tlak nad 160mm Hg (Příloha 3).

Prevalence výskytu arteriální hypertenze u lidí ve věku 60-80 let je přibližně 60-70% pacientů. Léčbou arteriální hypertenze se snažíme nejen snížit krevní tlak u starších lidí, ale je také dosáhnout normalizace krevního tlaku jak u hypertenze

primární, tak u hypertenze sekundární. Největší dopad má snížení krevního tlaku v primární prevenci cévních mozkových příhod (16,18,38,413,43,53,54).

### **1.2.3 Diagnostika a diferenciální diagnostika**

Diagnostický program arteriální hypertenze vychází ze směrnic Evropské kardiologické společnosti a Evropské společnosti pro hypertenzi, nejnovější doporučení pocházejí z roku 2007. Cílem tohoto programu je zjistit přítomnost komplikací arteriální hypertenze, rozpoznat rizikové faktory a další onemocnění. Ke stanovení diagnózy hypertenze jsou zapotřebí opakovaně naměřené vysoké hodnoty krevního tlaku, zvýšené hodnoty krevního tlaku při jednom izolovaném měření ke stanovení diagnózy nestačí. Za směrodatné jsou považovány hodnoty naměřené rtuťovým tlakoměrem u osob ve fyzickém, ale také psychickém klidu, nejlépe několik minut. Toto měření se provádí nejméně dvakrát po sobě. Pro stanovení diagnózy hypertenze se musí vyloučit, zda nejde pouze o takzvaný syndrom bílého pláště. Tento jev znamená naměření vysokého krevního tlaku pouze v ordinaci lékaře, jinak jsou hodnoty tlaku měřeného v domácím prostředí v normě. Důvodem takového jevu je strach z cizího prostředí, z výsledku vyšetření a podobně. U tohoto syndromu je pak vhodné domácí měření krevního tlaku, u kterého nemocný zjistí, zda nedochází ke slábnutí efektu antihertenziv (12,18,28,29,38,40,43).

Jestliže dojde ke stanovení arteriální hypertenze, je zapotřebí posoudit závažnost tohoto onemocnění, možný výskyt komplikací. Také je zapotřebí odlišit, zda nejde o hypertenzi sekundární a to není vždy lehký úkol. Při stanovení diagnózy je zásadním vyšetřením změření krevního tlaku, které je ale také doprovázeno laboratorním vyšetřením funkce ledvin, vyšetřením očního pozadí, kde často dochází ke změnám vlivem vysokého krevního tlaku. Dále se nesmí opomenout kardiologické vyšetření (49).

V praxi existuje více způsobů měření krevního tlaku. Základní rozdělení metod je na metody neinvazivní a metody invazivní. Mezi metody neinvazivní řadíme měření auskultační, čili poslechem, ultrazvukové, oscilometrické a metodu digitální fotopletysmografie. Oscilometrická metoda měření krevního tlaku je metoda, na které

jsou založeny všechny digitální tonometry. Při této metodě je manžeta natlakována na určitou hodnotu, a tím dojde ke stlačení tepny, kterou neprochází krev. V momentě vypouštění manžety dojde k oscilaci neboli k rozkmitání tepny. Tyto kmity jsou detekovány v tonometru a na základě určitého algoritmu je zaznamenána nejvyšší pulzní vlna, která nepřímo určuje hodnotu systolického a diastolického tlaku. Metoda digitální fotopletysmografie umožňuje objektivizovat prstový nebo palcový tepenný tlak na končetinách a registrovat pulzní křivky. V invazivních postupech je metoda nepřímá, prováděná pomocí Swan-Ganz katétru a metoda přímá, kde se používají katétry s tlakovým čidlem umístěným na konci katétru. Za standardní měření považujeme měření auskultační pomocí poslechu. Tato metoda se nazývá Korotkovova metoda a spočívá v poslouchání ozev nad radiální tepnou. Při měření se musí postupně uvolňovat stisk paže, který je dosažen pomocí tlakové manžety. Tato metoda byla definována před více než 90 lety a dosud nebyla změněna (50).

Jestliže sestra měří touto metodou, musí dodržovat určitá pravidla, aby výsledek měření nebyl zkreslen. Vždy je nutné, aby měření bylo prováděno u pacienta sedícího v 5-10 minutovém klidu. Paže, na které se měří tlak, musí být volná, podložená například o stůl, nikdy se nesmí měřit přes oděv. Je nutné také použít správnou šíři manžety. U osob, které mají obvod paže do 25cm, použije sestra tlakovou manžetu úzkou, která se využívá při měření dětí, naopak lidé, jejichž obvod paže přesahuje 35cm, mají mít manžetu širokou. Další neméně používanou metodou měření krevního tlaku je jeho ambulantní monitorování po 24 nebo 48 hodin, které je nazýváno Holter a které se provádí za použití automatických tonometrů se záznamovým zařízením (viz příloha 3). Při této diagnostice má nemocný kontinuálně připevněnu manžetu na paži, měření se provádí v 20 až 30 minutových intervalech během dne a v noci. Indikací pomocí této diagnostiky je syndrom bílého pláště, hypertenze u těhotných, ověřování účinku nových léčiv a tak dále. Toto měření není vhodné u všech hypertoniků. Velmi důležitá by měla také být diferenciální diagnostika arteriální hypertenze, která může odhalit, zda nejde o syndrom bílého pláště, Cushingův syndrom, primární aldosteronismus, Fechromocytom, glomerulonefritidu či pyelonefritidu (12,18,28,29,38,40,43).

#### ***1.2.4 Rizikové faktory arteriální hypertenze***

Arteriální hypertenzi řadíme mezi onemocnění, které je multifaktoriální. Jsou u něj známy zatím jen některé faktory, které stojí za vznikem vysokého krevního tlaku. Jde o kombinaci faktorů genetických, faktorů zevních a poruch vnitřních regulačních mechanismů. Pro volbu správné léčby a péče o pacienty s vysokým krevním tlakem je důležitá právě znalost rizikových faktorů, které způsobují vysoký krevní tlak. Následná léčba a správná ošetrovatelská péče pak pozitivně působí na pacientovu prognózu. Rizikové faktory se rozdělují na dvě základní skupiny: první skupinu tvoří rizikové faktory, kterou se dají ovlivnit, tedy faktory ovlivnitelné, a druhou skupinu faktorů tvoří faktory neovlivnitelné. Mezi rizikové faktory neovlivnitelné řadíme pohlaví pacienta, jelikož u mužů je riziko arteriální hypertenze větší, dále věk pacienta, jelikož s věkem stoupá pravděpodobnost nového vzniku arteriální hypertenze, a genetické dispozice každého jedince. Rizikové faktory, které pacient může ovlivnit, jsou nadměrná konzumace alkoholu, eliminace stresu, nedostatek tělesné aktivity a s tím spojená obezita, či nadměrný přísun kuchyňské soli (5,39).

### **1.3 Léčba hypertenze**

Léčba vysokého krevního tlaku snižuje riziko hypertenzní, ale také aterosklerotické komplikace, zlepšuje jak mortalitu, tak morbiditu. Léčba vysokého krevního tlaku brání vzniku hypertrofie srdce, snižuje výskyt cévních mozkových příhod a úmrtnost na ně, brání progresi hypertenze, snižuje výskyt očních komplikací, vznikajících často při hypertenzi, snižuje rozvoj nefrosklerózy a diabetické neuropatie a tak dále. Proto je kladen velký důraz na léčbu vysokého krevního tlaku, jelikož zaléčení pacienti mohou předejít mnohým komplikacím vznikajícím při hypertenzní nemoci. Cílem léčby je normalizace hodnot krevního arteriálního tlaku, to znamená snížení krevního tlaku pod hranici 140/90mm Hg a u mladších jedinců s hypertenzí a u hypertoniků s diabetem mellitem na 130-120/85-80 mm Hg. Léčba krevního tlaku zahrnuje celou řadu opatření. Nejen farmakologická léčba, ale také léčba

nefarmakologická musí být nedílnou součástí léčby arteriální hypertenze (29,35,38,40,43 ).

### ***1.3.1 Nefarmakologická léčba***

Nefarmakologická terapie by měla být neoddelitelnou součástí každé léčby hypertenze. Úlohou sestry je důkladně a pečlivě pacienta s hypertenzí edukovat o nefarmakologických možnostech léčby hypertenze. Nefarmakologická léčba je v mnohých případech ze strany pacienta velmi zanedbávána a opomíjena. Léčba arteriální hypertenze by mohla být pro pacienty ekonomičtější, pokud by dodržovali nefarmakologickou léčbu. Edukace pacientů je velice důležitá, protože je nutné takového pacienta přesvědčit, aby dodržoval určitá opatření, přestože nemá potíže. Sestra působí na pacienta hlavně v edukaci o dietním opatření, o důležitosti nekouření, o prevenci stresu a o vhodné fyzické aktivitě (9,18).

#### ***1.3.1.2 Dietní opatření a arteriální hypertenze***

Dietní opatření je velice důležitou součástí nefarmakologické léčby hypertenze. Sestra na základě lékařské indikace edukuje pacienty s vysokým krevním tlakem o dietním opatření. Patří sem zejména snížení příjmu sodíku. Mezi příjmem sodíku a výskytem hypertenze existuje přímá závislost. Je potvrzené, že snížení množství soli na 5-6g denně má příznivý léčebný účinek. Doporučená denní dávka sodíku by neměla přesáhnout hranici 40-100 mmol/ den, tato dávka odpovídá přibližně 2,5-6 g denně. Sůl je možné nahradit jiným, vhodným kořením, jako je bazalka, oregáno a podobně. Snížení příjmu sodíku může snížit krevní tlak podobně jako antihypertenzivní medikamenty a může dokonce vést k vysazení těchto léků. Hypertonicí musí dát pozor také na skrytou sůl například v pečivu. S omezeným příjmem soli je také vhodné omezit přísun některých minerálních vod. Je zapotřebí znát obsah minerálních látek v těchto vodách, zejména tedy obsah sodíku. Při snížení příjmu sodíku dochází k většímu účinku antihypertenzivních léků a také ostatních nefarmakologických opatření, jako je redukce tělesné hmotnosti. Snížení příjmu sodíku má tedy více pozitiv včetně snížení úmrtnosti a výskytu cévní mozkové příhody. Toto se nazývá sodíková

citlivost a stoupá s věkem, je častější u obézních lidí a u pacientů s poškozenou funkcí ledvin. Snížit příjem sodíku naráz je velmi obtížné. Úspěch není často mnoho týdnů znát. Krevní tlak se mnohdy začne snižovat po několika měsících (6,27,37).

Vysoký krevní tlak nezvyšuje ale pouze vysoký příjem sodíku. Krevní tlak pacientovi může zvyšovat také alkohol. Pacienti, kteří pijí přibližně 3 drinky tvrdého alkoholu za den, mají vyšší krevní tlak než lidé, kteří alkohol nepijí. Tento efekt zvýšení krevního tlaku je výraznější u lidí, kteří vypijí přibližně 5 drinků za den. Nesmíme ale opomenout, že malé množství alkoholu (přibližně 2 drinky denně) má příznivý účinek na srdce, dokonce i u lidí s hypertenzí již vzniklou. Vliv alkoholu na vysoký krevní tlak byl řešen v mnoha studiích v osmdesátých letech minulého století. Přímý vztah mezi výškou krevního tlaku a alkoholu je známý řadu let. Nezávisí na tělesné hmotnosti, rase ani kuřáckých návycích. Předpokládá se, že nadměrnou konzumací alkoholu můžeme vysvětlit až 30% výskytu hypertenze ve vyspělých zemích (6,27,37).

Dalším velice důležitým prvkem v dietním opatření u nefarmakologické léčby hypertenze je samotná redukce tělesné hmotnosti, jelikož nadměrná tělesná hmotnost koreluje se zvýšeným krevním tlakem. Zdravé je vážit přiměřeně ke své výšce a věku. Příčinou vysoké hmotnosti je ve většině případů nepoměr mezi příjmem potravy a výdejem energie. Kilogramy navíc v organismu zatěžují srdce, které je nuceno více čerpat krev do tukových tkání, dochází ke zvyšování cholesterolu v krvi, k rozvoji diabetu mellitu a k hypertenzi. Maskulinní typ hypertenze znamená ukládání nadbytečných tuků viscerálně a je považován za rizikový, naopak feminní neboli periferní typ hypertenze není z hlediska rizikovosti tolik závažný. Ke stanovení vhodné tělesné hmotnosti se využívá Body mass index (dále jen BMI). Snížení tělesné hmotnosti u pacientů zvyšuje hypotenzí účinek medikamentů čili antihypertenziv a snižuje krevní tlak obézních lidí. BMI u dospělého člověka se pohybuje v rozmezí od 20 až 25. Každý kilogram váhy, který obézní člověk zhubne, představuje snížení krevního tlaku o 1,5-2,5 mm Hg. Při léčbě nadváhy znamená dodržovat nízkenergetickou dietu. Při této dietě by energetický příjem potravy měl být snížen o 2,5 megaJoul (dále jen mJ). Energetický obsah diet je 4,2-8,4 mJ. Diety s obsahem pod 3,5 mJ ordinuje lékař a držení této diety by nemělo přesáhnout tři měsíce. Nízkenergetická dieta představuje

pro pacienty změnu dosavadních stravovacích návyků. Je nutné, aby dali přednost rostlinným potravinám před potravinami živočišného původu. To znamená vyhnout se tučnému červenému masu, uzeninám a nahradit je rybím masem a drůbeží. Dále je při této dietě nutné snížení příjmu sladkých a moučných potravin. Cukry lze tedy nahradit nízkenergetickými či neenergetickými sladidly. Celkově je pacientovi vhodné doporučit, aby do stravy zvýšil přísun vlákniny, která tlumí pocit hladu a inhibuje vstřebávání živin. Pacientovi se tedy doporučí přísun ovoce, zeleniny a cereálií (6,27,37).

### ***1.3.1.3 Životní styl a arteriální hypertenze***

Důležitou roli v léčbě arteriální hypertenze hraje závislost na nikotinu. Každá vykouřená cigareta způsobí dočasné podráždění bloudivého nervu a následné zvýšení hladiny katecholaminů. U lidí se silnou závislostí na nikotinu způsobuje zrychlenou srdeční frekvenci, zvýšení arteriálního tlaku, zvýšení spotřeby kyslíku a koronární rezistenci. Karboxylhemoglobin snižuje v lidském organismu transportní kapacitu krve, dále poškozuje kontraktilitu a agregaci krevních destiček. Jak nikotin, tak také karboxylhemoglobin poškozuje endotel cév. Kouření poškozuje všechny tělesné systémy a neexistuje žádný jeho příznivý dopad na zdravotní stav. V České republice je kouření příčinou 18 000 úmrtí ročně. Kardiovaskulární onemocnění většina kuřáků nevnímá jako závažnou hrozbu a přitom kouření je příčinou nejméně 15% úmrtí na onemocnění oběhového systému. Příjem nikotinu je nejdůležitějším ovlivnitelným rizikovým faktorem aterosklerózy, a tím také kardiovaskulárního onemocnění. Vzestup arteriálního tlaku nastává po vykouření cigarety a je pozorovatelný zhruba 30 minut. U nás v České republice kouří více než 30% žen a více než 40% všech dospělých mužů. Zejména u mladistvých a žen má kouření stoupající tendenci. Přestože studie zabývající se vztahem arteriální hypertenze a kouření neprokazují přímé souvislosti, je přísný zákaz kouření jasnou součástí léčby hypertenze. Při odvykání ze závislosti na nikotinu dochází v častých případech k nárůstu tělesné hmotnosti, který by měl být sledován ošetřujícím lékařem (46,47).



U změny životního stylu je také důležité připomenout typy chování u lidí, které definoval Roseman a Friedman. Existují dva typy chování, typ A a typ B. U jedinců typu A se vyskytují vlastnosti, jako jsou ctižádostivost, pocit časové naléhavosti, hostilita vůči okolí. Lidé s těmito vlastnostmi se projevují malou trpělivostí, významně hlasitým projevem, často usilují o významné postavení. Lidé s typem chování A mají časté sklony k požívání alkoholu a kuřáctví, je tedy u nich také vyšší riziko prevalence arteriální hypertenze a ischemické choroby srdeční. U lidí s typem chování B je jejich chování klidnější, častěji jsou vyrovnanější a schopní relaxace. Tento typ je méně náchylný k rizikovému chování, jakým byly již zmiňovaný alkohol a kuřáctví. Avšak u toho typu je častěji popisován sklon k obezitě. Nelze jednoznačně říci, kdo který typ osobnosti je, do které skupiny spadá, proto se případná rizika arteriální hypertenze hodnotí dle jednotlivých rysů lidí. U prvního typu, tedy u typu A, se doporučuje lidem nekouřit nebo kouření cigaret omezit na minimum. Dále je vhodné doplnit u takového pacienta relaxační techniky. U druhého typu, u typu B, je nutné sledovat tělesnou hmotnost a dynamický trénink. Všem jedincům léčeným či neléčeným se doporučuje vyvarovat se stresu, který je samozřejmou součástí života (32,43).

Dalším velmi častým rizikovým faktorem arteriální hypertenze je tělesná neaktivita, která následně vede k obezitě pacienta, k vyšší hladině cukrů v krvi a ke zvýšené hladině tuků. Při prevenci hypertenze, ale také její léčbě se doporučuje dynamická neboli vytrvalostní zátěž. Pacientům s arteriální hypertenzí se doporučuje zátěž 20 minut denně; tato zátěž je stejná, jaká se doporučuje zdravým lidem v primární prevenci. Lze však také doporučit dynamický trénink, který se provádí 30 až 35 minut čtyřikrát týdně do submaximální tepové frekvence, která se může spočítat jako 180 mínus věk, tedy u pacienta v 60 letech je submaximální tepová frekvence 120 tepů/min. Tento trénink se doporučuje pouze u pacientů bez ischemické choroby srdeční. Nejjednodušší a nepřirozenější formou tréninku u pacienta je rychlá chůze, plavání, míčové hry, ale také například jízda na kole. Intenzitu každého tréninku je zapotřebí individuálně stanovit dle fyzických možností pacienta, nejlépe za lázeňského pobytu nebo na specializovaných pracovištích, zabývajících se dynamickým tréninkem. U

pacientů se nedoporučuje izometrická tělesná aktivita, jako je vzpírání, zvedání břemen a podobně, tedy aktivita, která vede ke zvětšování svalové hmoty (32,43).

Neméně častým faktorem způsobujícím arteriální hypertenzi je stres. Stres je náročný nejen pro lidské tělo, ale hlavně pro psychiku. Je-li člověk často ve stresu nebo jeho stresová situace trvá delší dobu, dochází k poruše duševní rovnováhy a tělesného zdraví. Všem pacientům léčeným s arteriální hypertenzí, ale i lidem bez indikované hypertenze se doporučuje co nejvíce se vyvarovat nadměrného stresu, který na lidský organismus působí negativně, a je vhodné použít relaxační techniky, jako je například známý autogenní trénink (32,43).

#### ***1.3.1.4 Alternativní léčba hypertenze***

Alternativní léčbu mohou pacienti volit tam, kde je potřeba volit jinou než známou cestu klasické léčby hypertenze. Tento druh léčby aktivizuje pacienta k účasti na terapii arteriální hypertenze a snaží se v něm probudit samoregulační pochody, které v pozitivním případě vedou k odstranění choroby. Nejrozšířenější volbou alternativní léčby hypertenze je léčba pomocí bylin neboli fytoterapie. Tato léčba spočívá v užívání bylinek snižujících krevní tlak. Využívání rostlin v lékařství je stejně staré jako lidstvo samo. Do 18. století byla tato metoda obvyklou léčbou arteriální hypertenze, v současné době, v době obrovských pokroků v léčbě, hypertenze představuje pouze alternativu léčby. Avšak podle Světové zdravotnické organizace je fytoterapie praktikována třikrát až čtyřikrát častěji než klasická léčba, jelikož stále více pacientů má pochyby o rozsahu užívání syntetických léků. V léčbě vysokého arteriálního tlaku se ve fytoterapii nejčastěji využívá paprika, fenykl, řebříček, petržel nebo česnek (21).

Další méně známou metodou v České republice v léčbě arteriální hypertenze je Bachova květinová terapie. Tato terapie sestává z esencí 36 různých bylin, léčivek a stromů. Tyto koncentráty bývají k dostání v lékárnách. Terapie pomocí Bachovy květinové léčby je zaměřena především na stimulaci psychiky, tedy může být využita při léčbě hypertenze, která má příčinu v psychice, tedy při hypertenzi ze stresu (21).

Z potravinových doplňků nebo ingrediencí v alternativní léčbě hypertenze je znám česnek a petržel, které snižují krevní tlak a působí močopudně. Tyto dva

potravinové doplňky snižují otoky dolních končetin, snižují hladinu cholesterolu a tuků v krvi a tím působí proti vzniku aterosklerózy. Dalším preparátem může být klíčkový olej s vitamíny E a C, jejichž hlavním účinkem je snižování cholesterolu v krvi, úprava srdeční arytmie, vysokého krevního tlaku a celkové zklidnění psychiky pacienta (21).

### **1.3.2 Farmakologická léčba hypertoniků**

V posledních letech došlo k obrovskému pokroku v léčbě arteriální hypertenze. Cílem farmakologické léčby arteriální hypertenze je snížení morbidity a mortality na kardiovaskulární choroby. Děje se tak dosažením a udržováním hodnot arteriálního tlaku pod hranicí 140/90 mm Hg. Léčba farmaky se zahajuje monoterapií zvoleným typem antihypertenziva. Za tento zvolený typ zodpovídá lékař, který rozhoduje podle celkového zdravotního stavu pacienta. Volba zvoleného farmaka vždy závisí na přidruženém onemocnění, lécích a věku pacienta. Léčba arteriální hypertenze může být zahájena léčbou jedním typem antihypertenzního léku či kombinací dvou různých antihypertenziv v nízké dávce, aby bylo dosaženo co nejlepšího efektu a zároveň byl minimalizován nežádoucí efekt vedlejších účinků (19,36,43).

#### ***1.3.2.1 Rozdělení antihypertenziv***

Podle účinku na lidský organismus lze antihypertenziva rozdělit na určité skupiny. První skupinu tvoří diuretika. Tato skupina antihypertenziv je v léčbě arteriální hypertenze používána od konce 40. let dvacátého století. Tyto léky jsou účinné hlavně u pacientů s mírnou až středně těžkou arteriální hypertenzí, u kterých snižují mortalitu a jsou relativně bezpečné. Diuretika působí na vnitřním povrchu ledvinných tubulárních buněk. Tyto léky buď brání resorpci sodíku anebo vody. Jako každý lék, má i tato skupina antihypertenziv své nežádoucí účinky. Mezi nejčastější nežádoucí účinky diuretik řadíme hypokalémii, hyperurikémii, poruchy utilizace glukózy, hyponatrémii, hypomagnezémii, přechodné zvýšení cholesterolu při vyšší dávce diuretik a ovlivnění inzulinové senzitivity (36,51).

Další důležitou skupinou v léčbě arteriální hypertenze jsou beta blokátory. Tyto léky byly zprvu vyvinuty za účelem léčby anginy pectoris, v šedesátých letech 20.

století byl však popsán také antihypertenzivní účinek. Betablokátory patří k šesti základním lékovým skupinám, které byly Světovou zdravotnickou organizací určeny jako léky první volby při léčbě arteriální hypertenze. Přesný mechanismus této lékové skupiny není dosud znám, ale s diuretiky tvoří v léčbě hypertenze nejčastěji užívané léky v léčbě arteriální hypertenze. Nežádoucí účinky této lékové skupiny jsou velice malé. Nejčastěji je to však hypotenze, bradykardie, A-V blokáda či retence tekutin (36,51).

Třetí skupinu antihypertenziv tvoří blokátory kalciových kanálů. Tato léková skupina specificky inhibuje průnik  $Ca^{++}$  do buněk srdečního svalu, buněk převodního systému a buněk hladkého svalstva cévní stěny. Alfa blokátory způsobují dilataci periferního krevního řečiště, a tím snižují krevní tlak. Použití těchto léků u arteriální hypertenze má řadu výhod: nezpůsobují ortostatickou hypotenzi, neovlivňují retenci vody a sodíku, příznivě ovlivňují průtok krve ledvinami, nezpůsobují bronchokonstrikci aj. Blokátory kalciových kanálů se indikují nejčastěji u nemocných s hypertenzí, kteří mají ještě nějaké přidružené onemocnění. K nežádoucím účinkům těchto léků patří bolesti hlavy, prosáknutí podkoží, gastrointestinální potíže či zpomalení srdeční frekvence (19,36,43)

Čtvrtou skupinu antihypertenziv tvoří alfa blokátory. Tato léková skupina by v naprosté většině měla být podávána v kombinační terapii, nikoliv jako antihypertenziva první volby. Podle první mortalitní studie o účincích této lékové skupiny na hypertenzi vede dlouhodobé podávání alfa blokátorů ke zvýšení kardiovaskulárního rizika. Pro klinickou terapii tedy z této studie vyplývá, že by léčba alfa blokátory neměla probíhat na základě monoterapie. Nežádoucím účinkem těchto léků mohou být závratě, tachykardie, otoky, nauzea či porucha potence. (24,28,30,51)

Pátou skupinou jsou ACE inhibitory neboli inhibitory angiotenzin – konvertujícího enzymu. Účinek těchto léků je srovnatelný s jinými antihypertenzivy. Dosud nebyla provedena mortalitní studie, která by prokázala větší efekt ACE inhibitorů na snížení úmrtnosti než například diuretik, betablokátorů či blokátorů vápníkových kanálů. ACE inhibitory jsou lékem, kde je arteriální hypertenze doprovázena chronických srdečním selháním. Výsledným účinkem ACE inhibitorů je vazodilatace,

kteřá vede k poklesu cévního periferního odporu. Na rozdíl od přímých vazodilatačních léků a blokátorů kalciových kanálů nevedou ACE inhibitory ke zrychlené srdeční frekvenci. ACE inhibitory mohou po první dávce způsobit hypotenzi, přechodně zhoršit ledvinné funkce, proto je třeba pečlivě sledovat hladinu kreatininu a močoviny. Dalším nežádoucím účinkem může být suchý kašel, hyperkalémie či kožní exantém (24,34,36,51, 52).

Šestou, poslední skupinou, jsou blokátory AT1 receptorů čili blokátory receptorů pro angiotenzin II. Tato skupina antihypertenziv se volí tam, kde jsou indikovány ACE inhibitory, které jsou však pacientem špatně tolerovány; nejčastější příznak špatné tolerance ACE inhibitorů je suchý, dráždivý kašel. Nejčastějším účinkem blokátorů AT1 receptorů je vazokonstrikce, retence vody a minerálů, proliferace buněk a tak dále. Absolutní kontraindikací této lékové skupiny je gravidita ženy a hyperkalémie. Výskyt nežádoucích účinků je velice ojedinělý, lze se však setkat s hypotenzí či se zhoršením renálních funkcí (24,36,51, 52).

Léčba arteriální hypertenze je u většiny pacientů dlouhodobá, většinou doživotní. Dojde-li však k úspěšnému snížení a udržení krevního tlaku, je možné dávku antihypertenziv postupně snižovat, ale pouze za předpokladu stálých kontrol krevního tlaku a pokračující návazné nefarmakologické léčby (24,36,51, 52).

## **1.4 Komplikace hypertenze**

### ***1.4.1 Vliv hypertenze na životně důležité orgány***

Rozvoj komplikací u arteriální hypertenze je závislý na výši krevního tlaku při léčbě a na ostatních rizikových faktorech.

Dlouhodobě vysoký krevní tlak má často po několika uplynulých měsících za následek nadměrné zatížení levé srdeční komory, což později vede k hypertrofii levé srdeční komory. Vysoký krevní tlak poškozujee srdce více způsoby. Jedním je již zmiňovaná hypertrofie srdeční komory a dále způsobuje vznik aterosklerózy. Hypertrofii srdeční komory lze definovat jako zvětšení masy myokardu. Důvod vzniku této hypertrofie není zcela jasný, ale bereme v potaz přímý účinek vysokého krevního tlaku na stěny srdečních komor a vysokého tlaku na koronární tepny. Později dochází

k poruše diastolické či systolické funkce levé srdeční komory a z tohoto důvodu hypertrofie představuje velmi závažný kardiovaskulární faktor. Hypertrofie levé srdeční komory může být ukazatelem kardiovaskulární mortality, srdečního selhání nebo ischemických komplikací. Hypertrofie levé srdeční komory se častěji objevuje u osob, které mají zvýšení příjem soli, a vyskytuje se více u mužů nežli u žen. Poškození srdce se může projevit jako skrytá nebo manifestní srdeční nedostatečnost poruchami rytmu či anginou pectoris (11,34,42).

Arteriální hypertenze nemá vliv jen na srdce, ale také na další orgány. Dalším velice důležitým orgánem, které arteriální hypertenze může postihnout, je mozek. Je známo, že existuje přímá souvislost mezi výškou arteriálního tlaku a výskytem cévních mozkových příhod. Pokud nebude arteriální hypertenze léčena, je zde šestkrát vyšší riziko vzniku cévní mozkové příhody. Vysoký krevní tlak způsobuje v mozku nejen akutní poškození malých cév, ale také chronické změny, které označujeme jako hypertenzní encefalopatie, které jsou způsobené mozkovým edémem drobných tepének, které jsou rozšířené a poškozené vlivem vysokého krevního tlaku. Tento syndrom byl popsán již v roce 1973, kdy se zjistilo, že encefalopatie je způsobena nucenou vazodilatací. Cévní mozková příhoda je pro pacienta a jeho rodinu velikou tragédií a pro většinu zemí je také podstatným ekonomickým problémem. Ischemická mozková příhoda způsobená arteriální hypertenzí je často zaměňována za embolickou příhodu. Odhaduje se, že hypertenze ve stáří je zodpovědná za 33% všech vyskytujících se cévních mozkových příhod (11,34,42).

Dlouhotrvající a neléčená arteriální hypertenze bez rozdílu etiologie vede k následnému poškození ledvin. Dle studií dochází u hypertoniků na rozdíl od lidí normotenzních k poškození funkce ledvin. Nejen krevní tlak systolický, ale také diastolický je nezávislým faktorem pro vznik termálního poškození ledvin. Nejprve dochází ke změnám hemodynamickým, poté ke změnám morfologickým s různým stupněm závažnosti. Ledvinovými komplikacemi primární hypertenze jsou pacienti ohroženi až na třetím místě po aterosklerotických komplikacích srdečních a komplikacích mozkových. Primární hypertenze v určitých populacích je jednou z příčin chronického, ireverzibilního poškození ledvin s nutností následné náhrady funkce

dialýzou či transplantací. Při hypertenzi dochází k poškození ledvin, které rozdělujeme na maligní a benigní nefroangiosklerózu a aterosklerotické postižení renálních tepen, které se dále dělí na renovaskulární hypertenzi a ischemickou chorobu ledvin (6,11,34,42).

#### **1.4.2 Hypertenzní krize**

Nejzávažnější a život ohrožující stav je hypertenzní krize, která se může objevit za různých okolností v jakémkoli věku u některých forem vysokého arteriálního tlaku. Hypertenzní krize je charakterizována jako náhlý vzestup krevního tlaku, pokud toto náhlé zvýšení krevního tlaku je doprovázeno orgánovými komplikacemi, hovoříme o emergentní situaci. Hypertenzní krize se může projevit jako emergentní nebo urgentní stav. Emergentní stav vyžaduje bezodkladné snížení krevního tlaku v průběhu minut, nejčastěji parenterální cestou. Tento emergentní stav je charakterizován, kromě vzestupu krevního tlaku, zhoršením funkce některých orgánů. Pacienti v tomto stavu by měli být hospitalizováni nejvhodněji na jednotce intenzivní péče s kardiologickým zaměřením. Druhý stav u hypertenzní krize je již zmiňovaný stav urgentní, kdy je vyžadována redukce krevního tlaku v průběhu několika hodin, nejčastěji přípravky, které mohou být podávány perorálně. Pro rozlišení mezi emergentním a urgentním stavem není rozhodující momentální výše krevního tlaku, ale stupeň poškození cílových orgánů. Pokud dochází ke vzestupu krevního tlaku nad 140 mmHG, objevuje se poškození cévní stěny a začíná syndrom akcelerované hypertenze. Vzhledem k tomu, že hypertenzní krize ohrožuje pacienta na životě, je důležité postupovat v léčbě neodkladně, cíleně a s rozvahou. Mezi nejčastější kardiovaskulární příznaky hypertenzní krize patří náhlé levostranné srdeční selhání, akutní infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris či stavy po operaci koronárních bypassů. Hypertenzní krizi ale nemusí doprovázet pouze tyto příznaky. Z cerebrovaskulárních příznaků se mohou objevit intracerebrální a subarachnoideální krvácení a hypertenzní encefalopatie. Léčba emergentní hypertenzní krize vyžaduje co nejrychlejší převoz do zdravotnického zařízení a hospitalizaci na JIP s kardiologickou specializací (1,6,34,42).

Hypertenzní krize nejčastěji vzniká jako komplikace neléčené nebo nedostatečně léčené dlouhotrvající hypertenze, eventuálně může vzniknout při přerušení léčby hypertenze. Hypertenzní krize se může také projevit jako první projev onemocnění, což je častější u hypertenze sekundární. Po zavedení léčby hypertenze se prognóza onemocnění stále zlepšovala a od devadesátých let je doba přežití u maligní hypertenze či akcelerované hypertenze podobná jako u nekomplikované esenciální hypertenze (15,34,42,56).

## **1.5 Ošetřovatelská péče**

### **1.5.1 Role sestry v péči o hypertoniky**

Sestra má důležité postavení v oblasti ošetřovatelské péče o pacienty. Její kompetence odrážejí její praktické dovednosti, umění komunikace, psychomotorické schopnosti, ale také osobní postoje a vlastnosti. Její výstupní dovednosti a znalosti vycházejí z legislativy České republiky, a to ze zákona 96/2004Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, který byl aktualizován na 189/2008Sb. Sestra hraje významnou roli v rámci primární preventivní péče o pacienty. Primární prevence se zaměřuje na zdravé lidi s cílem snížit počet nových onemocnění. Primární prevence se nezabývá pouze prevencí vzniku nemocí, ale také pozitivním zlepšováním zdravotního stavu, které vede ke zvyšování kvality života lidí. V rámci primární prevence arteriální hypertenze je snahou sestry především pozitivně působit na ovlivnitelné rizikové faktory, které mají vliv na vznik arteriální hypertenze. Jak již bylo v předešlých kapitolách zmiňováno, do těchto ovlivnitelných faktorů patří například eliminace konzumace alkoholu, eliminace stresu, dietní návyky a tak dále (22,26,45).

V oblasti prevence musí sestra znát metody měření krevního tlaku a jeho správné hodnoty. Nesprávnou technikou měření krevního tlaku jsou zjišťovány hodnoty, které neodpovídají skutečnému krevnímu tlaku, a tím může být poškozeno pacientovo zdraví. Sestra by měla měřit krevní tlak u pacientů při každé jejich návštěvě, jedině tak se totiž může předejít komplikacím a onemocnění arteriální hypertenzí se



může podchytit již v jeho počátcích. Sestra má v ošetrovatelství mnoho rolí. V první řadě je to role ošetrovatelky, poté edukátorky a role komunikátorky. Právě komunikace tvoří důležitou součást náplně práce sestry, ale je také součástí jejího profesionálního vybavení. Dovednost komunikovat s pacientem umožňuje sestře navázat a rozvíjet kontakt s pacienty a je nezbytně nutná ve všech oblastech každodenního života. Jak sestra, tak i pacient jsou při komunikaci ovlivněni svými postoji, hodnotami, ale také zkušenostmi. Sestra by měla zvládat komunikaci nejen s pacientem, ale také s jeho rodinou, přáteli a se svými kolegy (17,26,45).

Rozlišují se tři druhy profesionální komunikace. Jednou z nich je terapeutická komunikace, která poskytuje oporu při těžkém rozhodování, přijímání závažných skutečností či pomáhá při adaptaci na změny. Druhým typem je sociální komunikace, která utváří vztah mezi sestrou a pacientem. Tento běžný hovor probíhá například při hygieně nebo úpravě lůžka. Třetím typem komunikace je edukační působení na pacienta. Při tomto rozhovoru se podávají pacientovi důležitá fakta, například o léčbě či dalších postupech vyšetření. Každá sestra by měla aktivně spolupracovat s hygienickou stanicí, kde může získávat dostatečné množství osvětového materiálu k edukaci pacientů trpících arteriální hypertenzí. Materiál, který získá, může být použit jak v ordinaci praktických lékařů, tak na lůžkových odděleních, kde se často setkává právě s pacienty, kteří mají arteriální hypertenzi. Úkolem sestry je nejen informovat pacienty o nových trendech léčby hypertenze, ale také je seznámit s nabídkou poraden, které fungují v místě jejich bydliště. Mezi tyto poradny se řadí například poradna pro odvykání kouření, poradna zdravé výživy či poradna zdravého životního stylu. Práce sestry na ambulantní úrovni spočívá v pravidelném sledování krevního tlaku u pacientů, sledování dodržování farmakologické léčby a dodržování prevence. Jestliže má pacient pouze malé obtíže a závažnost svého onemocnění si neuvědomuje či ho zlehčuje, je důležitý správný psychologický přístup sestry k nemocnému, která mu musí podat dostatečné množství důležitých informací o onemocnění, komplikacích a léčbě. Sestra motivuje pacienty ke správnému užívání léčiv, které jim předepsal jejich ošetrující lékař, dále je motivuje ke spolupráci s lékařem a k eliminaci ovlivnitelných rizikových faktorů, které mohou mít vliv na vznik či progresi arteriální hypertenze. Sestra má také

důležitou roli v rámci vyšetřování nemocného, jelikož ani laboratorní vyšetření u arteriální hypertenze nesmí být opomíjeno. Sestra posílá moč pacienta na vyšetření moči a močového sedimentu, vyšetřuje mikroalbuminúrii pomocí papírkové metody, odebírá krev na hladinu glykémie v krvi. Dále musí odebrat žilní krev k vyšetření biochemickému, kde se stanovují hladiny kalia a natria v séru, sérový kreatinin, cholesterol HDL, LDH, triglyceridy, kyselina močová, a k vyšetření hematologickému, kde se zjišťuje množství hemoglobinu a hematokritu. U některých pacientů s arteriální hypertenzí je potřeba 24 hodinového měření tlaku, a proto je nezbytné, aby sestra zvládla edukovat a náležitě poučit pacienta o tomto vyšetření. Sestra tedy má v léčbě arteriální hypertenze svou nezastupitelnou roli (17, 50).

### ***1.5.2 Role sestry v edukaci pacientů***

Edukace je proces promyšlený, nikoli nahodilý, a sestra v tomto procesu zaujímá hlavní roli, jelikož je ze všech zdravotnických profesionálů tou nejpovolanější. Edukační proces znázorňuje předávání konkrétních informací ve specificky připraveném prostředí a probíhá mezi sestrou a pacientem. Edukační proces se skládá z pěti fází: fáze zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení (5,13,45,57).

V první fázi by si sestra měla umět získat důvěru pacienta, jelikož důvěra mezi sestrou a pacientem je při edukačním procesu to nejdůležitější. Pacient tak přijímá rady a informace za své. Proto, aby sestra uměla správně edukovat, musí se nejdříve naučit naslouchat pacientům, musí mít schopnost empatie a znát všechny formy verbální či neverbální komunikace s ohledem na individualitu každého pacienta. V první fázi edukačního procesu sestra zjišťuje příznaky hypertenze, pátrá po přidruženém onemocnění, zjišťuje, jaký je životní styl pacienta a jaké má životní hodnoty. Sestra má mít ujasněný svůj životní styl, který má odpovídat deklarovaným radám a doporučením, které poskytuje pacientům při edukaci, proto aby se nedostala s pacienty do rozporu (5,13,45,57).

V druhé fázi procesu sestra dle zjištěných údajů stanovuje pacientům znalostní deficit a podává jim dostatek informací k arteriální hypertenzi ústní formou, která by měla být doplněna také o tištěné informace, například ve formě brožury, do které

pacienti mohou kdykoli nahlédnout. Po předání informací se sestra vždy ujistí, zda pacient pochopil získané informace, popřípadě všechny informace souhrnně zopakuje. Mluví vždy srozumitelně a na takové úrovni, aby jí pacient rozuměl. Nepoužívá cizojazyčné názvy. Sestra v rámci edukace je schopna poskytnout pacientovi dostatečné množství informací o rizikových faktorech, které se podílejí na vzniku arteriální hypertenze, o léčbě, o možných komplikacích, které mohou v průběhu onemocnění vzniknout (13,14,55).

Ve třetí fázi, ve fázi plánování, si pacient spolu se sestrou vytvoří plán výuky, při kterém si pacient stanoví cíl, kterého chce dosáhnout. Cílem pacienta s hypertenzí je, aby věděl, co je arteriální hypertenze, jaké jsou příznaky, rizikové faktory, léčba a komplikace. Sestra by měla motivovat pacienty k preventivním prohlídkám u lékaře a dále je motivuje ke správné životosprávě. Na to, aby pacient přijal změnu, potřebuje čas. Změna životního stylu a chování je velmi těžká, někdy nemusí nastat vůbec. Pokud pacient odmítá změnit životní styl, je zapotřebí, aby sestra zjistila příčinu odmítání. Někteří pacienti mohou mít pocit, že změna životního stylu, kdy se musejí vzdát některého jídla či pití, jim více vezme, než přinese. Někteří se změnou nesouhlasí jen proto, že nemají dostatečné množství informací (13,45,57).

Ve čtvrté fázi edukačního procesu dochází k samotné realizaci edukace. Sestra podává nemocnému informace, poskytuje mu letáky či brožury. Tato fáze probíhá ve formě přednášky nebo diskuse. Sestra musí předem stanovit délku a formu edukace. Součástí této fáze může být také praktická ukázka self monitoringu, kdy sestra pomocí instruktáže ukazuje pacientovi, jak správně si v domácím prostředí měřit krevní tlak.

V poslední fázi edukačního procesu, ve fázi hodnocení, sestra zhodnotí, zda má pacient dostatečné množství informací o arteriální hypertenzi a o všem s tímto onemocněním souvisejícím a zda těmito informacím rozumí. Pokud má pacient dostatečné množství informací, a přesto se rozhodne žít dosavadním způsobem života, musí být jeho názor respektován (13,14,45, 57).

### 1.5.3 Sdružení pacientů s kardiovaskulárním onemocněním

V České republice vzniklo zaregistrováním dne 23.1.1991 občanské sdružení Kardioklub Praha, které sdružuje pacienty s kardiovaskulárním onemocněním. O jeho založení se zasloužila paní doktorka, kardioložka Jarmila Wintrová, jejíž snahou bylo tehdy hledat ve spolupráci s dalšími osvědčenými lékaři u nás nové metody léčby a prevence kardiovaskulárních chorob. V rámci tehdejších možností se lékařům povedlo prosadit osvětové přednášky, rekondiční pobyty či pravidelná cvičení. Od data 23.1.1991, kdy sdružení vzniklo a bylo zaregistrováno za nových podmínek, pokračuje v aktivitách započatých paní doktorkou Jarmilou Wintrovou a jejími kolegy. Toto sdružení nyní pořádá rekondiční pobyty v Doksech, v minulosti to bývalo v Hnačově u Klatov, a cykloturistiku v jižních Čechách. Nedílnou součástí tohoto Kardioklubu Praha je zdravotnická osvěta a společenský život (31).

Souběžně s tímto kardioklubem funguje tělovýchovná jednota KARDIO Liberec, která vznikla v roce 1980 za podpory doktora medicíny pana Malého a za podpory pacientů, kteří cítili potřebu sdružit nemocné s kardiovaskulárními nemocemi do nějaké tělovýchovné organizace. Tato nově vzniklá tělovýchovná jednota založila oddíly kondičního cvičení, turistiky a plavání a současně začala přednáškovou činnost se zdravotnickou tematikou. Do povědomí občanů se dostala díky kardiologickým seminářům, jehož členové tuto tělovýchovnou jednotu pozitivně hodnotili. Od roku 1981 se začal vydávat časopis, který informoval veřejnost o činnosti oddílu, ale byly v něm také zveřejněny příspěvky zdravotníků směřující ke zdravému životnímu stylu, seznámení s novinkami v léčbě či další zajímavé odkazy. Za dobu své existence prošla tělovýchovná jednota Kardio Liberec mnoha změnami, ale její idea zůstává i nadále stejná. Tato jednota vrací mladé lidi do pracovního procesu, staré lidi sdružuje a ukazuje jim, jak prožít plnohodnotný život s kardiovaskulárním onemocněním (4).

Jak v tělovýchovné jednotě, tak i v Kardioklubu v Praze dochází k přímé spolupráci mezi lékaři a pacienty, sestry zde pracují pouze rehabilitační. Určitě by zde našly také své místo sestry všeobecné, které by mohly poskytovat pacientům velké množství informací o onemocnění, ale hlavně by byly pacientům oporou (2,4).

V Českých Budějovicích byla také vyvinuta aktivita v péči o pacienty s onemocněním kardiovaskulárního systému. Pod záštitou pana primáře MUDr. Havránka zde fungovalo centrum pro pacienty s ischemickou chorobou srdeční, které již však svou činnost ukončilo. Další centrum pro pacienty postižené civilizačními chorobami funguje v Českém Krumlově. Zde je pomoc pacientům zaměřena na poradenství a podávání informací. Vše se děje formou přednášek, besed či rekondičních pobytů. Členství v klubu je pro všechny pacienty dobrovolné.

## **2. Cíle a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit rozdíly ošetrovatelské péče u hypertenze léčené farmakologicky a u alternativních způsobů léčby hypertenze.
2. Zjistit vliv alternativ léčby hypertenze na ošetrovatelskou péči.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1

Jsou rozdíly v ošetrovatelské péči u hypertenze léčené farmakologicky a hypertenze léčené alternativně?

Výzkumná otázka 2

Mají alternativy léčby hypertenze vliv na ošetrovatelskou péči?

Výzkumná otázka 3

Vidí pacienti alternativní léčbu hypertenze jako součást léčby tohoto onemocnění?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metodika práce**

Výzkumné kvalitativní šetření bylo provedeno pomocí dvou strukturovaných rozhovorů. Jeden rozhovor byl prováděn s 15 náhodně vybranými sestrami pracujícími na interních odděleních v nemocnicích Jihočeského, Západočeského a Středočeského kraje. Jihočeský kraj zastupovala Nemocnice České Budějovice, a.s., Středočeský kraj Nemocnice Na Homolce a Západočeský kraj byl zastoupen Klatovskou nemocnicí, a.s. (Příloha 1)

Druhý typ rozhovoru byl prováděn s 15 náhodně vybranými pacienty, kteří se léčí s vysokým krevním tlakem. Tito pacienti byli hospitalizováni v týchž nemocnicích, kde bylo prováděno šetření se sestrami ( Příloha2). Oblasti otázek v rozhovorech byly rozděleny do jednotlivých oblastí tak, že byly nejdříve zjišťovány identifikační údaje a poté konkrétní údaje ke zodpovězení předem stanovených výzkumných otázek. Cílem této diplomové práce bylo zjistit rozdíly ošetrovatelské péče u hypertenze léčené farmakologicky a u alternativních způsobů léčby hypertenze a dále to, jaký vliv mají alternativy léčby hypertenze na ošetrovatelskou péči.

#### **3.2 Charakteristika souboru**

Šetření do diplomové práce bylo realizováno pomocí dvou výzkumných souborů. První výzkumný soubor tvořilo 15 náhodně vybraných sester ze stanovených nemocnic, a to z Kardiologického oddělení a koronární jednotky Nemocnice České Budějovice, a.s., dále z Kardiologického oddělení fakultní Nemocnice Na Homolce a z Interního oddělení Klatovské nemocnice, a.s. Druhý výzkumný soubor tvořilo 15 náhodně vybraných pacientů léčících se s hypertenzí ve výše jmenovaných nemocnicích.

Šetření do diplomové práce bylo realizováno v období měsíců leden až březen 2010.

## 4. Výsledky

### 4.1 Rozhovory se sestrami

#### Sestra 1

První sestrou, se kterou jsem dělala rozhovor, byla sestra ve věku 30 let, pracující ve zdravotnictví šestým rokem, z toho na koronární jednotce oddělení kardiologie pracuje 6 měsíců. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné.

Podle této sestry existuje rozdíl v ošetrovatelské péči u pacientů léčených farmakologicky a u pacientů léčených jinou alternativou hlavně v pacientově přístupu a záleží na jeho víře ve vyléčení se. U farmakologické léčby je důležité sledovat krevní tlak a účinky léků.

Pod pojmem alternativy léčby hypertenze si představuje užívání bylinek v jakékoli podobě, od čajů po užívání tabletek bez přidaných chemických látek, dále redukci hmotnosti, úpravu životosprávy či vyhnutí se přebytečnému stresu.

Hlavní problém ošetrovatelské péče u pacientů, kteří užívají antihypertenziva, vidí sestra v tom, že užívají léky nepravidelně či si je sami úplně vysadí. Za hlavní postup ošetrovatelské péče u pacientů léčících se nefarmakologicky pokládá edukaci pacienta o redukci hmotnosti, nastin toho, jak by měla vypadat pacientova dieta a jak by měl upravit svůj životní styl. Jestliže má pacient farmakologickou léčbu, edukuje jej o možných komplikacích. V obou případech je také důležité pravidelné měření tlaku a již zmíněná edukace o režimovém opatření.

Sestra se nejvíce setkává s léčbou vysokého tlaku pomocí farmak a bylinných čajů či užívání čerstvého česneku. Pokud hovoří na oddělení s pacienty, kteří mají hypertenzi, doporučuje jim sport, změnu životního stylu, která by měla vést k redukci hmotnosti a k eliminaci stresu. Ona sama upřednostňuje nefarmakologickou léčbu, hlavně pohyb, změnu jídelníčku a redukci hmotnosti. Edukaci pacientů pokládá za nezbytně nutnou součást své práce.

Tato sestra uvádí, že se jí pacienti moc často na možné způsoby léčby vysokého tlaku neptají, jelikož mají větší zájem o léčbu farmakologickou a o té jim povídá lékař. Pokud se jí pacienti ptají na problematiku ohledně vysokého tlaku, zmiňuje jim nejčastěji nutnost přestat kouřit a způsoby redukce jejich hmotnosti.



## Sestra 2

Druhá dotazovaná sestra je ve věku 36 let. Ve zdravotnictví pracuje 9 let a na koronární jednotce pracuje 2 roky. Nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnická škola. Tato sestra vidí v ošetrovatelské péči u pacientů léčených farmakou a jinou alternativou zásadní rozdíl. U pacientů, kteří se léčí pomocí farmak, považuje za důležité pravidelné sledování tlaku. U nefarmakologické léčby je podle sestry velmi důležitá edukace a kontrola režimových opatření.

Pod pojmem alternativy léčby hypertenze si představuje režimová opatření, dodržování diety, dostatek pohybu a vyvarování se stresu. Edukaci považuje sestra za klíčový bod v rámci ošetrovatelské péče u pacientů, kteří se neléčí farmakou.

Rozdíl v ošetrovatelské péči vidí hlavně v tom, že pokud pacienti užívají léky na tlak, je péče zaměřená na jeho pravidelnou kontrolu, edukaci o režimovém opatření a kontrolu správného užívání léků. Péče u pacientů, kteří se neléčí farmakologicky, je pak dle sestry zaměřena na edukaci a režimová opatření. Dotazovaná sestra se často setkává s pacienty, kteří si sami řídí dávku antihypertenziv.

Tato sestra se nejvíce setkává s léčbou farmakologickou. Pacientům na oddělení, kteří mají vyšší tlak, doporučuje léčbu nefarmakologickou, tedy dietu, změnu životního stylu, jelikož čím méně léků berou, tím méně vedlejších účinků mohou mít. Většina pacientů podle ní však upřednostňuje léčbu farmakologickou, jelikož nechtějí měnit svůj životní styl, stravovací návyky, způsob života a nejsou přístupní změnám. Domnívá se, že je důležité při farmakologické léčbě dodržovat dietní opatření k redukci hmotnosti a podobně, jelikož to napomáhá ke kompenzaci krevního tlaku, k možnosti snížení dávek léku.

Spíše se neseťkává s pacienty, kteří by se jí ptali na možné způsoby léčby, pokud ano, tyto pacienti vyslechnou informace, možnosti léčby a stejně sáhnou po lécích. Někteří pacienti prý mají o informace zájem, jsou to však pacienti mladší věkové skupiny, kteří nechtějí brát léky, pacienti se vztahem ke sportu.

Nejčastěji se pacienti dotazují na kontroly u lékaře – jak často musí docházet na kontrolní měření tlaku, dále se dotazují na dietní opatření, pohybové opatření a na celkovou úpravu životního stylu.

### Sestra 3

Dotazovaná sestra ve věku 47 let, se 17 letou praxí ve zdravotnictví, pracuje prvním rokem na lůžkové části kardiologie interního oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je také střední zdravotnická škola. Z pohledu sestry je farmakologická metoda pro pacienty přijatelnější a z ošetrovatelského pohledu jednodušší.

Pod pojem alternativy léčby hypertenze si sestra představuje různé způsoby léčby vysokého tlaku od léků po snížení váhy, přes pohyb a vyhnutí se stresu. Jako hlavní postup ošetrovatelské péče u pacientů, kteří se léčí nefarmakologicky, vidí sestra seznámení čili edukaci o možnostech a postupech nefarmakologické léčby, kam řadí edukaci o jídelníčku, o redukci pacientovy hmotnosti a změnu životního stylu. Nezbytně nutné jsou také kontroly krevního tlaku. Dle této sestry je ošetrovatelská péče u pacientů, kteří berou antihypertenziva, jednodušší v tom, že sestra pouze měří tlak a nemusí pacienty edukovat. Hlavním problémem všech pacientů, kteří užívají léky na tlak, je to, že nedodržují režimová opatření, proto tyto pacienty musí edukovat o komplikacích.

Nejčastěji se setkává s pacienty, kteří jsou na farmakologické léčbě, ona sama jim však doporučuje redukci hmotnosti, z jejího pohledu ji upřednostňuje, a dále změnu životního stylu. Pokládá za nezbytně nutné dodržování režimových opatření u farmakologické léčby. Dle jejích slov se pacienti ptají na možné způsoby léčby jen někdy, spíše spoléhají na léky. Nejčastějším dotazem pacientů je, jak dlouho musí brát léky, než se hypertenze upraví. Zájem pacientů sestra vidí jako pozitivní.

### Sestra 4

Dotazovaná sestra ve věku 33 let pracuje jako sestra u lůžka 10,5 roku, z toho 5 let na lůžkové části kardiologického oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské studium. Dle názoru sestry je ošetrovatelská péče u pacientů léčených farmaky a pacientů, kteří farmaka neužívají, stejná. V obou případech musí sestra edukovat pacienty, kontrolovat jejich fyziologické funkce, celkový stav. Dle jejích slov

by ošetrovatelskou péčí neodlišovala ani u jedné metody, jelikož by péče měla být stejná.

Pod pojmem alternativy léčby hypertenze si představuje dodržování životosprávy, redukci hmotnosti, dostatek pohybu či byliny a léky. U pacientů, kteří užívají antihypertenziva, je nejčastější ošetrovatelskou péčí měření krevního tlaku a edukace o dodržování léčebného režimu. Pokud se pacienti léčí nefarmakologicky, je hlavním postupem ošetrovatelské péče podle sestry edukace o dietním opatření, péče o psychiku a kontrola krevního tlaku. Na dotaz, co je nejčastější problematikou pacientů, kteří berou antihypertenziva, sestra odpovídá, že nedodržují režimová opatření a velice často si sami regulují dávky léků.

Tato dotazovaná sestra nevidí žádný rozdíl v ošetrovatelské péči u pacientů léčených farmaky a pacientů, kteří dodržují režimová opatření a lék jim prozatím nebyl předepsán, vždy musí kontrolovat tlak a pacienty edukovat o komplikacích. Na dotaz, s jakou alternativou léčby vysokého tlaku se nejvíce setkává, sestra odpovídá, že ve svém zaměstnání se nejvíce setkává s pacienty, kteří již mají předepsanou farmakologickou léčbu od svého ošetřujícího lékaře. Ona sama však pacientům doporučuje redukci hmotnosti, správnou životosprávu a pohyb. Tato dotazovaná sestra se domnívá, že je velmi důležité dodržovat při farmakologické léčbě také režimová opatření, která tu již byla zmíněna.

Pacienti se nejčastěji sestry ptají na životní styl a jeho vliv na výšku krevního tlaku. Na otázku, zda pacienti mají zájem o možné druhy léčby hypertenze, sestra odpověděla, že pacienti se většinou obrací k farmakologické léčbě a jí se dotazují pouze na změnu životního stylu, co mohou či nemohou dělat, jíst, pít a jak časté musí být kontroly krevního tlaku. Přesto však zájem pacientů hodnotí jako pozitivní.

#### Sestra 5

Dotazovaná sestra ve věku 23 let pracuje jako sestra u lůžka 5 let, z toho na kardiologickém oddělení první měsíc. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola zdravotnická.

Na dotaz, jaký je rozdíl mezi ošetrovatelskou péčí u pacientů s hypertenzí, kteří již užívají antihypertenziva, a u pacientů, kteří se léčí nefarmakologicky, sestra odpovídá, že farmakologicky léčení pacienti mají pouze pravidelnou kontrolu krevního tlaku a poučení o dietě. U pacientů, kteří se farmaky neléčí, je důležitá edukace, kontrola krevního tlaku a podpora jejich psychické stránky.

Pod pojmem alternativy léčby hypertenze si sestra představuje různé léky, redukci hmotnosti, úpravu jídelníčku s omezením soli. Hlavním postupem ošetrovatelské péče u pacientů léčených nefarmakologicky je podle ní edukace o režimovém opatření při vysokém krevním tlaku a monitorace fyziologických funkcí.

Jak sestra uvádí, je nejčastějším problémem pacientů nedodržování správné diety a psychické vypětí. Zásadní rozdíl v ošetrovatelské péči je tedy dle sestry v edukaci. Pokud pacient užívá léky na tlak, je edukován o dávkování a vedlejších účincích od svého lékaře, pakliže se léčí nefarmakologicky, hraje velkou roli v edukaci právě sestra, která by měla pacienta poučit správně dietě, o tom, jak změnit svůj životní styl a jak často by měl kontrolovat výšku svého krevního tlaku.

Na dotaz, s jakou alternativou léčby hypertenze u pacientů se nejvíce setkává, sestra odpovídá, že ve většině případů jsou to právě pacienti, kteří ještě nemají předepsané léky a jsou v dispenzarizaci svého ošetroujícího lékaře. Tito pacienti mají vhodně upravenou stravu, pravidelně pěstují sport či se obracejí na bylinné preparáty. Tyto možnosti léčby či předcházení vysokému krevnímu tlaku také sestra doporučuje pacientům na oddělení, kde pracuje. Dále jsem se sestry ptala, zda je důležité při farmakologické léčbě dodržovat režimová opatření. Na tuto otázku mi odpověděla, že i při farmakologické léčbě by měl pacient změnit svůj životní styl a jídelníček tak, aby nedocházelo ke zhoršení jeho zdravotního stavu.

Na možné způsoby léčby se pacienti sestry zatím neptali, spíše by pacienty hodnotila tak, že nemají zájem o jiné způsoby léčby.

## Sestra 6

Dotazovaná sestra (39let) pracuje ve zdravotnictví 16 let, z toho 8 let na kardiologickém oddělení lůžkové části. Její nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnická škola.

Tato sestra nevidí žádný rozdíl v ošetrovatelské péči u pacientů, kteří svou hypertenzi léčí antihypertenzivy či ji léčí jinou alternativou. V obou případech musí být pacienti pravidelně monitorováni a samozřejmostí je, že je tato sestra edukuje o správné životosprávě a změně životního stylu.

Na otázku, co si představí pod pojmem alternativy léčby hypertenze, sestra odpověděla, že si představuje úpravu jídelníčku od omezení solení přes různé druhy přírodních preparátů, či omezení příjmu kofeinu a nikotinu. U pacientů, kteří užívají antihypertenziva, sestra vidí jako hlavní postup pravidelnou kontrolu krevního tlaku a podávání informací ze strany sestry v oblasti novinek v léčbě. U pacientů, kteří se léčí jinou alternativou, vidí jako hlavní postup edukaci pacienta, kontrolu krevního tlaku a laboratorní kontroly. Pacienti užívající antihypertenziva nejčastěji zapomínají brát léky pravidelně.

Ve svém oboru se nejvíce setkává s pacienty, kteří již jsou navyklí na léčbu pomocí léků. Sama jim však doporučuje dietní opatření, pohyb a vyhnout se stresovým situacím. Tyto metody sama upřednostňuje. Na otázku, zda je důležité dodržovat při farmakoterapii režimová opatření, sestra odpovídá, že určitě ano, podporuje se tím kompenzace hypertenze.

Jak sestra udává, jí samotné se pacienti nedotazují na možné způsoby léčby, mluví o léčbě hlavně s lékaři, sestry se ptají spíše na to, jak a v čem se mají po dobu léčby omezovat, proto jejich zájem o možné způsoby léčby hodnotí sestra jako negativní.

## Sestra 7

Dotazovaná sestra ve věku 43 let pracuje jako zdravotní sestra již 18 let, jako sestra u lůžka na kardiologickém oddělení pracuje 8 let. Má specializační studium ARIP.

Sestře jsem položila otázku, jaký rozdíl je z jejího pohledu v ošetrovatelské péči u pacientů léčených farmakou a jinou alternativou. Dle sestry spočívá ošetrovatelská péče u pacientů hlavně v edukaci v oblasti výživy a pohybu. Pacienty, kteří jsou na medikaci, edukuje o dodržování dávky léků, pravidelném užívání léků, nutnosti pravidelného měření krevního tlaku. Jsou-li hospitalizováni, měření probíhá každé dvě hodiny či častěji, pakliže nemá pacient zavedenou medikaci, probíhá měření každé tři hodiny. Výše krevního tlaku je pro sestru také velice důležitá.

Na dotaz, co si představí pod pojmem alternativy léčby hypertenze, sestra uvedla medikaci, dietní opatření, pohybovou aktivitu, eliminaci stresu, snížení psychické zátěže.

Dle sestry je hlavním problémem u pacientů nedodržování či zapomínání dávky medikace, proto jako sestra edukátorka informuje pacienty o možných komplikacích, režimovém opatření, měří pacientům krevní tlak. Tyto zmíněné aktivity jsou také podle sestry hlavním ošetrovatelským postupem u pacientů, kteří se léčí nefarmakologicky. Na otázku, zda tedy vidí sestra zásadní rozdíl v ošetrovatelské péči u pacientů léčících se farmakou či jinou alternativou, sestra odpovídá záporně, jelikož v obou případech je velice nutná pečlivě provedená edukace.

V nemocnici se dotazovaná nejvíce setkává s pacienty, kteří již užívají antihypertenziva. Přesto pacientům doporučuje omezení příjmu soli, eliminaci stresu a dodržování pravidelného užívání léků proti vysokému tlaku - jediné tak lze předejít komplikacím. Nefarmakologickou součástí tedy vidí jako důležitou část farmakologické terapie.

Podle dotazované sestry pacienti s vysokým krevním tlakem spíše oslovují svého lékaře, kterého se ptají na možné způsoby léčby. Této sestry se pak dotazují, co by při léčbě měli dodržovat, jaká je dieta a jak často mají kontrolovat tlak. Zájem pacientů o možné druhy léčby se poslední dobou zlepšil, pacienti chtějí být více

informování o možných alternativách. Nejčastěji se této sestry dotazují, jak by se měla vypadat dieta při vysokém krevním tlaku a čemu se naopak vyhnout.

#### Sestra 8

Dotazovaná sestra je ve věku 22 let, s celkovou praxí ve zdravotnictví 4 týdny, na lůžkovém kardiologickém oddělení pracuje třetí týden. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné vzdělání na zdravotnické škole.

Pod pojmem alternativy léčby hypertenze si sestra představuje snížení hmotnosti pacienta, úpravu životosprávy a pravidelný pohyb. Tato sestra si myslí, že je hlavním problémem pacientů, kteří užívají farmaka na snížení krevního tlaku, že zapomínají užívat léky.

Zásadní rozdíl v ošetrovatelské péči nevidí. V obou případech je podle dotazované velice důležité pacienty edukovat, rozdíl je v tom, zda pacienti užívají léky, či nikoliv. Pokud jsou pacienti převedeni na farmakologickou léčbu, edukuje je o nutnosti užívání léků, komplikacích, důležitých vyšetřeních. Pokud jsou pacienti léčeni jinou alternativou, edukuje je tato sestra o změně životního stylu, o složení diety a o účincích kávy či nikotinu.

Na dotaz, s jakou alternativou léčby hypertenze se nejvíce setkává, odpověděla sestra, že ve většině případů se setkává s pacienty, kteří užívají antihypertenziva. Ona sama však pacientům doporučuje snížení hmotnosti v kombinaci s úpravou stravy a pravidelný pohyb. Také si myslí, že je velice důležité dodržovat režimová opatření i v případě, že pacient je na farmakologické léčbě vysokého tlaku.

Sestra dále uvádí, že se zatím neseťkala s pacienty, kteří by se jí dotazovali na možné způsoby léčby vysokého tlaku, tím mi také odpověděla na otázku, zda pacienti mají zájem o možné druhy léčby.

## Sestra 9

Dotazovaná sestra ve věku 29 let pracuje jako sestra u lůžka 10 let, z toho 10 let na kardiologickém oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Na začátku našeho rozhovoru jsem položila sestře otázku, co si představuje pod pojmem alternativy léčby hypertenze. Pod tímto pojmem si sestra představuje různé přírodní extrakty, ale také antihypertenziva, dietní opatření či dostatek pohybu.

Další položená otázka sestře zněla, jaký je z jejího pohledu rozdíl v ošetrovatelské péči u pacientů léčených farmakologicky a u pacientů léčených jinou alternativou. Na tuto otázku sestra odpověděla, že rozdíl v ošetrovatelské péči určitě není, ať se jedná o jakýkoli druh léčby arteriální hypertenze. Vždy musí jako sestra pacienty řádně poučit o komplikacích, léčbě, možnostech a režimových opatření, stejně tak měří pacientům pravidelně krevní tlak, ať už pacient upřednostňuje jakoukoliv možnost léčby hypertenze.

Podle dotazované sestry je největším problémem pacientů, kteří užívají farmaka, že si dávku léků mnohdy korigují sami nebo farmaka přestanou brát úplně a poté dochází k častým komplikacím. Hlavní postup ošetrovatelské péče u pacientů léčených nefarmakologicky vidí v edukaci v rámci režimového opatření. U pacientů, kteří užívají antihypertenziva, edukuje sestra o komplikacích, správném užívání a nutnosti dodržování režimového opatření, přestože pacienti užívají léky. Dodržování režimového opatření totiž sestra vidí jako nezbytnou součást farmakologické léčby.

Dotazovaná sestra se nejčastěji setkává také s pacienty, kteří mají farmakologickou léčbu, a jsou-li tací pacienti na oddělení, kde sestra pracuje, doporučuje jim změnu životního stylu, redukci hmotnosti a pohyb.

Dále byla sestře položena otázka, zda pacienti vůbec mají zájem o možné druhy léčby vysokého tlaku. Ve většině případů pacienti zájem měli, ptali se hlavně na dietní opatření, jak často musí docházet na kontrolní měření tlaku či zda budou nějak omezeni v osobním životě.



## Sestra 10

Dotazovaná sestra ve věku 52 let pracuje jako sestra u lůžka na koronární jednotce kardiologického oddělení. Její dosavadní praxe je 30 let, z toho na tomto oddělení 15 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Dotazovaná sestra si pod pojmem alternativy léčby hypertenze představí všechna nutná režimová opatření, která vedou ke snížení krevního tlaku, antihypertenziva a vyhnout se stresu. Pokud je pacient na farmakologické léčbě, musí mu sestra pravidelně měřit krevní tlak, edukovat ho o složení stravy, o tom, čemu by se měl vyhnout, jaké tekutiny jsou vhodné k pití, či informuje pacienta o možných komplikacích, které mohou nastat v souvislosti s užíváním tablet. Pokud pacient je léčen nefarmakologicky, tedy ještě před tím, než je mu nasazena léčba pomocí antihypertenziv, edukuje pacienta o režimovém opatření a o tom, jak vlastnímu vysokému tlaku předcházet a čeho se vyvarovat.

Na dotaz, co je hlavní problematikou u pacientů, kteří užívají léky proti vysokému tlaku, dotazovaná sestra odpovídá, že pacienti velmi často zapomínají užívat léky pravidelně, ba naopak si dávky upravují podle svého uvážení. Zásadní rozdíl v ošetřovatelské péči sestra vidí pouze v obsahu edukace.

Při svém povolání a na oddělení, kde pracuje, se velmi často setkává právě s pacienty, kteří již užívají antihypertenziva, ona sama je však ještě poté, kdy pacienti již mají předepsaný lék, edukuje o tom, jak důležité je dietní opatření, redukce váhy či omezení kofeinu s nikotinem. Myslí si tedy, že dodržování nefarmakologických opatření je velmi důležitou součástí léčby farmakologické.

Sestra se setkává s pacienty, kteří se jí dotazují na možné způsoby léčby a dietu. Zájem pacientů tedy hodnotí kladně.

## Sestra 11

Dotazovaná zdravotní sestra ve věku 38 let má dosavadní praxi ve zdravotnictví 20 let, z toho na interním oddělení pracuje nyní 15 let. Její nejvyšší vzdělání je středoškolské.

Na dotaz, jaký bude rozdíl z pohledu sestry v ošetrovatelské péči u pacienta léčeného farmakologicky a u pacienta léčeného jinou alternativou, sestra odpovídá, že péče by měla být stejná, jen v případě, kdy pacient bere léky na tlak a nedodrží správnou léčbu dle rad lékaře, mohou nastat komplikace a ošetrovatelská péče bude intenzivnější.

Pod pojmem alternativy léčby hypertenze si sestra představuje různé způsoby léčby, jako je dieta, změna životního stylu, různé bylinky, ale dodává, že sem patří i léčba pomocí antihypertenziv.

Další otázka zněla, co si sestra myslí, že je hlavní problematikou ošetrovatelské péče u pacientů, kteří užívají antihypertenziva. Velkým problémem je podle ní u pacientů hlavně to, že si měří sami krevní tlak pomocí dnes hodně rozšířených digitálních tonometrů a podle nich si sami upravují dávku léku nebo léčbu úplně vysazují. V takovém případě musí sestra vždy uváženě, srozumitelně, ale hlavně důkladně pacienta v nemocnici nebo v ordinaci praktického lékaře poučit o možných komplikacích, ale také o režimovém opatření, které souvisí s vysokým tlakem, a může se tak předejít nežádoucím účinkům. Hlavní postup ošetrovatelské péče u pacientů léčených nefarmakologicky sestra vidí v edukaci o dietě, o redukci hmotnosti a o komplikacích. Tato ošetrovatelská péče by měla být shodná s péčí u pacientů léčených antihypertenzivy. Zásadní rozdíl v péči o pacienty léčené nefarmakologicky a léčených farmaky sestra nevidí. Vždy by měl být pacient důkladně edukován.

Tato dotazovaná sestra se nejvíce setkává v zaměstnání s pacienty, kteří se léčí právě pomocí farmak. Ona sama však upřednostňuje léčbu nefarmakologickou, tedy režimová opatření, díky kterým se vysokému tlaku může předcházet. Dle slov dotazované sestry by nejdříve zkusila změnu životního stylu a pak až léky, tedy pokud by to zdravotní stav pacienta dovoľoval. Vždy záleží na hodnotě tlaku a možných komplikacích, jak sestra uvádí. Domnívá se, že je důležité dodržovat také dietní opatření, zredukovat hmotnost pacienta a eliminovat stres, přestože se pacient léčí antihypertenzivy. Dle sestry pacienti spíše spoléhají na lékaře a ani je nenapadne, že by pro sebe mohli něco dělat, spíše se jí neptají na možné způsoby léčby.

Sestry se dotazují jen ti pacienti, kteří mají alespoň částečný přehled v medicíně, jak uvádí sestra, jsou to spíš ti pacienti, kteří například dříve pracovali ve zdravotnictví. Nejčastěji se pak sestry dotazují, zda musí brát prášky celoživotně a jak by měla vypadat dieta. Sestra hodnotí zájem pacientů jako negativní.

## Sestra 12

Dotazovaná sestra ve věku 45 let pracuje ve zdravotnictví jako sestra u lůžka 20 let, z toho pracuje na interním oddělení 5. rokem. Její nevyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Dotazované sestře byla položena otázka, zda je nějaký rozdíl v ošetrovatelské péči u pacienta léčeného farmaky a u pacienta léčeného jinou alternativou. Sestra odpovídá, že rozdíl v péči není, v obou případech musí být měřen krevní tlak a pacient musí být poučen, jak o možných způsobech léčby, komplikacích, tak i o režimovém opatření, které je vždy součástí léčby.

Pod pojmem alternativy léčby hypertenze si sestra představuje prášky, dietu a bylinky či jiné přírodní prostředky.

Hlavní problematikou u pacientů léčených antihypertenzivy je podle sestry to, že pacienti zapomínají užívat léky a pak jsou zbytečně hospitalizováni kvůli komplikacím. Hlavní postup ošetrovatelské péče tedy sestra vidí ve správné edukaci a měření krevního tlaku, jak u pacientů léčených farmaky, tak léčených alternativně. Zásadní rozdíl u obou případů v ošetrovatelské péči sestra nevidí.

Nejvíce se setkává s pacienty, kteří již užívají antihypertenziva. Tato dotazovaná sestra pacientům doporučuje redukci hmotnosti, pokud je to u pacienta třeba, vždy tedy záleží na stavu pacienta, a dále doporučuje změnu stravovacích návyků, od malých porcí vícekrát denně přes omezení kuchyňské soli. Také ale edukuje pacienty o pití minerálních vod, kde je důležité sledovat obsah minerálů. Dotazovaná sestra si tedy myslí, že je velice důležité dodržovat režimová opatření, když má pacient již léčbu farmakologickou, protože tato opatření jsou velice podpůrná a mají vždy pozitivní vliv na výšku krevního tlaku.

Další otázka, která byla sestře položena, zněla, zda se jí pacienti ptají na možné způsoby léčby. Sestra uvádí, že se jí dotazují jen někteří pacienti, a to hlavně ti, kteří jsou striktně proti užívání tablet, i když v případě, že jim je lékař předepíše, se nedá už většinou nic dělat. Přesto je sestra edukuje o správné dietě, o sportu, redukci hmotnosti a také jim zdůrazňuje důležitost vyvarování se stresu, protože i stres zvyšuje tlak. Zájem pacientů hodnotí jako pozitivní, zájem mají a opravdu se dotazují. Pokud se sestry pacienti na něco dotazují, je to hlavně na to, jak dlouho musí užívat léky, co se stane, když si zapomenou vzít prášek, a jaké mohou být komplikace.

### Sestra 13

Dotazovaná zdravotní sestra ve věku 28 let pracuje jako sestra u lůžka na interním oddělení osm let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Dotazované sestře byla položena otázka, jaký vidí rozdíl v poskytované ošetrovatelské péči pacientům léčeným farmakologicky a pacientům léčeným jiným způsobem. Tato sestra si nemyslí, že je nějaký rozdíl v péči poskytovaným oběma skupinám pacientů. Vždy postupuje stejným způsobem, a to tak, že se každému pacientovi musí měřit pravidelně krevní tlak stejně tak, jako se musí každý pacient poučit o komplikacích hypertenze, o způsobu léčby a režimovém opatření. O prvních dvou dle slov sestry edukuje lékař, ona sama podává informace pacientům o režimovém opatření, které je také velice důležité při farmakologické léčbě.

Pod pojmem alternativy léčby hypertenze si sestra představuje léčbu pomocí antihypertenziv a léčbu pomocí bylinek či úpravou životosprávy.

Hlavní problematiku ošetrovatelské péče u pacientů, kteří užívají antihypertenziva, vidí sestra v tom, že pacienti nedodržují režimová opatření, která jsou nutnou součástí celkové léčby. U každého pacienta tato dotazovaná sestra musí měřit krevní tlak a každého musí poučit o dietě a změně životního stylu, toto také vidí jako hlavní ošetrovatelský postup u hypertoniků. Zásadní rozdíl v ošetrovatelské péči sestra nevidí, protože se domnívá, že péče by měla být náležitá u každého pacienta s ohledem na jeho zdravotní stav. Nejvíce se ve své profesi setkává s léčbou pomocí

antihypertenziv. Dotazovaná sestra upřednostňuje léčbu pomocí farmak, která nejlépe snižují krevní tlak, a dietu a změnu životního stylu bere jako podpůrné prostředky. Režimové opatření však každému pacientovi doporučuje a podává k němu dostatečné množství informací včetně reklamních letáčků od zdravotnických dealerů. Další otázka, která byla dotazované sestře položena, směřovala na důležitost dodržování nefarmakologické terapie u léčby hypertenze. Sestra se domnívá, že je velice důležité dodržování nefarmakologických postupů, někdy až stěžejní.

Sestry se pacienti často dotazují na možné způsoby léčby, jak dlouho musí brát léky na tlak a zda bude někdy možné přestat léky brát úplně. Hodnotí tedy jejich zájem jako pozitivní.

#### Sestra 14

Dotazované sestře je 43 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Má devatenáctiletou praxi ve zdravotnictví, z toho šest let pracuje jako sestra u lůžka na interním oddělení, dříve byla zaměstnána jako sestra na ambulanci.

Pod pojmem alternativy léčby hypertenze si představí antihypertenziva a bylinky.

Za hlavní problematiku ošetrovatelské péče u pacienta léčeného antihypertenzivy považuje sestra to, že pacienti nedodržují správnou léčbu (podobně jako tomu bylo u sester předchozích). Za nejdůležitější postup ošetrovatelské péče pokládá sestra správné měření krevního tlaku.

Zásadní rozdíl v ošetrovatelské péči sestra nevidí, v obou případech bude pouze měřit krevní tlak. Nejvíce se dotazovaná sestra setkává s pacienty, kteří jsou již na farmakologické léčbě.

Jak uvádí, dříve když pracovala na ambulanci u obvodního lékaře, setkávala se také s pacienty, kteří ještě antihypertenziva neužívali a dodržovali pouze režimová opatření; tito pacienti měli však hraniční hodnoty krevního tlaku a léky nebyly ještě potřeba. O režimovém opatření vždy edukoval pouze lékař. Dotazovaná sestra pacientům žádné alternativy léčby nedoporučuje, ani jim neposkytuje žádný edukační

materiál, je to dle jejích slov práce lékaře. Sestra upřednostňuje léčbu farmakologickou. Dotazovaná sestra se nedomnívá, že je důležité dodržovat při farmakologické terapii i jiná opatření. Dodává, že stačí brát léky pravidelně, dle ordinace lékaře, tím se předchází komplikacím. Žádné způsoby v rámci terapie hypertenze pacientům nenabízí. Vše je podle sestry v kompetenci lékaře.

Další otázka, která byla položena, se týkala dotazů pacientů na možné způsoby léčby či režimová opatření. Pacienti se dotazují sestry na možné způsoby léčby i na režimová opatření, ona je prý vždy odkáže na ošetřujícího lékaře. Jejich zájem hodnotí jako pozitivní, neboť pacienti zájem o alternativy léčby hypertenze mají a často se dotazují především také na nutnost a způsob úpravy jídelníčku či možné komplikace.

#### Sestra 15

Dotazované sestře je 21 let a její celková praxe ve zdravotnictví jako sestry u lůžka a dosavadní praxe na oddělení činí 2 roky. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Sestra si pod pojmem alternativy léčby hypertenze představuje všechna režimová opatření a léčbu antihypertenzivy.

Sestra byla dotázána, jaký je rozdíl v ošetrovatelské péči u pacientů léčených farmakologicky a u pacientů léčených jinou alternativou. Sestra odpovídá, že si nemyslí, že by v péči byl nějaký zásadní rozdíl, vždy je nutné sledování krevního tlaku a poučení pacienta o změně životního stylu, co se týče diety a s ní související redukcí hmotnosti. Další otázka, která byla sestře položena, směřovala k tématu hlavní problematiky ošetrovatelské péče u pacientů, kteří užívají antihypertenziva.

Sestra uvádí, že velké množství pacientů je do nemocnice přijato právě proto, že si sami regulují dávky antihypertenziv nebo léky zapomenou brát úplně. Tito pacienti jsou přijímáni do nemocnice s velice vysokým krevním tlakem a komplikacemi, které následkem nesprávného užívání léků nastanou. U těchto pacientů je hlavním ošetrovatelským postupem pravidelné měření tlaku v určitém časovém intervalu, znovu poučení o režimovém opatření, které je podle sestry nedílnou součástí léčby. Edukace a měření je dle jejího názoru samozřejmou součástí léčby u pacientů, kteří podstupují

nefarmakologickou léčbu. Nevidí tedy zásadní rozdíl mezi poskytovanou ošetrovatelskou péčí u farmakologické či nefarmakologické léčby. Sestra vždy musí pacienta poučit o správné dietě.

Dotazovaná sestra se spíše setkává s pacienty, kteří se již léčí antihypertenzivy, než s pacienty, kteří podstupují nefarmakologickou léčbu. Dotazovaná sestra upřednostňuje léčbu nefarmakologickou, preferuje zdravou výživu, více pohybu a změnu životního stylu; toto také doporučuje pacientům, kteří jsou kvůli hypertenzi hospitalizováni. Podle dotazované sestry je velice důležité doplnit farmakologickou léčbu režimovým opatřením, jako je redukce hmotnosti či eliminace stresu. Další otázka, která byla sestře položena, zněla, zda si dotazovaná sestra myslí, že je důležité při farmakologické léčbě dodržovat režimové opatření. Sestra se domnívá, že je to určitě nedílnou součástí a nefarmakologická léčba je podpůrnou částí celkové léčby hypertenze.

Pacienti se této sestry příliš často nedotazují na možné způsoby léčby, podle sestry jdou spíše za lékařem, který jim poradí, za sestrou chodí s dotazy ohledně diety a celkově kvůli režimovému opatření. Sestra hodnotí zájem pacientů o možné způsoby léčby pozitivně, setkala se už s velkým počtem pacientů, kteří se na způsoby léčby dotazovali a zajímali se o podrobnosti týkající se možných alternativ. Nejčastěji se pacienti dotazují právě na dietu, která se dodržuje u vysokého krevního tlaku, a na složky potravy, které by mohly mít vliv na zvyšování krevního tlaku.

## 4.2 Rozhovory s pacienty

### Pacient 1

Dotazovaný pacient ve věku 62 let je v současné době na sociální podpoře. Jeho nevyšší dosažené vzdělání je střední strojírenská škola. Tento pacient nebyl kvůli vysokému krevnímu tlaku nikdy hospitalizován. S vysokým tlakem je sledován u interního lékaře, který zároveň sleduje také jeho onemocnění úplavicí cukrovou. Než začal docházet k internímu lékaři, navštěvoval svoji obvodní lékařku, která mu tlak měřila. Několikrát byl u ní kvůli dušnosti. Poté přešel kvůli tomuto problému k internistovi a ten ho odeslal s RZP na plicní oddělení do nemocnice, odkud byl přeložen na koronární jednotku, jelikož pravý důvod dušnosti bylo levostranné srdeční selhání. Na otázku, zda pacient ví, co vyvolalo jeho onemocnění hypertenzí, pacient odpovídá, že nikoli, lékařka mu sdělila, že má primární hypertenzi. Ihned po zjištění vysokého krevního tlaku mu lékařka předepsala léky na tlak, je to již 20 let, co je užívá. Poté, co mu byly předepsány léky, ho sestra poučila o tom, jakou dietu má držet a že se má vyhnout zbytečnému stresu. Podle slov dotazovaného pacienta dietu nedodrží. On sám by v léčbě místo léků preferoval bylinky, ale jak sám ví, tato varianta není možná. Svůj životní styl změnil v tom smyslu, že začal méně solit, ale stresu se vyhnout kvůli vnoučatům nedokáže. Jak dotazovaný pacient udává, pivo ani tvrdší alkohol si neodřekne, protože se má žít naplno.

Na otázku, zda je nutné dodržovat režimové opatření u farmakologické léčby, dotazovaný pacient odpovídá, že ano, proto prý byl přece u lékaře sestrou poučen o dietě a stresu. Dále uvádí, že alkohol či obezita mají vliv na hodnoty krevního tlaku, proto je součástí léčby zhubnutí a omezení příjmu alkoholu.

Dotazovanému pacientovi byla položena otázka, s jakým druhem léčby má nejlepší zkušenosti a jaké by naopak nedoporučil. Pacient na tuto otázku odpovídá, že je od začátku zjištění vysokých hodnot tlaku léčen pouze pomocí léků, proto nemůže říci, s kterým druhem léčby má nejlepší zkušenosti.

Dotazovanému byla položena otázka, jakým způsobem mu byly poskytnuty informace o léčbě vysokého tlaku a jaký způsob informování mu vyhovuje. Pacient byl edukován sestrou, od které dostal informační brožuru. Tyto informace mu podle jeho



slov stačily, vše mu bylo srozumitelně vysvětleno a doma mohl nahlédnout do zmíněné brožury.

Ošetrovatelská péče je dle názoru pacienta určitě ovlivněna, neboť kdyby neužíval léky, sestra by ho neinformovala o tom, jak je užívat, jaké jsou komplikace či jak často má docházet na měření krevního tlaku.

## Pacient 2

Dotazovanému pacientovi je 63 let, jeho povolání je právník. Nejvyšší dosažené vzdělání má vysokoškolské - JUDr. Tento pacient byl hospitalizovaný na kardiologickém oddělení lůžkové části. Pacient trpí primární hypertenzí, s níž se léčí již 15 let. Podstupuje farmakologickou léčbu a zároveň dodržuje některá režimová opatření. Dotazovaný pacient je sledován v kardiologické ambulanci a u obvodního lékaře.

Pacientovi nebyl nabídnut jiný možný druh léčby, již od začátku užívá antihypertenziva. Sestra ho poučila o nutnosti dietního opatření a redukce váhy, jelikož je obézní. Na dotaz, jaký druh léčby preferuje, pacient odpověděl, že mu naprosto vyhovují prášky, chce mít klid a nebude se nijak omezovat v jídle. Začal pouze méně solit.

Další položená otázka zněla, zda změnil nějakým způsobem svůj životní styl. Tento styl pacient nijak nezměnil, stresu se prý při jeho povolání nelze vyhnout a cigareta je pro něj vysvobozením. Jediné, k čemu přistoupil kladně, je, že začal méně solit. Pacient si myslí a uvědomuje si, že je nutné dodržovat režimové opatření i při farmakologické léčbě, jak již byl poučen u svého obvodního lékaře, ve svém hektickém životě však tato opatření nedodržuje a nemá na to vůli. Nefarmakologickou léčbu tedy vidí jakou součást léčby vysokého krevního tlaku, ale podle jeho slov ji bohužel nedodržuje. Nejlepší zkušenosti v léčbě hypertenze má pacient právě se zmiňovanými prášky, které užívá již od doby zjištění arteriální hypertenze. Co by on sám nedoporučil, je dieta.

Na otázku, jaký způsob poskytování informací o léčbě vysokého tlaku preferuje, pacient odpověděl, že mu nejvíce vyhovuje přímé konzultování problému se sestrou či lékařkou, kdy se může zeptat na věci, které ho zajímají a v brožuře je nenajde.

Ošetrovatelskou péči u vysokého krevního tlaku hodnotí pacient jako perfektní, kdy mu byl při hospitalizaci měřen tlak pravidelně, od sestry byl poučen o životosprávě, co může a naopak, a navíc obdržel informační leták, do kterého později může kdykoli nahlédnout. Pacientovi byla položena otázka, zda si myslí, že je ošetrovatelská péče ovlivněna způsobem jeho léčby. Na tuto otázku odpověděl, že péče jako taková určitě ovlivněna není, jelikož se o něj sestry v nemocnici postarají tak či tak.

### Pacient 3

Dotazovaná pacientka ve věku 69 let je již ve starobním důchodu, její nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Byla již dvakrát hospitalizována před několika lety na interním oddělení. Důvodem její hospitalizace byla nevolnost, kvůli které vyhledala lékařskou pomoc. U lékaře jí byla zavolána RZP, která ji dopravila vzhledem k vyšší krevního tlaku do nemocnice na interní oddělení. Dotazovaná pacientka je dispenzarizována u svého obvodního lékaře a v kardiologické ambulanci, kam dochází jednou za půl roku. Neví, co je příčinou jejího vysokého krevního tlaku. Jde o primární hypertenzi. Tato pacientka v době před zjištěním hypertenze nesportovala, v životosprávě se nijak neomezovala. Je obézní.

Na otázku, zda jí byl nabídnut i jiný způsob léčby, dotazovaná odpovídá, že jí byly rovnou předepsány léky. Pacientka sama dodává, že jí tento způsob naprosto vyhovuje. Svou životosprávu změnila ve způsobu stravování. Jí několikrát denně menší porce, nesolí a snaží se hubnout.

Dotazované pacientce byla položena otázka, zda si myslí, že je nutné dodržovat jiná opatření než léčebná. Pacientka odpověděla, že ano. Proto přestala solit, dle jejích slov sůl zadržuje vodu v těle, a tak zvyšuje krevní tlak, proto užívá léky na odvodňování, a tím se jí také tlak snižuje.

Další otázka, na kterou byla pacientka dotázána, zněla, zda vidí nutnost nefarmakologické léčby jako součást její léčby vysokého krevního tlaku. Dotazovaná

pacientka odpověděla kladně, ale stresu se vyhnout nedokáže, jelikož má rodinné problémy s dětmi. Jak sama uvádí, dříve ve stresu nebyla. Nejlepší zkušenosti s léčbou tlaku má pacientka právě s prášky, jinou metodu před nimi nevyzkoušela. Informace o možných způsobech léčby dostává ve formě informačních brožur od své sestry, edukována jinak nebyla. Přesto ošetrovatelskou péči hodnotí jako výbornou, protože jí byl pravidelně měřen tlak.

Na dotaz, zda si pacientka myslí, že je ošetrovatelská péče ovlivněna způsobem její léčby, odpovídá ano, jelikož bere prášky a u lékaře jí musí pravidelně měřit tlak. Pokud by je nebrala, bude ji sestra informovat o jiných možnostech léčby. K léčbě nemá dotazovaná pacientka žádné připomínky, pouze v ošetrovatelské péči ano, a to ještě více informací poskytovaných sestrou. Domnívá se, že péče určitě je ovlivněna způsobem její léčby, kdyby nebrala léky, sestra ji nebude poučovat.

#### Pacient 4

Dotazovaná pacientka ve věku 74 let je nyní ve starobním důchodu. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Tato pacientka nebyla doposud kvůli vysokému krevnímu tlaku hospitalizována v nemocničním zařízení. S vysokým krevním tlakem je sledována pouze u svého obvodního lékaře, kam dochází na pravidelné měření. S primární hypertenzí se léčí přibližně 20 let. Již užívá antihypertenziva. Než začala užívat léky, neomezovala se v životosprávě, mnoho pohybu neměla kvůli sedavému zaměstnání. Jiný způsob léčby než léky jí nebyl nabídnut; dle slov pacientky to nebylo možné, jelikož měla tlak opravdu vysoký. Na dotaz, jaký druh léčby preferuje, dotazovaná pacientka odpověděla, že jí naprosto vyhovují prášky na vysoký tlak, alespoň se nemusí v ničem omezovat.

Další položená otázka se týkala změny jejího přístupu k životosprávě. Dotazovaná pacientka odpovídá, že pouze začala méně solit, je to přibližně rok, ale dietu nikdy nedodržovala, protože na to nemá vůli a ráda si dopřeje s manželem dobré jídlo. Sama si však myslí, že je důležité dodržovat režimová opatření i při farmakologické léčbě. Dle pacientky jsou důležité hlavně dieta a redukce hmotnosti.

Na otázku, proč si myslí, že tomu tak je, pacientka odpověděla, že snížení váhy má určitě také vliv na snížení krevního tlaku. Dotazovaná tedy vidí nutnost nefarmakologické léčby jako součást farmakologické léčby jejího vysokého krevního tlaku.

Na dotaz, s jakým druhem léčby má pacientka nejlepší zkušenosti, odpověděla, že s léky, jelikož zatím jinou alternativu nevyzkoušela. Dotazované vyhovuje podávání informací ústní formou přímo od sestry, protože se v tu chvíli na ni může obrátit s jakýmkoli dotazem týkajícím se onemocnění. K těmto informacím vždy pacientka obdržela brožuru, do které mohla kdykoli nahlédnout.

Další položená otázka se týkala hodnocení ošetřovatelské péče, kterou jí poskytovala sestra, když přišla na kontrolu s vysokým tlakem. Pacientka odpověděla, že péče ze strany sestry byla výborná, neboť jí změřila tlak, dala brožury, letáky a znovu ji poučila o dietě, kterou nedodrží.

Pacientka se domnívá, že ošetřovatelská péče je určitě ovlivněna způsobem její léčby, protože užívá léky. Sestra i lékařka ji informovaly o vedlejších účincích. Pokud by prý léky nebrala, dostávala by jiné informace týkající se dalších způsobů léčby.

## Pacient 5

Dotazovaná pacientka ve věku 54 let pracuje jako administrativní pracovnice. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Pacientka je nyní hospitalizována kvůli vysokému krevnímu tlaku poprvé. Do nemocnice ji přivezli kvůli nevolnosti a pocitu bušení srdce. Co vyvolalo vysoký krevní tlak, neví, má primární hypertenzi. Na dotaz, jakou léčbu vysokého krevního tlaku podstupuje, pacientka odpovídá, že doposud měla držet dietu, nejíst tučné jídlo a omezit solení. Toto jí řekla sestra u obvodního lékaře, kam pacientka dochází na kontrolní měření, jelikož prý měla hraniční hodnoty krevního tlaku. Dietu drží již přes rok.

Na otázku, jaký druh léčby preferuje, dotazovaná odpovídá, že právě dietu, protože prášky bere nerada, mají hodně nežádoucích účinků a není to pro tělo zdravé.

Dotazované byla položena otázka, zda změnila nějak svůj životní styl.

Pacientka odpovídá, že od doby, kdy jí byla zjištěna v ordinaci praktického lékaře hraniční hodnota krevního tlaku, začala méně solit, drží dietu, nejí mastné jídlo a snaží se sportovat a také přestala úplně kouřit. Pacientka si je vědoma toho, že i tyto nefarmakologické postupy mohou pozitivně ovlivnit hodnotu krevního tlaku, protože tloušťka, kouření i nadměrné solení zvyšuje tlak. Proto nefarmakologickou léčbu vidí jako nutnou součást léčby vysokého krevního tlaku. Nejlepší zkušenosti má pacientka s léčbou pomocí diety. Jak sama dodává, prášky by nikomu nedoporučovala, protože jako každý lék mají i prášky na tlak svoje vedlejší účinky.

Další otázka, na kterou byla pacientka dotázána, zněla, jaký způsob podávání informací o vysokém tlaku jí vyhovuje. Na tuto otázku pacientka odpovídá, že jí vyhovuje, když jí sestra vše srozumitelně a důkladně vysvětlí, že nepotřebuje žádné letáčky, ze kterých se stejně moc nedoví a jsou v nich uvedeny pouze základní informace. Ještě dodává, že sestra by neměla mluvit v odborném jazyce, protože by jí pacientka vůbec nerozuměla, a podané informace by jí moc nepomohly. Ošetrovatelskou péčí, se kterou se pacientka prozatím setkala, hodnotí jako výbornou, jelikož od sestry i lékaře dostala velké množství potřebných informací týkajících se způsobů léčby a dietního opatření u hypertenze.

Pacientce byla položena poslední otázka, zda se domnívá, že je způsobem její léčby vysokého krevního tlaku ovlivněna ošetrovatelská péče o ni. Odpověděla, že si myslí, že péče ovlivněna je, protože každá ošetrovatelská péče o pacienta je velmi individuální.

## Pacient 6

Dotazovanému pacientovi, aktivnímu důchodci, je 67 let a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je nižší odborné. Pracoval jako zámečnický vedoucí kolektivu, za který zodpovídal. Pacient byl často vystavován psychickému vypětí, byl ve stresu. Aktivně sportoval, dietní opatření nedodržoval. Pro vysoký krevní tlak nikdy hospitalizován nebyl, je s ním sledován u ošetřujícího obvodního lékaře a lékaře internisty, nyní jsou to 4 roky. Dříve se s hypertenzí neléčil. Příčinu vysokého krevního

tlaku mu lékař nesdělil, řekl, že trpí primární hypertenzí. Pacient užívá antihypertenziva. Jiný způsob léčby mu nabídnut nebyl, dostal od lékaře rovnou recept na léky. On sám by upřednostnil dietu, léky užívá nerad, jelikož jich prý už má dost. Svůj životní styl od doby zjištění arteriální hypertenze změnil v oblasti stravování. Pacient začal držet dietu, není mastné jídlo, dává přednost rostlinným tukům, nepije alkohol a začal také na doporučení sestry méně solit.

Na dotaz, zda změnil ještě nějakým způsobem svůj životní styl, pacient odpovídá, že se snaží vyhnout stresu, ale příliš mu to v tomto hektickém období nejde. Má starosti s rodinou.

Pacientovi byla položena otázka, zda si myslí, že je nutné dodržovat i jiné než farmakologické opatření u vysokého krevního tlaku. Pacient odpověděl, že je to důležité, protože mu sestra vysvětlovala, že by se měl vyhnout stresu. Domnívá se, že když se mu vyhne, bude mít tlak určitě za čas nižší. Vidí tedy nefarmakologické postupy jako součást celkové léčby jeho vysokého krevního tlaku.

Na dotaz, s jakým druhem léčby má pacient nejlepší zkušenosti, odpovídá, že zatím s léky, protože jiný způsob léčby hypertenze mu nebyl umožněn.

Další otázka, která byla pacientovi položena, směřovala na oblast informací o hypertenzi, jaký způsob informování pacientovi vyhovuje. Odpověděl, že nejlepší informace jsou ty, které mu jsou poskytnuty přímo v ordinaci lékaře. Může se na cokoli dotázat a je mu podáno velké množství pro něj důležitých a potřebných informací. Sestra mu je velkou oporou.

Ošetřovatelskou péčí hodnotí jako dobrou, sestra mu změří krevní tlak při každé návštěvě u lékaře, poskytne mu informační letáčky, hovoří s ním o životosprávě. Pacient se domnívá, že péče není ovlivněna způsobem jeho léčby.

#### Pacient 7

Dotazovaný 42 letý pacient pracuje s výpočetní technikou, jeho nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské. Již byl jednou hospitalizován kvůli vysokému tlaku na kardiologickém oddělení. Měl nauseu a bušení srdce, proto mu manželka zavolala

záchrannou službu. S vysokým krevním tlakem je sledován tři roky u svého obvodního lékaře. Příčina jeho nemoci není známa, léčí farmakologicky s esenciální hypertenzí. Jiný způsob léčby mu nebyl vzhledem k jeho zdravotnímu stavu nabídnut.

Dotazovaný pacient sám upřednostňuje léčbu ve formě tablet, jelikož si vezme ráno a večer tabletu a zbaví se starostí. Svůj přístup k životosprávě od doby zjištění vysokého krevního tlaku nezměnil. Dietu nedodržuje, protože podle jeho slov na ni nemá dostatečnou vůli. Začal žít více aktivně, sportuje, chodí pěšky; dříve jezdil pouze autem nebo městskou hromadnou dopravou.

Pacientovi byla položena otázka, zda si myslí, že je důležité dodržovat u vysokého krevního tlaku jiná opatření než farmakologická.. Na tuto otázku pacient odpovídá, že ne, neboť když užívá léky, není třeba jiným způsobem snižovat hodnotu krevního tlaku, léky toto zajistí. Jak pacient uvádí, ani nefarmakologickou léčbu nepovažuje za nutnou součást své léčby vysokého krevního tlaku.

Na otázku, s jakým druhem léčby má pacient nejlepší zkušenost, uvádí, že nejlepší zkušenost má se zmiňovanou farmakologickou léčbou, kdy si vezme tabletu a má po starostech, nic víc dotazovaný pacient dle jeho slov neřeší.

Na otázku, jaký způsob podávání informací mu vyhovuje, pacient odpovídá, že mu stačí nějaká brožurka nebo letáček. Když potřebuje cokoli vědět, zeptá se ošetřujícího lékaře nebo sestry.

Ošetrovatelskou péčí u vysokého krevního tlaku hodnotí pacient jako průměrnou, sestra mu změří tlak a to je vše. Poslední otázka, která byla pacientovi položena, zněla, zda si myslí, že je ošetrovatelská péče způsobem jeho léčby hypertenze nějak ovlivněna. Pacient uvádí, že se nedomnívá, že by péče mohla být nějak ovlivněna. Sestra podle něho u každého pacienta změří tlak a tím její péče končí.

#### Pacient 8

Dotazovaný pacient ve věku 71 let je ve starobním důchodu, živil se jako lesník, jeho nejvyšší dosažené vzdělání je základní. S hypertenzí se léčí již několik let, nevzpomíná si, jak dlouho. Na dotaz, zda byl již někdy hospitalizován s vysokým

krevním tlakem, pacient odpovídá, že již několikrát, protože mu byl u jeho praktického lékaře naměřen tlak kolem hodnoty 200mmHG systolického tlaku, a tak mu jeho obvodní lékař zavolal rychlou záchrannou službu, která ho dovezla rovnou do nemocnice. Již několikrát mu dle jeho slov změnili léky na vysoký tlak. Nyní užívá kombinaci antihypertenziv. Pacient se léčí s esenciální hypertenzí. Léky proti vysokému tlaku užívá již delší dobu, dříve držel pouze dietu a méně solil, jak sám ale tvrdí, nepomáhalo to. Obvodní lékař mu předepsal antihypertenziva a k tomu ještě drží dietu a nesolí. Tento pacient je v dispenzarizaci u obvodního lékaře. S vysokým tlakem je sledován pouze u svého obvodního lékaře. Jiný způsob léčby pacientovi nabídnut nebyl, pacient uvádí, že musel začít užívat léky, protože měl tlak dost vysoký a nebylo mu po fyzické stránce dobře.

Na dotaz, jakou léčbu on sám upřednostňuje, pacient odpovídá, že mu vyhovují tablety v kombinaci s dietou. Hubne a cítí se lépe. Dříve se mu kvůli nadváze špatně dýchalo a vzhledem k jeho práci to bylo pro pacienta obtěžující. Svůj životní styl změnil v tom smyslu, že začal držet dietu, která spočívá v dělené stravě, vyhýbá se konzumaci alkoholu a jídlo méně solí. Jak pacient uvádí, to bylo pro něj největším problémem, protože má slané jídlo rád.

Pacientovi byla položena otázka, zda si myslí, že je u vysokého krevního tlaku důležité dodržovat jiné opatření než farmakologické. Dotazovaný pacient odpovídá, že se domnívá, že právě obezita, nadměrný přísun kuchyňské soli a alkohol způsobují vysoký krevní tlak, takže i nefarmakologická opatření mají určité vliv na snížení krevního tlaku. Proto je vidí také jako nutnou součást jeho léčby. Právě o kuchyňské soli, alkoholu a dietě ho edukovala sestra u jeho obvodního lékaře.

Na dotaz, s jakým druhem léčby má pacient nejlepší zkušenosti, odpovídá, že mu vyhovují tablety spojené s dietou. Nejdříve si však myslel, že tablety nebudou ta pravá volba, protože mu nezabíraly a musel být několikrát hospitalizován kvůli velice vysokému tlaku. Nyní však má novou kombinaci léků a cítí se dobře. Neví o žádném druhu léčby, který by naopak nedoporučil.

Další otázka, která byla pacientovi položena, zněla, jaký způsob poskytování informací mu vyhovuje. Pacient odpověděl, že je vždy řádně poučen od svého lékaře a



sestry a že tento způsob podávání informací mu vyhovuje, neboť je v přímém kontaktu se zdravotníky a může se na ně obrátit s jakýmkoli dotazem.

Ošetrovatelskou péči hodnotí jako výbornou, sestra mu vždy při návštěvě lékaře přeměří tlak, zapíše hodnoty do karty, kterou nosí u stále u sebe, dává mu informační materiál o životním stylu a vždy s ním o jeho nemoci hovoří.

Poslední otázka, která byla dotazovanému pacientovi položena, se týkala vlivu způsobu jeho léčby na ošetrovatelskou péči. Pacient se domnívá, že je určitě ovlivněna tím, jakou podstupuje léčbu. Kdyby se léčil pouze pomocí tablet a nedržel by dietu, sestra by ho neinformovala o jiných způsobech léčby vysokého tlaku.

#### Pacient 9

Dotazované pacientce je 48 let a pracuje jako učitelka na střední škole. Její nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské. Byla jí položena otázka, zda musela být již někdy v minulosti hospitalizována kvůli vysokému krevnímu tlaku. Na tuto otázku pacientka odpovídá, že hospitalizovaná ještě nikdy kvůli tlaku nebyla, s hypertenzí se doposud neléčila. Není dispenzarizována s vysokým krevním tlakem. Nyní pacientka užívá léky na tlak.

Na dotaz, zda pacientce byl nabídnut i jiný způsob léčby než farmakologický, odpovídá, že vzhledem k urgentnímu příjmu do nemocnice, kam ji odeslal její obvodní lékař, to nebylo ani možné. Jinou alternativu by ani nezvolila. Svůj životní styl zatím nijak nezměnila, protože nevěděla, že má vysoký tlak.

Ale na dotaz, zda svůj životní styl do budoucna nějak změní, pacientka odpovídá, že se nebude tolik stresovat, zvolí nějakou dietu a nebude se stravovat v restauracích, aby trochu zhubla. V dietě se zatím nijak neomezovala, ráda se stravuje v restauracích, doma většinou nevaří, protože nemá rodinu.

Na dotaz, zda si pacientka myslí, že je při léčbě vysokého krevního tlaku nutné dodržovat i jiná opatření než farmakologická, pacientka odpovídá, že je to určitě nutné, protože i metody, při kterých se neužívají léky na tlak, mohou krevní tlak snižovat, proto i tyto způsoby vidí jako součást léčby vysokého krevního tlaku. Jak sama uvádí,

proto se rozhodla držet dietu. S žádnou další možností léčby hypertenze pacientka zkušenosti nemá, jelikož se doposud s hypertenzí neléčila, a při hospitalizaci v nemocnici dostala rovnou léky. Při příjmu pacientky a diagnostikování vysokého krevního tlaku obdržela informační letáček o farmakologické léčbě vysokého krevního tlaku. Zároveň byla sestřičkou poučena o potřebné dietě s omezením příjmu soli. Tyto informace byly pro dotazovanou pacientku dostatečně srozumitelné.

Další otázka zněla, jak hodnotí ošetrovatelskou péči u vysokého krevního tlaku. Dotazovaná pacientka odpověděla, že jí sestra změřila několikrát tlak, poučila ji, co smí a nesmí jíst a ještě dostala letáček s informacemi. Proto péči hodnotí jako výbornou. Nemyslí si však, že by ošetrovatelská péče byla nějak ovlivněna způsobem léčby, který podstupuje. Na léčbě ani péči by nic neměnila.

#### Pacient 10

Dotazovaný pacient ve věku 67 let je nyní již ve starobním důchodu, dříve pracoval v soukromé firmě v oblasti stavebnictví. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné. Tento dotazovaný byl již jednou hospitalizován pro nevolnost, která byla způsobena vysokým krevním tlakem. Nyní se léčí rok s vysokým krevním tlakem. Dochází k internistovi a k obvodnímu lékaři. Podstupuje farmakologickou léčbu. Co vyvolalo jeho onemocnění, pacient neví, hypertenze je primární. Jiný způsob léčby mu vzhledem k akutnímu stavu již při první hospitalizaci nabídnut nebyl. Dříve, když docházel k obvodnímu lékaři, ho sestra i lékař poučili o nutnosti redukce hmotnosti, jelikož je pacient obézní. Jak uvádí, dietu nedodržel.

Pacient dále uvádí, že má rád buček a mastnější jídlo, k tomu si dá pivo a je spokojený, proto dietu nedržel, nechce se na stáří nijak omezovat a chce žít naplno. On sám preferuje léčbu pomocí tablet, nemusí držet dietu, ráno a večer si ji vezme a dle jeho slov mu je dobře. Tato léčba vysokého krevního tlaku mu maximálně vyhovuje. Svůj životní styl ani životosprávu nijak nezměnil a na dotaz, zda do budoucna uvažuje o změně, pacient odpovídá, že zřejmě nikoli.

Pacientovi byla položena otázka, zda se domnívá, že je nutné při léčbě

hypertenze dodržovat jiná opatření než léčebná. Odpovídá, že si myslí, že to nutné není, proto jsou na trhu léky na tlak, které ho sníží a jemu pomohou. Nevidí tedy nefarmakologickou léčbu jako nutnou součást léčby vysokého krevního tlaku, protože dle pacientových slov mu stačí brát pouze tablety. Nejlepší zkušenosti má tedy s léčbou farmakologickou a neví o žádné, kterou by naopak nedoporučil.

Na dotaz, jaký způsob předávání informací pacientovi vyhovuje, odpovídá, že mu stačí pouze vysvětlení od lékaře či sestry. Proto byla položena další otázka, zda jsou pro něj tyto informace dostatečně srozumitelné a zda by neuvítal například také informační letáčky či brožury. Na tuto otázku pacient odpověděl, že mu je sestra nabízela, ale že si je od ní nevezal, protože ví, že by je stejně vyhodil a nečetl.

Ošetrovatelskou péčí hodnotí jako vcelku dobrou, sestra mu změří při každé návštěvě v ordinaci tlak, jen mu nevyhovuje „sekýrování“, které se týká diety.

Dotazovanému pacientovi byla položena otázka, zda si myslí, že je způsobem jeho léčby nějak ovlivněna ošetrovatelská péče. Domnívá se, že péče ovlivněna určitě je, protože kdyby nebral léky, sestra mu nebude pokaždé měřit tlak. Na péči ani na léčbě by pacient nic neměnil.

#### Pacient 11

Hospitalizovaná 65 letá pacientka je již ve starobním důchodu, její nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Celý život pracovala v JZD. Pacientka nebyla kvůli vysokému krevnímu tlaku nikdy hospitalizována. Minulý týden byla na kontrole u obvodní lékařky, která u ní zjistila vysoký tlak s hodnotami nad 180 mmHg, proto zavolala rychlou záchrannou službu a dotazovanou pacientku převezli na jednotku intenzivní péče. Pacientka uvádí, že nyní je s tlakem v nemocnici poprvé, nejdříve ležela na jednotce intenzivní péče, kde započali farmakologickou léčbu a včera ji přeložili na standardní oddělení, kde s ní byl dělán rozhovor. Pacientka byla sledována s tlakem pouze u obvodního lékaře, doposud se neléčila, protože měla hraniční hodnoty a bylo jí doporučeno pouze režimové opatření. Co vyvolalo vysoký krevní tlak, neví, protože hypertenzi má primární. Zatím jí nebyl nabídnut jiný způsob léčby, byla jí

předepsána dieta, užívá léky proti otokům a sestra jí slíbila, že s ní pohovoří o dietním opatření, které bude muset dodržovat, až ji propustí z nemocnice domů.

Na dotaz, jaký druh léčby pacientka preferuje, odpovídá, že preferuje tablety, protože se nechce omezovat v jídle ani v životě. Svůj životní styl i přes zjištění hraničních hodnot nezměnila, a dle jejích slov to ani nemá v plánu. Jediné, co prý pro léčbu hypertenze může udělat, je, že začne méně solit.

Další otázka, která byla pacientce položena, zněla, zda si myslí, že je nutné dodržovat jiná opatření než léčebná. Pacientka odpovídá, že to určitě nutné je, ale důvod, proč si to myslí, nezná.

Další otázka, která byla pacientce položena se týkala nutnosti nefarmakologické léčby jako součásti její léčby vysokého krevního tlaku. Na tuto otázku dotazovaná pacientka odpovídá, že nefarmakologickou léčbu nevidí jako nutnou, stačí brát léky dle ordinace lékaře a tlak se jí sníží. Nejlepší zkušenosti v léčbě hypertenze má pacientka s tabletami, jiný způsob nezkusila, proto nemůže nějaký způsob naopak nedoporučit. Pacientka nedostala zatím žádné letáčky ani brožurky týkající se léčby hypertenze či režimového opatření, proto jí vyhovují informace, které jí podá sestra či lékař, může se vždy dotázat na to, co ji zajímá.

S ošetrovatelskou péčí je spokojená, sestra jí měří pravidelně každou hodinu tlak a slíbila jí podání více informací. Pacientka si nemyslí, že je způsobem její léčby nějak ovlivněna ošetrovatelská péče. Nic by v péči ani v léčbě neměnila.

## Pacient 12

Dotazovaný pacient ve věku 61 let, nyní v invalidním důchodu, pracoval dříve jako řidič městské hromadné dopravy. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Pacient je dlouhodobě sledovaný u interního a obvodního lékaře. V nemocnici byl kvůli vysokému tlaku hospitalizován již v minulosti asi pětkrát. Bylo mu nevolno, cítil bušení srdce, točila se mu hlava.

Na otázku, zda ví, co vyvolalo jeho onemocnění, pacient odpovídá, že mu lékař sdělil, že je to od onemocnění ledvin. Pacient podstupuje dialyzační léčbu. Hypertenzní

nemoc léčí pomocí farmak. Jiný způsob léčby mu vzhledem k jeho zdravotnímu stavu nebyl nabídnut. On sám preferuje léčbu pomocí tablet, protože mu tento způsob léčby vyhovuje.

Dotazovanému pacientovi byla položena otázka, zda změnil po indikování vysokého krevního tlaku svůj životní styl. Odpovídá záporně, spíše se zaměřil na životosprávu. Začal méně solit, protože mu sestra řekla, že kuchyňská sůl má vliv na výšku krevního tlaku. Také nejí sladké a mastné jídlo.

Dotazovanému pacientovi byla položena otázka, zda si myslí, že je nutné dodržovat jiná opatření než léčebná. Odpověděl, že to důležité určité je, protože například správná dieta má určitě pozitivní vliv na výšku krevního tlaku, a tak vidí nutnost nefarmakologické léčby jako součást své léčby hypertenze. Nejlepší zkušenosti s léčbou má pouze s tabletami, není žádný způsob, který by naopak nedoporučil.

Další otázka, která byla dotazovanému pacientovi položena, zněla, jaký způsob poskytování informací o vysokém krevním tlaku mu vyhovuje. Pacientovi vyhovují informace, které mu podá přímo sestra, a k nim obdržel pokaždé letáčky doplňující tyto informace. Všechny byly pro něj srozumitelné.

Ošetrovatelskou péčí hodnotí jako výbornou, sestra mu při každé návštěvě změřila tlak, dala mu letáčky o komplikacích při nedodržení léčby a hovořila s ním o jeho léčbě a životosprávě.

Poslední otázka, která byla pacientovi položena, zněla, zda si myslí, že je způsobem jeho léčby hypertenze nějak ovlivněna ošetrovatelská péče. Pacient nevěděl, jak by mohla být ovlivněna, proto odpověděl, že si to nemyslí. Péče by měla být u každého stejně kvalitní. V péči ani v léčbě by nic neměnil.

### Pacient 13

Hospitalizovaná pacientka ve věku 65 let je již ve starobním důchodu, dříve pracovala jako sanitárka v ústavu sociální péče. Její nejvyšší dosažené vzdělání je nižší odborné. Dotazovaná pacientka zatím s vysokým krevním tlakem hospitalizována nebyla ani s ním není sledována u obvodního lékaře. Nyní se tak stalo poprvé. Doma se

jí udělalo nevolno, když šla na toaletu, omdlela a probudila se až na jednotce intenzivní péče, ze které ji přeložili na lůžkovou část interního oddělení.

Na otázku, zda pacientka ví, co vyvolalo vysoký krevní tlak, kvůli kterému musela být hospitalizována, pacientka odpovídá, že jí v nemocnici sdělili, že to byl následek farmak, která užívá na léčbu zánětu sedacího nervu. Nyní je léčena antihypertenzivy. Jiný možný způsob léčby jí nebyl nabídnut. Jak pacientka uvádí, raději by volila dietu a sport, protože nesouhlasí s léčbou tabletami.

Na otázku, zda změnila nějak svůj životní styl, pacientka odpovídá, že začala cvičit, jezdí na kole. Svou životosprávu nezměnila, přestože jí prý sestra radila, že by měla zhubnout. Dle slov pacientky začne držet dietu, až ji propustí domů. Pacientka se dále domnívá, že je nutné dodržovat i jiná opatření než léčebná, a proto je vidí také jako nutnou součást léčby hypertenze.

Na otázku proč si myslí, že je nutné dodržovat i jiné opatření než léčebné, pacientka odpovídá, že musí být u léčby ještě něco podpůrného, co tlak snižuje, nic se tím nezkazí. Nejlepší zkušenosti má dotazovaná pacientka zatím jen s tabletami, jiný způsob léčby zatím nezkusila. Informace o možných způsobech léčby zatím pacientka nedostala, obvodní lékař dosud neví, že je hospitalizována, a v nemocnici zatím žádné informace nedostala.

Na otázku, jak hodnotí ošetřovatelskou péči, pacientka odpovídá, že péče sester je bezvadná. Krevní tlak jí měří každou hodinu a hovoří si s ní o tom, jakým způsobem změnit životní styl. Pacientka si nemyslí, že by péče mohla být nějak ovlivněna způsobem její léčby. Péči by neměnila, jen by raději přestala brát léky a dodržovala režimová opatření.

#### Pacient 14

Dotazovaná pacientka ve věku 75 let je již ve starobním důchodu. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Tato pacientka nebyla doposud kvůli vysokému krevnímu tlaku hospitalizována. Sledována je u obvodního lékaře, který jí předepsal farmakologickou léčbu. Pacientka má esenciální hypertenzi. Jiný způsob léčby jí

nabídnut nebyl. Dotazovaná pacientka uvádí, že je s léčbou spokojena, protože ona sama preferuje léčbu tabletami, v životě se nechce nijak omezovat, stačí si vzít ráno lék a nemá problémy. Dotazované pacientce byla položena otázka, zda změnila nějak svůj životní styl nebo zda ho plánuje změnit. Životní styl měnit nebude, takto jí to naprosto vyhovuje.

Dotazované pacientce byla položena otázka ohledně životosprávy. Na tuto oblast se pacientka snaží zaměřit. Začala méně solit než dříve, byla totiž zvyklá solit hodně. Pacientka nikdy nedodržovala žádnou dietu, takže tato změna bude pro ni dle jejích slov velmi náročná, protože nemá vůli. Přestala také jíst mastné jídlo.

Další otázka zněla, zda si myslí, že je nutné dodržovat i jiné opatření než léčebné. Pacientka si myslí, že je to důležité, protože snížení váhy určitě snižuje nebo ovlivňuje krevní tlak. Proto vidí nutnost nefarmakologické léčby jako součást své léčby vysokého tlaku, a proto také začíná dietu dodržovat.

Na dotaz, s jakým druhem léčby má pacientka nejlepší zkušenosti, odpovídá, že právě s farmakologickou léčbou. Jiný způsob zatím nezkoušela. Způsob poskytování informací o léčbě a režimovém opatření vyhovuje dotazované pacientce formou brožur, kde najde vždy srozumitelné informace. Pokud něčemu nerozumí, vždy se může obrátit na sestru u obvodního lékaře, která jí vše vysvětlovala.

Na dotaz, jak by zhodnotila ošetřovatelskou péči, pacientka odpovídá, že ji o hypertenzi lékař příliš neinformoval, zato sestra jí seznámila s dietou, s možnostmi pohybu, vedlejšími účinky léků, a s tím, že by se měla vyhnout stresovým situacím.

Pacientka si myslí, že ošetřovatelská péče ovlivněna způsobem její léčby vysokého tlaku určitě je, protože ji sestra informovala o dietě a o vedlejších účincích léků. Kdyby se dle slov pacientky neléčila prášky, nebude jí sestra o těchto náležitostech informovat. Na péči by nic neměnila, je spokojena.

## Pacient 15

Dotazovaný pacient ve věku 53 let pracuje jako ekonom u zemědělské firmy. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Kvůli vysokému tlaku pacient

hospitalizován ještě nebyl. Není sledován ani u obvodního lékaře, protože se s vysokým tlakem neléčil. Pacientovi se udělalo v zaměstnání nevolno, měl návaly, bušilo mu srdce, točila se mu hlava, proto mu přivolali rychlou záchrannou službu, která ho převezla do nemocnice.

Co vyvolalo jeho onemocnění, pacient neví, ale jak sám přiznává, byl mnohokrát v práci ve stresu a tyto zdravotní potíže už několikrát měl. V nemocnici mu lékař sdělil, že má primární hypertenzi. Nyní podstupuje pacient farmakologickou léčbu. Nejdříve dostával léky do žíly, nyní dle jeho slov dostává tabletky, léky do žíly dostával na jednotce intenzivní péče. Jiný způsob léčby pacientovi nabídnut nebyl, nebylo to možné vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Pacient přiznává, že není rád, když musí brát léky, protože mají mnoho vedlejších účinků, a on se jim vždy vyhýbal. Raději pil čaje, dodržoval dietu..

Na otázku, zda nyní změnil nějakým způsobem svůj životní styl, pacient odpovídá, že určitě ano. Sestrou byl poučen o režimových opatřeních, která se bude snažit dodržovat. Dle jeho slov se bude snažit v zaměstnání se nestresovat, což bude prý hodně těžké, protože má velkou zodpovědnost. Pacient dodržuje správnou životosprávu. Uvádí, že již několik let se zdravě stravuje, jí bio potraviny, nesladí, nepije alkohol, nekouří. Sestra pacienta poučila, že má omezit také solení.

Dotazovanému pacientovi byla položena otázka, zda si myslí, že je nutné dodržovat jiné opatření než léčebné, a on se domnívá, že určitě ano, protože mnoho faktorů mu může zvyšovat tlak a právě tato opatření se tomu snaží zabránit. Vidí tedy svou dietu, sport a vyhýbání se stresu jako nutnou součást léčby vysokého tlaku. Nejlepší zkušenost s léčbou hypertenze má zatím s léky, protože v minulosti se s vysokým tlakem neléčil, a tak nemohl vyzkoušet jiný způsob. Zatím není žádná alternativa, kterou by nedoporučil. Dotazovanému pacientovi byla položena otázka, jaký způsob podávání informací mu nejvíce vyhovuje. Pacient odpověděl, že mu vyhovovalo, když za ním přišla sestra v nemocnici a všechno mu srozumitelně vysvětlila. Později mu donesla i letáček, kde bylo také vše srozumitelně vysvětleno.

Ošetřovatelskou péči hodnotí dotazovaný pacient jako výbornou, protože se mu sestra v nemocnici opravdu věnovala, přestože měla na starosti mnoho dalších pacientů.



Objasnila mu vše, co se týkalo diety, dalších alternativ léčby hypertenze a měřila mu tlak. Dotazovaný pacient si myslí, že péče není ovlivněna způsobem jeho léčby, vždy by totiž měla sestra pacienta poučit o problematice týkající se léčby a všeho s ní spojeného.

### 4.3 Tabulky výsledků rozhovorů se sestrami

Tabulka 1 Věk sester

Sestra		Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
Věk	Počet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
18-28	4					1			1					1		1	1;1;2
29-38	5	1	1		1					1		1					3;1;1
39-48	5			1			1	1					1		1		1;2;2
49-58	1										1						0;1;0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Tabulka 1 uvádí věk dotazovaných sester. Z celkového počtu 5 sester Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. jsou tři sestry ve věku 29-38 let, jedna sestra ve věku 39-48 let, jedna sestra ve věku 18-28 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5. Z celkového počtu 5 sester Nemocnice Na Homolce jsou dvě sestry ve věku 39-48 let, jedna sestra ve věku 29-38 let, jedna sestra ve věku 18-28 let a jedna sestra ve věku 49-58 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5. Z celkového počtu 5 sester Klatovské nemocnice, a.s. jsou 2 sestry ve věku 18-28 let, 2 sestry ve věku 39-48 let a jedna sestra ve věku 29-38 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Tabulka 2 Délka praxe ve zdravotnictví

Sestra		Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
Délka praxe	Počet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
0-5let	3					1			1							1	1;1;1
6-10let	4	1	1							1				1			2;1;1
11-15let	1				1												1;0;0
16-20let	6			1			1	1				1	1		1		1;2;3
21-30let	1										1						0;1;0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Tabulka 2 shrnuje celkovou délku praxe sester ve zdravotnictví. Z celkového počtu 5 sester Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. mají dvě

sestry praxi 6-10 let, jedna sestra má praxi 1-5 let, jedna sestra má praxi 11-15 let a jedna sestra je s praxí 16-20 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce mají dvě sestry praxi 16-20 let, 1 sestra je s praxí 0-5 let, jedna sestra s praxí 11-15 let a jedna sestra má praxi 16-20 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je tedy 5.

Z celkového počtu dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. mají 3 sestry praxi ve zdravotnictví 16-20 let, 1 sestra je s praxí 6-10 let a 1 sestra je s praxí 0-5 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 3** Vzdělání sester

Sestra		Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Vzdělání	Počet																
SZŠ	10		1	1			1		1		1	1	1	1	1		2;3;5
Bc.	1				1												1;0;0
Dis.	3	1				1				1							2;1;0
ARIP	1						1										0;1;0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Tabulka 3 shrnuje nejvyšší vzdělání sester. Z celkového počtu dotazovaných sester Nemocnice České Budějovice, a.s. mají dvě sestry vyšší odborné vzdělání, 2 sestry mají střední odborné vzdělání, 1 sestra má bakalářské studium. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu dotazovaných sester z Nemocnice Na Homolce mají tři sestry střední odborné vzdělání, 1 sestra má vyšší odborné vzdělání a jedna sestra má ARIP. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. má všech 5 sester střední odborné vzdělání. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je tedy 5.

**Tabulka 4 Délka praxe sester na konkrétním oddělení**

Sestra	Délka praxe	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	0-1 rok	3			1		1			1								2;1;0
	2-6 let	6	1	1		1							1			1	1	3;0;3
	7-12 let	4					1	1		1				1				0;3;1
	13-16let	2									1			1				0;1;1
<b>Celkem</b>		<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Tabulka 4 shrnuje praxi sester na konkrétním oddělení. Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. mají 3 sestry praxi na oddělení 2-6 let a 2 sestry mají délku praxe 0-1 rok. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce mají 3 sestry praxi 7-12 let, 1 sestra má délku praxe na konkrétním oddělení 13-16 let a 1 sestra má praxi 0-1 rok. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. mají 3 sestry délku praxe na oddělení 2-6 let, jedna sestra má praxi 7-12 let a jedna sestra má praxi 13-16 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 5a Ošetrovatelská péče u farmakologické léčby**

Sestra	Farmakologická léčba	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	Měření TK	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	5;5;4
	Edukace	13	1	1		1	1	1	1	1			1	1	1		1	4;5;4
<b>Celkem</b>		<b>27</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>9;10;8</b>

Tabulka 5a uvádí postup ošetrovatelské péče u nefarmakologické léčby. Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Kardiologického oddělení Nemocnice České

Budějovice, a.s. 5 sester měří krevní tlak a 4 sestry edukovaly. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 9.

Z celkového počtu 5 sester z Nemocnice Na Homolce 5 sester měří pravidelně tlak a 5 sester zároveň edukuje. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je tedy 10.

Z celkového počtu 5 sester Klatovské nemocnice, a.s. 4 sestry měří tlak a 4 sestry pacienty edukují. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 8.

**Tabulka 5b Ošetřovatelská péče u nefarmakologické léčby**

Sestra	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Měření TK	12	1		1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	4;4;4
Edukace	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	5;5;4
Podpora psychiky	1					1												1;0;0
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>10;9;8</b>	

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice České Budějovice, a.s. 5 sester uvádí edukaci pacientů, 4 sestry měří tlak a 1 sestra pečuje o psychiku pacienta. 3 sestry uvedly dvě odpovědi, 1 sestra uvedla 3 odpovědi a jedna sestra uvedla 1 odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 10.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce 5 sester edukuje pacienty, 4 sestry měří tlak. 4 sestry uvedly 2 odpovědi a 1 sestra uvedla 1 odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 9.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. 4 sestry edukují pacienty, 4 sestry měří tlak. 3 sestry uvedly 2 odpovědi a 2 sestry uvedly 1 odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 8.

**Tabulka 6 Představa sester o pojmu alternativa léčby hypertenze**

Sestra	Alternativa	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce										Výskyt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	Farmaka	12	1		1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	4;3;5
	Bylinky	8	1			1		1		1			1	1	1	1		2;2;4
	Eliminace stresu	6	1	1	1			1			1						1	3;2;1
	Správná životospráva	11	1	1			1	1	1	1	1	1		1		1	1	3;5;3
	Redukce hmotnosti	7	1		1	1	1		1		1					1		4;2;1
	Pohyb	8		1	1	1		1	1	1	1					1		3; 4;1
	<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>19;18;15</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice České Budějovice, a.s. si 4 sestry pod pojmem alternativa léčby hypertenze představí farmaka, 2 sestry si představí bylinky, 3 sestry eliminaci stresu, 3 sestry správnou životosprávu, 4 sestry redukci hmotnosti a 3 sestry si představí pohyb. Jedna sestra uvedla 4 odpovědi, 2 sestry uvedly 4 odpovědi a 2 sestry uvedly 3 odpovědi. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je tedy 17.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce si 3 sestry představí od pojmem alternativa farmaka, 2 sestry si představí bylinky, 2 sestry eliminaci stresu, 5 sester si představí správnou životosprávu, 2 sestry redukci hmotnosti a 4 sestry pohyb. 3 sestry uvedly 2 odpovědi, 1 sestra uvedla 3 odpovědi, 1 sestra uvedla 4 odpovědi a jedna sestra uvedla 5 odpovědí. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 16.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. si 5 sester pod pojmem alternativy představí farmaka, 4 sestry si představí bylinky, 1 sestra eliminaci stresu, 3 sestry správnou životosprávu, 1 sestra redukci hmotnosti a 1 sestra pohyb. 3 sestry uvádí jednu odpověď, 1 sestra uvádí 3 odpovědi, 1 sestra uvádí 4 odpovědi a jedna uvádí 5 odpovědí. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 15.

**Tabulka 7** Názor sester na hlavní problém pacientů, kteří užívají antihypertenziva

Sestra	Problém	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
	Nepřavidelné užívání léků (nedodržují léčbu)	8	1					1	1	1		1				1	1	1	1;4;3
	Regulace léků pacientem	7		1		1			1		1	1	1					1	2;2;2
	Vysazování léků	3	1							1					1				1;1;1
	Nedodržování režimových opatření	4			1	1	1									1			3;0;1
	<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6;7;7</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 3 sestry vidí jako hlavní problém nedodržování režimových opatření, 2 sestry regulaci léků pacientem, 1 sestra vysazování léků a 1 sestra nepřavidelné užívání léků. Dvě sestry uvedly 2 odpovědi a 3 sestry uvedly 1 odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 7.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce vidí 4 sestry jako hlavní problém nepřavidelné užívání léků, 3 sestry regulaci léků pacientem a 1 sestra vysazování léků. 3 sestry uvedly dvě odpovědi a 2 sestry uvedly jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 8.

Z celkového počtu 5 dotazovaných Klatovské nemocnice, a.s. 3 sestry vidí jako problém nepřavidelné užívání léků, 2 sestry regulaci léků pacientem, 1 sestra vysazování léků a 1 sestra nedodržování režimových opatření. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 7.

**Tabulka 8 Hlavní postup ošetrovatelské péče u nefarmakologické léčby**

Sestra	Oš.péče	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
	Měření TK	9	1			1	1	1				1				1	1	1	1	1	3;2;4
	Podpora psych.stránky	1					1														1;0;0
	Labor.vyšetření	1						1													0;1;0
	Edukace o dietě	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	5;5;4
	Edukace o redukci hmotnosti	10	1	1	1	1					1	1	1	1	1	1	1			1	4;2;4
	Edukace o živ.stylu	12	1	1	1	1	1		1	1	1	1			1	1				1	5;4;3
	Edukace o pohybu	7		1		1			1		1	1			1	1					2;3;2
	<b>Celkem</b>	<b>54</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>20;17;17</b>	

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 5 sester vidí jako hlavní postup ošetrovatelské péče u nefarmakologické léčby edukaci o dietě, 5 sester vidí postup v edukaci o životním stylu, 4 sestry v edukaci o redukci hmotnosti, 3 sestry vidí postup v měření TK, 2 sestry v edukaci o pohybu a 1 sestra vidí jako hlavní postup podporu psychické stránky. 1 sestra uvedla 5 odpovědí, 3 sestry uvedly 4 odpovědi a 1 sestra uvedla 3 odpovědi. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je tedy 20.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce vidí 5 sester jako hlavní postup péče v edukaci o dietě, 4 sestry v edukaci o životním stylu, 3 sestry v edukaci o pohybu, 2 sestry v měření TK, 2 sestry v edukaci o redukci hmotnosti a 1 sestra v laboratorním vyšetření. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 17.

Z celkového počtu 5 dotazovaných Klatovské nemocnice, a.s. 4 sestry vidí postup ošetrovatelské péče v měření tlaku, 4 sestry v edukaci o dietě, 4 sestry v edukaci o redukci hmotnosti, 3 sestry uvedly edukaci o životním stylu a 2 uvádí edukaci o pohybu. Dvě sestry uvedly 5 odpovědí, 1 sestra uvedla 4 odpovědi, 1 sestra uvedla dvě



odpovědi a jedna sestra uvedla 1 odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 17.

**Tabulka 9 Hlavní postup ošetrovatelské péče u farmakologické léčby**

Sestra	Oš.péče	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
Měření TK		13	1	1		1	1	1	1	1	1					1	1	1	1	1	4;5;4
Edukace o komplikacích		8	1		1	1				1	1	1	1		1	1					3;3;2
Edukace o vedl. účincích		3				1			1						1						1;1;1
Edukace o dávkování		4		1		1			1						1						2;1;1
Edukace o režim.opatření		11	1	1		1	1			1	1	1	1		1	1	1			1	4;3;4
<b>Celkem</b>		<b>39</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>14;13;12</b>			

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 4 sestry vidí jako hlavní postup ošetrovatelské péče u farmakologické léčby měření tlaku, 3 sestry uvedly edukaci o komplikacích, 1 sestra uvedla edukaci o vedlejších účincích, 2 sestry zmínily edukaci o dávkování a 4 sestry uvedly edukaci o režimovém opatření. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 14.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce vidí 5 sester jako hlavní postup péče měření krevního tlaku, 3 sestry uvedly edukaci o komplikacích, 3 sestry uvedly edukaci o režimovém opatření, 1 sestra uvedla edukaci o dávkování a jedna uvedla edukaci o vedlejších účincích. Tři sestry uvedly 3 odpovědi a dvě sestry uvedly 2 odpovědi. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 13.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. 4 sestry uvedly jako hlavní postup ošetrovatelské péče u farmakologické léčby pravidelné měření krevního tlaku, 4 sestry uvedly edukaci o režimovém opatření, 2 sestry uvedly edukaci o komplikacích, 1 sestra uvedla edukaci o vedlejších účincích a 1 sestra uvedla

edukaci o dávkování. 1 sestra uvedla 5 odpovědí, 3 sestry uvedly 2 odpovědi a jedna sestra uvedla jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 12.

**Tabulka 10 Způsoby léčby hypertenze doporučované sestrami**

Sestra	Způsoby léčby	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
	Farmaka	2													1	1			0;02
	Změna živ.stylu	7	1	1						1	1		1					1	2;3;2
	Pohyb	7	1			1	1		1		1	1			1				3;3;2
	Dieta	10	1	1		1	1		1	1	1		1					1	4;4;2
	Redukce hmotnosti	6			1	1				1	1	1		1					2;3;1
	<b>Celkem</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>11;13;9</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 4 sestry doporučují dietu, 3 sestry pohyb, 2 sestry redukcí hmotnosti, 2 sestry změnu životního stylu. 2 sestry uvedly 3 odpovědi, 2 sestry uvedly 2 odpovědi a jedna sestra uvedla jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 11.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce 4 sestry doporučují dietu, 3 sestry doporučují redukcí hmotnosti, 3 sestry změnu životního stylu a 3 sestry doporučují pohyb. 3 sestry uvedly 3 odpovědi a 2 sestry uvedly dvě odpovědi. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 13.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. 2 sestry doporučují farmaka, 2 sestry doporučují změnu životního stylu, 2 sestry pohyb, 2 sestry doporučují dietu a 1 sestra doporučuje redukcí hmotnosti. 2 sestry uvedly 3 odpovědi a 3 sestry uvedly 1 odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je tedy 9.

**Tabulka 11** Důležitost dodržování režimového opatření u farmakologické léčby

Sestra		Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Důležitost	Počet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Ano	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	5;5;4
Ne	1														1		0;0;1
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Tabulka 11 shrnuje názor na důležitost režimového opatření. Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice České Budějovice, a.s. uvedlo 5 sester, že je důležité režimové opatření dodržovat. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce uvedlo 5 sester odpověď ano. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. uvedly 4 sestry odpověď ano, 1 sestra uvedla odpověď ne. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 12** Dotazy pacientů na možné způsoby léčby

Sestra		Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Dotazy	Počet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Ano	12	1	1	1	1			1		1	1	1	1	1	1	1	4;3;5
Ne	3					1	1		1								1;2;0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 4 sestry uvedly, že pacienti mají dotazy ohledně léčby, 1 sestra uvedla odpověď ne. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce 3 sestry uvedly, že pacienti dotazy mají, 2 sestry uvádí odpověď ne. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. všech 5 sester uvedlo, že se pacienti dotazují na léčbu. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 13 Zájem pacientů**

Sestra		Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Zájem	Počet																	
Ano	11		1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1	3;4;4
Ne	4	1				1								1				2;1;1
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 3 sestry uvedly zájem pacientů o možné způsoby léčby, 2 sestry uvedly nezájem pacientů. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Nemocnice Na Homolce 4 sestry uvedly zájem pacientů o možné způsoby léčby, 1 sestra uvedla nezájem pacientů. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných sester Klatovské nemocnice, a.s. uvedly 4 sestry zájem pacientů a jedna sestra uvedla nezájem pacientů. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

#### 4.4 Tabulky výsledků rozhovorů s pacienty

**Tabulka 14 Věk pacientů**

Pacient		Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
Věk	Počet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
40-50	2							1		1							0;2;0
51-60	2					1										1	1;0;1
61-70	8	1	1	1			1				1	1	1	1			3;2;3
71-80	3				1				1						1		1;1;1
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. nebyl žádný pacient ve věku 40-50 let, jeden pacient byl ve věku 51-60 let, tři pacienti ve věku 61-70 let a jeden pacient ve věku 71-80 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce byli dva pacienti ve věku 40-50 let, dva pacienti ve věku 61-70 let a jeden pacient ve věku 71-80 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. byl jeden pacient ve věku 51-60 let, tři pacienti ve věku 61-70 let a jeden pacient ve věku 71-80 let. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 15 Alternativní léčba jako součást léčby hypertenze – názor pacientů**

Pacient		Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
Součást léčby HT	Počet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Ano	13	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	5;3;5
Ne	2							1			1						0;2;0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. považuje 5 pacientů alternativní léčbu hypertenze za součást léčby hypertenze. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce tři pacienti vidí alternativní léčbu jako součást léčby hypertenze, dva pacienti to za součást nepovažují. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. považuje 5 pacientů alternativní léčbu hypertenze za součást léčby hypertenze. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 16 Předchozí hospitalizace kvůli hypertenzi**

Pacient	Předchozí hospitalizace	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
Ano		6		1	1				1	1		1			1					2;3;1
Ne		9	1				1	1		1	1			1		1	1	1		3;2;4
<b>Celkem</b>		<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 3 pacienti nebyli doposud s hypertenzí hospitalizováni, 2 pacienti již hospitalizováni byli. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce byli 3 již hospitalizováni kvůli hypertenzi, 2 pacienti hospitalizováni nebyli. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. 4 pacienti nebyli doposud hospitalizováni kvůli hypertenzi, 1 pacient hospitalizován již byl. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 17 Dispenzarizace pacienta s hypertenzí**

Pacient	Dispenzarizace	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Obvodní lékař		11		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		4;4;3
Interní lékař		4	1					1			1			1					1;2;1
Kardiologický lékař		2		1	1														2;0;0
Není dispenzarizován		3								1				1			1		0;1;2
<b>Celkem</b>		<b>20</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7;7;6</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. jsou 4 pacienti dispenzarizováni u svého obvodního lékaře, 2 pacienti jsou sledováni u svého kardiologického lékaře a 1 pacient je sledován u interního lékaře. 2 pacienti uvedli dvě odpovědi a 3 pacienti uvedli jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 7.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce jsou 4 pacienti dispenzarizováni u svého obvodního lékaře, 2 pacienti u interního lékaře a jeden pacient není sledován s hypertenzí vůbec. Dva pacienti uvedli dvě možnosti a 3 pacienti uvedli jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 7.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. jsou tři pacienti sledováni u obvodního lékaře, 1 pacient je sledován u interního lékaře a dva pacienti nejsou sledováni s tlakem vůbec. Jeden pacient uvedl dvě odpovědi, 4 pacienti uvedli jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 6.

**Tabulka 18 Druh hypertenze**

Pacient	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Druh hypertenze																	
Primární	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					1
Sekundární	3												1	1	1		
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. mělo všech 5 pacientů hypertenzi primární. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce mělo všech 5 dotazovaných pacientů hypertenzi primární. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. měli 3 pacienti hypertenzi sekundární a dva pacienti měli hypertenzi primární. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 19 Způsob léčby hypertenze**

Pacient	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Způsob léčby																	
Farmakologický (léky)	14	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4;5;5
Nefarmakologický (režimová opatření)	1				1												1;0;0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. se 4 pacienti léčili farmakologicky a 1 pacient měl léčbu nefarmakologickou. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.



Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce všech 5 pacientů mělo farmakologickou léčbu. Celkový počet kategorizovaných odpovědí byl 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. se všichni pacienti léčili pomocí farmak. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 20 Změna životního stylu**

Pacient	Změna životního stylu	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Ano		7	1				1	1	1						1		1	2;3;2
Ne		8		1	1	1				1	1	1	1		1		1	3;2;3
<b>Celkem</b>		<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. pouze 2 pacienti po indikaci změnili svůj životní styl, 3 pacienti životní styl nezměnili. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce tři pacienti změnili svůj životní styl po indikaci hypertenze a 2 pacienti svůj styl nezměnili. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. 3 pacienti nezměnili po indikaci hypertenze svůj životní styl a 2 pacienti ho změnili. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 21 Změna v životosprávě**

Pacient	Změna	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Životosprávy	↓ příjem soli	10	1	1	1	1	1		1					1			1	1	5;2;3
	↓ příjem tuků	6			1		1		1					1				1	2;2;2
	↓ příjem alkoholu	2					1											1	0;1;1
	Bez změn	5						1		1	1	1		1		1			0;3;2
	<b>Celkem</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>7;8;8</b>	

Tabulka 21 shrnuje, zda pacienti změnili svou životosprávu po indikaci hypertenze. Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 5 pacientů omezilo příjem soli a dva pacienti omezili příjem tuků. Dva pacienti uvedli dvě odpovědi a 3 pacienti uvedli jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 7.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce dva pacienti omezili příjem soli, 2 pacienti omezili příjem tuků, 1 pacient omezil příjem alkoholu a 3 pacienti svou životosprávu nezměnili. 1 pacient uvedl tři možnosti, 1 pacient uvedl dvě možnosti a 3 pacienti uvedli jednu možnost. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 8.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. 3 pacienti omezili příjem soli, 2 pacienti omezili příjem tuků, 1 pacient omezil příjem alkoholu a dva pacienti svou životosprávu nezměnili. 1 pacient uvedl 3 možnosti, 1 pacient uvedl 2 odpovědi a 3 pacienti uvedli jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 8.

**Tabulka 22** Názor pacientů na dodržování jiných opatření než léčebných

Pacient		Nemocnice ČB, a.s					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt	
Jiná opatření	Počet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Ano	13	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1		1	1	5;3;5
Ne	2							1			1						0;2;0	
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>	

Tabulka 22 shrnuje názor pacientů na dodržování jiných opatření než léčebných. Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. se 5 pacientů domnívá, že je důležité dodržovat i jiná opatření než léčebná u léčby hypertenze. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce se tři pacienti domnívají, že je důležité dodržovat i jiná opatření než léčebná a dva pacienti si myslí, že není důležité dodržovat i jiné opatření než léčebné u léčby hypertenze. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. si všech 5 pacientů myslí, že je důležité dodržovat i jiná opatření než léčebná. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 23** Součást nefarmakologické léčby hypertenze

Pacient		Nemocnice ČB, a.s					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
Součást léčby	Počet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Ano	12	1	1	1	1	1	1		1	1			1	1	1	1	5;3;4
Ne	3							1			1	1					0;2;10
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. vidí 5 pacientů nefarmakologickou léčbu jako nutnou součást léčby hypertenze. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce vidí 3 pacienti nefarmakologickou léčbu hypertenze jako nutnou součást léčby hypertenze a dva pacienti nefarmakologickou léčbu jako součást nevidí. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. 4 pacienti vidí nefarmakologickou léčbu jako součást léčby hypertenze a 1 pacient ji nevidí jako součást léčby hypertenze. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 24 Vyhovující způsob získávání informací**

Pacient	Informace	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	Brožura	2			1											1				1;0;1
	Ústně	8		1			1		1			1			1				1	2;3;2
	Kombinace více	5	1			1			1		1			1						2;2;1
	Neinformován(a)	1														1				0;0;1
	<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Tabulka 24 shrnuje, jaký způsob podávání informací pacientům vyhovuje. Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 1 pacient uvedl brožuru, 2 pacienti uvedli podávání informací ústně a dva pacienti uvedli kombinaci více možností. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce 3 pacienti uvedli podávání informací ústně a 2 pacienti uvedli možnost kombinace více způsobů. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. uvedl jeden pacient brožuru, dva pacienti uvedli ústní formu, jeden pacient uvedl možnost více způsobů a jeden pacient nebyl informován. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

**Tabulka 25** Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacient	Oše.péče	Počet	Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Měření TK		15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5;5;5
Edukace o životosprávě		10	1	1		1	1			1	1			1		1	1	4;3;3
Edukace o životním stylu		3	1						1					1				1;1;1
Edukace o komplikacích		3	1										1		1			1;0;2
<b>Celkem</b>		<b>31</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>11;9;11</b>

Tabulka 25 shrnuje, jak pacienti hodnotili ošetrovatelskou péči. Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. 5 pacientů uvádí, že jim byl měřen krevní tlak, 4 pacienti uvádí edukaci o životosprávě, 1 pacient uvádí edukaci o životním stylu a 1 uvádí edukaci o komplikacích. 1 pacient uvedl 4 odpovědi, 3 pacienti uvedli dvě odpovědi a jeden pacient uvedl jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 11.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce 5 pacientů uvedlo dělo měření krevního tlaku, 3 pacienti edukaci o životosprávě a jeden pacient edukaci o životním stylu. 4 pacienti uvedli dvě odpovědi, jeden pacient uvedl jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 9.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. 5 pacientů odpovědělo, že jim byl měřen krevní tlak, 3 pacienti byli

edukováni o životosprávě, 2 pacienti byli edukováni o komplikacích a jeden pacient byl edukován o životním stylu. 2 pacienti uvedli tři odpovědi, 2 pacienti uvedli dvě odpovědi a jeden pacient uvedl jednu odpověď. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 11.

**Tabulka 26** Názor pacientů na vliv způsobu jejich léčby na ošetrovatelskou péči

Pacient		Nemocnice ČB, a.s.					Nemocnice Na Homolce					Klatovská nemocnice, a.s.					Výskyt
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Vliv	Počet																
Ano	7	1		1	1	1			1		1				1		4;2;1
Ne	8		1				1	1		1		1	1	1		1	1;3;4
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5;5;5</b>

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. si 4 pacienti myslí, že je ošetrovatelská péče ovlivněna způsobem jejich léčby, jeden pacient si nemyslí, že je péče nějak ovlivněna. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Nemocnice Na Homolce si 3 pacienti nemyslí, že by péče měla být nějak ovlivněna způsobem jejich léčby a dva pacienti si myslí, že péče ovlivněna je. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

Z celkového počtu 5 dotazovaných pacientů na Interním oddělení Klatovské nemocnice, a.s. si 4 pacienti nemyslí, že je péče ovlivněna způsobem jejich léčby a 1 pacient se domnívá, že by péče být ovlivněna mohla. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 5.

## 5. Diskuze

Výzkumné šetření této diplomové práce bylo konáno za účelem zjištění rozdílů ošetrovatelské péče u hypertenze léčené farmakologicky a u alternativních způsobů její léčby. Dalším účelem této práce bylo zjistit, jaký vliv mají alternativy léčby hypertenze na ošetrovatelskou péči.

Byly prováděny dva typy rozhovorů. Jejich první část byla zaměřena na identifikační údaje sester a dotazovaných pacientů. Výsledky poukazují na to, že na jednotlivých odděleních nejvíce pracují sestry v průměrném rozmezí věku 29-38 let a 39-48 let, většinou tedy jde o sestry s letitou praxí u lůžka nemocného. Na tento fakt nám poukazuje tabulka 1 a tabulka 2. Zajímala nás nejen délka jejich praxe ve zdravotnictví, ale také délka praxe na konkrétním oddělení, kde pracují. Pro doplnění je uvedena tabulka 4, která se vztahuje k výsledkům rozhovorů s nimi.

Dále jsme se zaměřili na nejvyšší dosažené vzdělání sester. Na tuto otázku nám zodpovídá tabulka 3, kde zjišťujeme, že nejvíce dotázaných sester mělo vystudovanou střední zdravotnickou školu.

Prvním cílem této práce bylo zjistit rozdíly v ošetrovatelské péči u hypertenze léčené farmakologicky a u alternativních způsobů její léčby. Většina sester během rozhovoru uvedla, že pokud se pacient léčí pomocí antihypertenziva či jinou alternativou, musí mu být vždy pravidelně kontrolován krevní tlak a každý pacient také musí být pečlivě edukován. Edukace pacientů je klíčovým bodem v ošetrovatelské péči a sestra by měla umět s pacienty komunikovat. Komunikace je nedílnou součástí edukačního procesu a správná komunikace má vliv na jeho efektivitu, jak uvádí Juřeníková (54). Obsah tohoto rozhovoru nám odpovídá na naši výzkumnou otázku 1, zda existují rozdíly v ošetrovatelské péči u hypertenze léčené farmakologicky a hypertenze léčené alternativně. Tuto skutečnost shrnují tabulky 8 a 9, kde je znázorněno, jakou péči sestry poskytují pacientům při farmakologické či nefarmakologické léčbě. V průběhu rozhovoru bylo zjištěno, že sestry při nefarmakologické léčbě edukují pacienty zejména v oblasti diety, kterou uvedlo čtrnáct z patnácti dotázaných sester. Další nejčastější oblastí v edukaci byl životní styl pacienta. Z rozhovorů vyplynulo, že o životním stylu edukuje 12 sester z 15 dotázaných. Při

nefarmakologické léčbě arteriální hypertenze sestry pacienty nejen edukují, jak jsme zjistili při rozhovoru, ale také jim pravidelně kontrolují výšku krevního tlaku. Tuto činnost provádí ve své praxi celkem 9 sester z 15 dotázaných, a to z Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Na Homolce a Klatovské nemocnice, a.s. Dále jsme se při rozhovorech se sestrami zaměřili na ošetrovatelskou péči, která je pacientům poskytována, pokud svou hypertenzi léčí pomocí antihypertenziv. Dle našeho očekávání nejvíce sester, tedy 14 z 15 dotázaných v již zmiňovaných nemocnicích pravidelně kontroluje pacientům krevní tlak. Překvapivé bylo, že tito pacienti jsou nejen sledováni s vysokým krevním tlakem, ale jsou také pokaždé od sester edukováni. Jedenáct sester při rozhovoru uvedlo, že pacienti s antihypertenzivy jsou edukováni hlavně v oblasti režimových opatření, která jsou při léčbě arteriálního tlaku velice důležitá. Další oblasti, ve kterých sestry pacienty edukují, se týkají hlavně léků a jejich vedlejších účinků, dávkování a možných komplikací. Oblast týkající se edukace o antihypertenzivech má celkem 15 kategorizovaných odpovědí, které sestry během rozhovorů uváděly.

Druhým cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv mají alternativy léčby hypertenze na ošetrovatelskou péči. Tabulka 12 rozhovorů s pacienty shrnuje typ a úroveň ošetrovatelské péče, která jim byla v průběhu hospitalizace sestrami poskytována. Patnáct dotázaných pacientů potvrdilo, že jim sestry kontrolovaly hodnoty jejich krevního tlaku. Dále jsem se při rozhovoru s pacienty dověděla, že jsou edukováni. Tato skutečnost vyplynula již z rozhovorů se sestrami. Nejčastější oblast edukace byla oblast správné životosprávy. V tomto směru bylo edukováno 13 z 15 dotázaných pacientů. Další zmiňovanou oblastí edukace byla oblast o životním stylu a o komplikacích; v těchto oblastech byli edukováni dle odpovědí pacientů vždy 3 z 15 dotázaných. Na výzkumnou otázku 2 odpovídají také tabulky 5a a 5b, kde bylo zjišťováno, jaká péče je poskytnuta pacientům při léčbě farmakologické a nefarmakologické. Bylo zjištěno, že pacienti jsou sestrami edukováni a je jim kontrolován krevní tlak. Tato oblast rozhovoru nám také odpovídá na naši druhou výzkumnou otázku, zda mají alternativy léčby hypertenze vliv na ošetrovatelskou péči. Dle odpovědí sester, které se dovídáme při rozhovoru s nimi, nám z odpovědí vyplývá, že alternativy léčby hypertenze nemají vliv na ošetrovatelskou péči, jelikož sestry



pacienty edukují a kontrolují jim hodnotu krevního tlaku. V otázce, jakou ošetrovatelskou péči sestry poskytují pacientům, kteří se léčí pomocí antihypertenziv, 14 sester odpovědělo, že pravidelně kontrolují krevní tlak a 13 sester také pacienty edukuje. V rozhovoru na toto téma bylo celkem 27 kategorizovaných odpovědí, které nám sestry uvedly. Edukace těchto pacientů je velice důležitá hlavně proto, že jejich léky mohou mít mnoho vedlejších účinků a zdravotní stav pacientů se může zkomplikovat. Sestra proto při edukaci těchto pacientů využívá veškerých svých znalostí a dovedností, jak uvádí Mastiliaková (55).

Dále jsme se sester dotazovali, jak ošetřují pacienty, jejichž tlak není prozatím léčen antihypertenzivy, a oni podstupují nefarmakologickou léčbu. Při této otázce bylo naplněno naše očekávání, a to takové, že sestry opět pacienty edukují. Edukaci u těchto pacientů provádí 14 z 15 dotázaných sester. Dále pacientům kontrolují krevní tlak a jedna sestra nám odpověděla, že se také stará o psychiku pacientů. Podle Tesaře (40) je jediným způsobem jak zjistit hypertenzi pravidelné měření krevního tlaku, a to i u osob s normálními hodnotami tlaku, kde je také vhodná pravidelná kontrola. Toto zjištění nám také pomocí těchto výpovědí sester odpovídá na výzkumnou otázku 1.

Během rozhovorů se sestrami jsme se dozvěděli, co si sestry představují pod pojmem alternativy léčby hypertenze. 12 sester si pod tímto pojmem představí nejen léčbu farmakologickou, ale také se domnívají, že pod alternativy mohou zařadit změnu životního stylu, redukci hmotnosti, dietu, bylinky, čaje, pohyb či eliminaci stresu. 3 zbývající sestry vylučují z alternativ léčbu farmakologickou. Alternativy léčby jsou podle Křížové (50) postupy založené na lidových znalostech, nově koncipovaných přístupech léčení, ale spadá sem také tradiční lékařství.

Dle literatury docenta Widimského (25) pouze 18-19% všech léčených pacientů s arteriální hypertenzí má adekvátně snížený krevní tlak, většinou je důvodem špatná spolupráce pacientů, kteří spontánně vysazují svoji léčbu antihypertenzivy, nepravidelně užívají léky či nedodržují režimová opatření. Tento fakt nám potvrzují dotazované sestry při rozhovoru v tabulce 7, která uvádí, že 8 z 15 dotázaných pacientů nepravidelně užívá předepsaná antihypertenziva, 7 pacientů si samo reguluje dávky

léků, 4 pacienti nedodržují režimová opatření a 3 pacienti si léky vysazují. Jde však o kombinaci těchto problémů, neboť sestry uváděly vždy více odpovědí.

Kromě antihypertenziv je důležitá také edukace o dietním opatření, které by měl pacient při léčbě vysokého krevního tlaku dodržovat, jelikož toto opatření může přispívat ke kontrole krevního tlaku, a tedy ke snížení rizik, která jsou spojená s tímto onemocněním. Dietní opatření by mělo být zaměřeno nejen na faktory rizika vzniku ischemické choroby srdeční, kdy pacient musí omezit příjem kalorií a tuků, ale mělo by být zaměřené především na omezení příjmu sodíku a zvýšení příjmu draslíku. Je důležité, aby pacient chápal dietní opatření jako integrální součást celkové léčby hypertenze. Proto je namístě, aby pacientovi byl zdůrazněn význam správné diety ve vztahu k redukci jeho hmotnosti a ke snižování krevního tlaku, jak tvrdí také ve své knize Müllerová. V rozhovorech jsme se dozvěděli, že 14 dotázaných sester vidí hlavní postup ošetrovatelské péče u nefarmakologické léčby v edukaci o dietním opatření, pouze jedna sestra tedy pacienty s hypertenzí o dietě needukuje. Stejně tak, jako sestry edukují o dietním opatření, edukují o změně životního stylu, o němž edukuje dle zjištěných informací z rozhovoru 12 sester. Další zmíněnou oblastí, o níž sestry pacienty s hypertenzí poučují, je redukce jejich hmotnosti, která je také velmi důležitá v léčbě arteriální hypertenze s cílem snížit krevní tlak a riziko ischemické choroby srdeční. O redukci hmotnosti edukuje 11 dotázaných sester, jak nám vyplývá dle odpovědí sester při našem rozhovoru. Sestry v ošetrovatelské péči u těchto pacientů nesmí opomíjet kontrolu krevního tlaku. Takto nám odpovědělo 9 sester. Tak, jako nesmí opomenout kontrolu krevního tlaku, nesmí sestry zapomenout na edukaci pacientů o pohybu. Pacienty s hypertenzí edukovalo o pohybu celkem 7 z 15 dotázaných sester. Dle některých sester je také důležité podporovat psychiku pacienta a neméně důležitá jsou laboratorní vyšetření. Tuto odpověď nám uvedlo po jedné sestře. Celkem jsme tedy zaznamenali 55 kategorizovaných odpovědí. Dodržováním těchto uvedených režimových aktivit týkajících se změny životního stylu mohou tak předejít nutnosti celoživotního užívání farmakoterapie dle literatury Widimského (37).

Jedním ze základních předpokladů úspěšné terapie vysokého krevního tlaku je jeho správné měření, proto by sestra měla umět ovládat zásady správného měření

krvního tlaku a pacienta informovat o vhodnosti domácího přeměřování. Kontrolu krevního tlaku sestry také uvádí spolu s edukací jako hlavní postup ošetrovatelské péče u farmakoterapie hypertenze. Zjištění postupu ošetrovatelské péče u pacientů s antihypertenzivy je zaznamenáno v tabulce 9. Zde jsme se při výzkumném šetření se sestrami dozvěděli, že 13 dotázaných sester ve vybraných nemocnicích pravidelně kontroluje krevní tlak, tak jako tomu bylo u pacientů s nefarmakologickou léčbou, 11 sester pacienty s hypertenzí edukuje o nutnosti dodržování režimových opatření, 8 sester poučuje pacienty o komplikacích, které mohou nastat v souvislosti s farmakologickou léčbou, 4 dotázané sestry edukují pacienty o dávkování léků a 3 sestry hovoří s pacienty o vedlejších účincích. Celkem bylo tedy kategorizováno 39 odpovědí. Tato tabulka 9 spolu s tabulkou 8 nám také odpovídá na výzkumnou otázku 2, zda mají alternativy léčby hypertenze vliv na ošetrovatelskou péči.

V léčbě hypertenze pacienti často nedoceňují význam změny životního stylu, důležitost dietního opatření s nízkým obsahem sodíku, s umírněným příjmem alkoholu a pravidelným aerobním cvičením. Tato jmenovaná opatření mohou být stejně účinná jako monoterapie antihypertenzivem, proto mohou být pro pacienty ideální motivací. Navíc o dietě s vysokým obsahem sodíku bylo prokázáno, že snižuje riziko kardiovaskulárního onemocnění. Další důležité doporučení se týká pacientů s nadváhou; těmto pacientům by měla být zdůrazněna nutná redukce jejich hmotnosti, jak uvádí ve své literatuře Šácha (18). Také sestry jsme se dotazovali, zda považují režimové opatření u farmakologické léčby za důležité. Vše znázorňuje tabulka 11, kde pouze jedna sestra nepokládá za důležité dodržování těchto opatření.

Další skupinu dotazovaných pro tuto diplomovou práci tvořili pacienti. Jak vyplývá z rozhovoru, který je znázorněn v tabulce 14, skupinu tvořili z velké části hypertonici ve věku 61-70 let. V literatuře –Weir (56) – se dozvídáme, že hypertenzi, včetně hypertenze izolované, má více než polovina lidí starších 60 let. To nám také tabulka 14 dokazuje. Tito starší lidé mají riziko kardiovaskulárních komplikací, včetně srdečního selhání. Hypertenzní nemoc svými komplikacemi výrazně v České republice ovlivňuje nemocnost a úmrtnost. Riziko vzniku komplikací však lze léčbou hypertenze

snížit. Farmakologická terapie je účinná minimálně do 80 let věku. Do tohoto věku má být také hypertenze sledována.

Jak uvádí v literatuře Collins (10), u většiny nemocných příčinu vysokého krevního tlaku neznáme, jedná se tedy o takzvanou hypertenzi primární nebo také nazývanou hypertenzí esenciální. K tomu, aby se tato hypertenze projevila, je zapotřebí spolupůsobení genetických dispozic a faktorů zevního prostředí. 95% všech nemocných s hypertenzí má hypertenzi primární a pouze 5% všech pacientů má hypertenzi s organickou příčinou. Dle našeho očekávání je tomu tak i u dotazovaných pacientů, kteří se léčí s hypertenzí. Dle zjištěných informací během rozhovorů jsme se setkávali spíše s pacienty, kteří měli hypertenzi primární, těchto pacientů bylo celkem 12. Tři pacienti měli hypertenzi sekundární. Toto je doloženo v tabulce 18 z rozhovorů s pacienty, kde jsme zjišťovali jejich druh arteriální hypertenze.

Při nefarmakologické léčbě hypertenze je třeba pacienty edukovat o snížení příjmu soli, nejen tedy o omezení solení, ale také je třeba, aby si pacienti uvědomili vysoký obsah soli v trvanlivých potravinách, v konzervovaných výrobcích, kořeněných směsích či pochutinách. V dietě by měly převažovat čerstvé potraviny a spíše bílé maso. Alternativy léčby hypertenze ale nespočívají pouze v nutné dietní úpravě. Doporučený je také pravidelný pohyb. Pohyb na zdravém vzduchu navíc posiluje nervový systém a slouží též jako detoxikace plic. Neméně důležitá je eliminace stresu. Každý pacient by se měl naučit relaxovat, osvojit si autogenní trénink a detoxikovat tím svoji duši, jak uvádí Peterková (17) a Widimský (29). Dle tabulky 15 celkem 13 dotázaných pacientů při rozhovoru uvedlo, že vidí alternativy léčby hypertenze jako součást léčby vysokého krevního tlaku. Tato otázka v rozhovoru nám odpovídá na výzkumnou otázku 3, zda pacienti považují alternativní léčbu hypertenze za součást léčby tohoto onemocnění. Na tuto výzkumnou otázku nám odpovídá také tabulka 10, kde zjišťujeme, že 12 pacientů z 15 vidí nefarmakologickou léčbu jako nutnou součást celkové léčby hypertenze. Zároveň je toto tvrzení doloženo také tabulkou 2, kde jsme zjišťovali názor pacientů, zda si myslí, že je alternativní léčba součástí léčby hypertenze. Toto tvrzení nám potvrdilo 13 dotázaných pacientů.

Problémem arteriální hypertenze je, že nemá žádné charakteristické příznaky, dlouho tudíž pacient nemusí o svém onemocnění vědět a vysoký krevní tlak je zjištěn náhodně při jeho kontrole nebo se projeví až s nějakou komplikací. Pouze malé procento pacientů, přibližně 5 %, má hypertenzi v důsledku jiného onemocnění, například onemocnění ledvin, cév či žláz s vnitřní sekrecí. Jak již bylo zmíněno, hypertenze se nemusí delší dobu projevit až do doby hypertenzní krize, která si žádá okamžitou hospitalizaci pacienta na jednotce intenzivní péče, jelikož u ní dochází k prudkému vzestupu krevního tlaku s hodnotami diastolického tlaku nad 140 mmHg, které uvádí Zadák (11). Dle zjištění z rozhovorů celkem 9 pacientů nebylo v minulosti hospitalizováno kvůli vysokému krevnímu tlaku a do nemocnice byli většinou přijati poprvé. Pro zajímavost jsme se pacientů dotázali, jaké na sobě cítili příznaky. Pacienti 2, 4, 6, 9, 11 a 12 při hypertenzi pociťovali nevolnost, měli bušení srdce a závratě. Ostatním pacientům byla naměřena velmi vysoká hodnota arteriálního tlaku, a proto byli převezeni rychlou záchrannou službou do nemocničního zařízení.

Změna životního stylu a správné potravinové doplňky mohou být dobrou alternativou léků klasické medicíny. Pouze sedm dotázaných pacientů změnilo v souvislosti s hypertenzí svůj životní styl, toto je doloženo v tabulce 20.

V průběhu šetření jsme se setkali s několika problémy, které měly velký vliv na výběr nemocničního zařízení a počet dotazovaných respondentů. V původním plánu jsme měli stanovený počet respondentů v počtu 15 pacientů a 15 sester v každé předem vybrané nemocnici. Tento počet bylo však nereálné splnit, jelikož ne všichni oslovení zdravotničtí pracovníci chtěli spolupracovat a podílet se na výzkumném šetření do této diplomové práce. Většinou odmítli spolupracovat s tím, že pacienti se léčí pouze farmakologicky, nebo proto, že nemají na rozhovory čas. Všem sestřám byla nabídnuta možnost rozhovoru po pracovní době, toto však také nevyhovovalo. Proto byl počet dotazovaných sester po konzultaci snížen na celkový počet 5 sester z každého předem stanoveného zdravotnického zařízení. Druhý problém, na který jsme v průběhu šetření narazili, byl takový, že některé sestry obtěžovalo nahlédnout do zdravotnické dokumentace, aby nám sdělily, kteří pacienti mají diagnostikovanou hypertenzi. Toto byl také důvod, proč musel být snížen počet dotazovaných pacientů v každé nemocnici na

5. V neposlední řadě je také důležité zmínit problém s výběrem nemocnice. Před samotným počátkem šetření do diplomové práce bylo zkontakováno celkem 10 nemocnic, z toho pouze ve třech bylo povoleno provést šetření. Ve zbylých 7 nemocnicích šetření zakázali s odůvodněním, že ve výzkumném šetření v těchto nemocnicích mají přednost studenti lékařských fakult, a proto spolupráce s námi není možná.

Jelikož bylo během šetření zjištěno, že nejsou rozdíly v poskytované ošetrovatelské péči pacientům s léčbou farmakologickou či léčbou nefarmakologickou a alternativy léčby hypertenze nemají vliv na ošetrovatelskou péči, je nutné obě skupiny pacientů řádně edukovat a kontrolovat jim hodnoty krevního tlaku. Vhodným doporučením je uspořádat další výzkumné šetření v problematice edukace pacienta o režimovém opatření při nefarmakologické léčbě arteriální hypertenze.

## 6. Závěr

Diplomová práce byla vypracována na téma: „Alternativy léčby hypertenze v ČR a jejich vliv na ošetrovatelskou péči. Cílem této práce bylo zjistit rozdíly ošetrovatelské péče u hypertenze léčené farmakologicky a u alternativních způsobů léčby hypertenze. Dalším cílem této práce bylo zjistit, jaký vliv mají alternativy léčby hypertenze na ošetrovatelskou péči. Ke stanovení výsledků byly prováděny rozhovory se sestrami a s pacienty.

Dle výsledků z rozhovorů se sestrami nám vyplývá, že pacienti, kteří se léčí pomocí farmakoterapie, ale také pacienti, kteří podstupují nefarmakologickou léčbu, jsou od ošetrojících sester edukováni o nutnosti dodržování diety, eliminaci stresu či redukci hmotnosti. Oběma skupinám pacientům je rovněž kontrolován krevní tlak. Z výsledků je tedy zřejmé, že náš první cíl byl splněn, přičemž je odpovězena také výzkumná otázka 1: Jsou rozdíly v ošetrovatelské péči u péči u hypertenze léčené farmakologicky a hypertenze léčené alternativně? Při šetření do diplomové práce bylo zjištěno, že neexistuje rozdíl v přístupu sester a jimi poskytované ošetrovatelské péči.

Na výzkumnou otázku 1, jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči u hypertenze léčené farmakologicky a u hypertenze léčené alternativně, byly nalezeny odpovědi v rozhovorech se sestrami, tyto odpovědi nám potvrzují také pacienti. Dle odpovědí sester z rozhovorů, které s nimi byly prováděny, bylo zjištěno, že sestry poskytují stejnou ošetrovatelskou péči bez rozdílu typu terapie u pacienta s arteriální hypertenzí. Sestry vždy takové pacienty musí edukovat a kontrolovat jim hodnotu krevního tlaku. Toto zjištění nám potvrzují v rozhovorech také pacienti, kteří na otázku, jakou péči jim sestra při léčbě hypertenze poskytuje, zmiňovali kontrolu krevního tlaku a edukaci.

Dalším cílem bylo zjistit, zda alternativy léčby hypertenze mají vliv na ošetrovatelskou péči. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka: Mají alternativy léčby hypertenze vliv na ošetrovatelskou péči? Na zodpovězení výzkumné otázky posloužily také oba typy rozhovorů. Sestry byly dotazovány, jakou péči poskytují pacientům, kteří užívají antihypertenziva, a jakou péči poskytují u jednotlivých alternativ nefarmakologické léčby. Pacientům byla položena otázka, jak hodnotí ošetrovatelskou péči, kterou jim sestry poskytují. Tito dotazovaní pacienti nám

popisovali, co vše u nich sestra koná při poskytování ošetrovatelské péče. Při šetření do diplomové práce bylo zjištěno, že alternativy nijak neovlivňují ošetrovatelskou péči, jelikož každý pacient musí být vždy edukován a musí mu být kontrolován krevní tlak.

Výzkumná otázka 3, zda vidí pacienti alternativní léčbu hypertenze jako součást léčby tohoto onemocnění, byla zodpovězena na základě odpovědí dotazovaných pacientů, které uváděli během rozhovoru.

Cíle této diplomové práce byly splněny. Na všechny předem stanovené výzkumné otázky byly během rozhovorů se sestrami a s pacienty v Nemocnici České Budějovice, a.s., v Praze v Nemocnici Na Homolce a v Klatovské nemocnici, a.s. nalezeny odpovědi. Z celého výzkumného šetření vyplynulo, že není rozdíl v poskytované ošetrovatelské péči, pokud se pacient léčí farmakologicky nebo podstupuje léčbu nefarmakologickou, jednotlivé alternativy léčby arteriální hypertenze nemají tedy výrazný vliv na to, aby se zjevně od sebe lišila ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům. Je však potřeba rozlišit, že u farmakologické léčby musí být zohledněn účinek léků na organismus, jejich vzájemná interakce s dalšími léky a jejich možné nežádoucí účinky. Proto v této oblasti musí být sestra více ostražitá a měla by být vzdělaná v oblasti farmakologie tohoto druhu, aby mohla efektivně pacientovi pomoci a poskytnout potřebné informace. Zároveň by měla také flexibilně reagovat při možných komplikacích, což však může částečně ovlivnit přístup k ošetrovatelské péči. Pacienti s léčbou farmakologickou i nefarmakologickou musí být vždy řádně sestrou edukováni, jelikož edukace a kontrola hodnot krevního tlaku je klíčovým bodem ošetrovatelské péče u pacienta s hypertenzí. Doporučením tedy bude uspořádání dalšího výzkumného šetření v problematice edukace o režimovém opatření u pacientů s arteriální hypertenzí.



## 7. Seznam použité literatury

- 1) ADAMS, B; HAROLD, E.C. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. vyd.1. Praha : Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
- 2) Autor neuveden. *Centrum sociálních služeb Český Krumlov* [online].[cit. 20.2.2010]. Dostupné z: <http://css.krumlov.cz/index.php?page=page&pid=110>
- 3) Autor neuveden. *Těhotenství od A do Z* [online] 16.11.2008 [cit. 8.11.2009] Dostupné z: <http://www.tehotenstviaz.cz/index.php?strana=&kat=83&c=91>
- 4) Autor neuveden. *TJ Kardio* [online]. 2008 [cit. 28.12.2009]. Dostupné z: <http://tjkardio.webnode.cz/o-nas/>
- 5) BASTABLE, Susan, B. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nurse praktice*. Boston: Jones and Bartlett, 2008, 667s. ISBN 978-07637-4643-8
- 6) BYDŽOVSKÝ, J.: *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 456 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
- 7) COLLINS, D.: *Diferenciální diagnostika prvního kontaktu*. 2.vyd. Praha: Grada, 2007. 600s. ISBN 978-80-247-0897-3
- 8) COLLINS, D.: *Differential Diagnosis in Primary Care* 3.vyd.Lippincott Williams&Wilkins,USA: Philadelphia, 2008. 513s. ISBN 978-0-7817-6812-2
- 9) CUNHA, J.: *MedicineNet.com* [online]. 1.aktualizace. San Clemente, Kalifornie : 2008, 24.9.2009 [cit. 2010-05-10]. High Blood Pressure. Dostupné z WWW: <[http://www.medicinenet.com/high\\_blood\\_pressure/article.htm](http://www.medicinenet.com/high_blood_pressure/article.htm)>.
- 10) ČIHÁK, R.: *Anatomie 3*, 2.vyd. Praha:Grada, 2004. 692s. ISBN 80-247-1132-x
- 11) DOBIÁŠ, V. a kol.: *Přednemocniční urgentní medicína*, Marin: Osveta, 2007. 381s. ISBN 978-80-8063-255-7
- 12) DOENGES, M., MOORHOUSE, F. M.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 565s. ISBN 80-247-0242-8
- 13) HALUZÍKOVÁ, J.: Edukace – nástroj léčby. *Sestra*. Praha: 2003, roč.13, č.4, s.14-15. ISSN 1210-0404
- 14) HOLČÍK, J.: Kouření a zdraví. *Postgraduální medicína*. Praha: 2006, roč. 8, s.58-64. ISSN 1212-4184

- 15) HORKÝ, K.: *Hypertenzní krize: emergentní a urgentní stavy* [online]. Medical Tribune s.r.o,30.12.2005 [cit. 2009-12-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/8144>>.
- 16) JANDA, J.a kol.: *Dětská nefrologie – trendy soudobé pediatrie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 261str. ISBN 8072623788
- 17) JUŘENÍKOVÁ, P.: *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*.1.vyd. Praha: Grada, 2010. 80s. ISBN: 978-80-247-2171-2
- 18) Kaplan NM: *Clinical Hypertension*, Lippincott Williams & Wilkins, 2002, 1-550
- 19) KOLÁŘ, J. a kol.: *Kardiologie pro sestry v intenzivní péči*. 2.vyd. Praha: Akcenta, 1999. 392s. ISBN 80-86232-01-8
- 20) KOZIEROVÁ, B.: *Ošetrovatelstvo I*, Martin: Osveta, 1995. 835s. ISBN 80-217-0528-0
- 21) KŘÍŽOVÁ, E.: *Alternativní medicína jako problém*.1.vyd. Praha. Karolinum, 2004. 131s. ISBN 80-246-0754-9
- 22) MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství I 1.díl* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187s. ISBN 80-246-0429-9
- 23) MELGOSA, J.: *Zvládni svůj stres*. Praha: Advent-Orion, 2001. 193s. ISBN 80-7172-624-9
- 24) MELUZÍN, J.: *Blokátory vápníkových kanálů(CAA)* [online] 2006 [cit.10.12.2009] Dostupné z: [https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141\\_15972.html#4.4.1](https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_15972.html#4.4.1)
- 25) MERKUNOVÁ, A., OREL, M.: *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1.vyd. Praha:Grada, 2008. 302s. ISBN 978-80-247-1521-6
- 26) MIKULÁŠTÍK, M.: *Komunikační dovednosti v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 361s. ISBN 80-247- 0650-4
- 27) ŮLLEROVÁ, D.: *Zdravá výživa a prevence civilizačních chorob ve schématech*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 102s. ISBN 80-7254-421-7
- 28) NAVRÁTIL LEOŠ A KOL.: *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008, 424s. ISBN 978-80-247-2319-8

- 29) NAVRÁTIL, L.: *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. 1.vyd. Praha: Manus, 2003. 316s. ISBN 80-86571-02-5
- 30) NIEDERLE, PETR, SCHEJBALOVÁ, M, STÁREK, P.: *Hypertenze : Nebezpečná onemocnění nebo jen vysoký tlak?*. 1. vyd. Praha : Triton, 1999. 24 s. ISBN 80-7254-085-8.
- 31) ODSTRČIL, P.: *Kardioklub Praha, občanské sdružení*. [online].2008 [cit.28.12.2009]. Dostupné z: <http://www.kardiopraha-meteor.cz/o-nas/>
- 32) PETERKOVÁ, M.: *Relaxace*. [online] 2008 [cit.10.11.2009] Dostupné z: <http://www.relaxace.psychoweb.cz/>
- 33) SKOPAL, J.: *Role a význam ACE inhibitorů v klinické praxi* [online][cit. 11.12.2009].Dostupné z: <<http://www.practicus.cz/index.php?rok=2002&cislo=2>>.
- 34) SOUČEK, M., KÁRA, T. a kol.: *Klinická patofyziologie hypertenze*.1.vyd. Praha: Grada, 2002,. 654s. ISBN 80-247- 0227-4
- 35) SOUČEK, M., KÁRA, T. a kol.: *Klinická patofyziologie hypertenze*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 649s. ISBN 80-247-0227-4
- 36) SOUČEK, M.,VÍTOVEC, J.: *Farmakoterapie kardiovaskulárního onemocnění*. 2.vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0866-3
- 37) SOVOVÁ, E.: *100+1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. 1vyd. Praha: Grada,2006. 152s. ISBN 978-80-247-0952-9
- 38) SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J.: *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. 156s. ISBN 80-247-1009-9
- 39) SVAČINA, Š.: *Obezita*. Practicus. Praha: Practicus s.r.o., 2004, roč. 3, č.3, s.7, ISSN 1213-8711
- 40) ŠÁCHA, P.: *Vysoký krevní tlak, neboli hypertenze*. [online] 22.12.2005 [cit. 10.11.2009] Dostupné z: <http://www.o-zdravi.cz/clanky/vysoky-krevni-tlak-neboli-hypertenze.html>
- 41) ŠEBKOVÁ, S.: *Vysoký tlak u dětí* [online] 7.5.2005 [cit.11.11.2009] Dostupné z: [http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s\\_id=6445&s\\_rub=328&s\\_sv=1&s\\_ts=40128,4489583333](http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=6445&s_rub=328&s_sv=1&s_ts=40128,4489583333)

- 42) ŠPINAR,J.,VÍTOVEC,J.,ZICHA,J.: *Hypertenze – diagnostika a léčba*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 215s. ISBN 80-7169-736-2
- 43) ŠTEJFA, M.,a kol.: *Kardiologie*. 3.vyd. Praha: Grada, 2006. 776s. ISBN 978-80-247-1385-4
- 44) TESAŘ , V.: *Cílové hodnoty při léčbě hypertenze*. Practicus. Praha: Practicus s.r.o., 2003, roč.2, č.10, 8s. ISSN 1213- 8711
- 45) VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006., 144s. ISBN 80-247-1262-8
- 46) VRABLÍK, M., ŠTĚPÁNKOVÁ, L.: Kouření, kardiovaskulární komplikace a léčba závislosti na tabáku. *Kardiologie v primární péči*. 2008. roč.3. s 91-94. ISSN 1802-1379
- 47) WASSERBAUER, S. a kol.: *Výchova ke zdraví*. 2.vyd. Praha: SZÚ Praha, 2000. 47s. ISBN 80-7071- 145-0
- 48) WEIR, R., M.: *Hypertension* 1.vyd. ACP Press, 2005. 259s. ISBN 19-305-135-85
- 49) WIDIMSKÝ, J.: Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze. *HYPERTENZE bulletin České společnosti pro hypertenzi*. 2004. roč.1. s 9-27. ISSN 1211-9679
- 50) WIDIMSKÝ, jr., J.: Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007, *Cor Vasa*. Praha:2008, roč.50,č.1,s. 5-22. ISSN 0010-8650
- 51) WIDIMSKÝ, J.: *Hypertenze*. 2. vyd. Praha: Triton, 2004. 592s. ISBN 80-7254-515-9
- 52) WIDIMSKÝ, J., WIDIMSKÝ, jr. J.: *Esenciální a sekundární hypertenze pro praxi*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 249s. ISBN 80-7254- 711-9
- 53) WIDIMSKÝ, J.: Hypertenze u starších osob a její léčba. *Kardiologická revue*. 2004. roč. 3 ISSN 1214-2255
- 54) WIDIMSKÝ, JIŘÍ jr.:. *Sekundární hypertenze*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 151s. ISBN 80-7254-419-5
- 55) WORKMANN, Barbara. A., BENNETT, Clare, L.: *Klíčové dovednosti sester*. Přel. M. ZVONÍČKOVÁ, 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247- 1714-x
- 56) ZADÁK, Z., HAVEL, E.: *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 336s. ISBN 978-80-247-2099-9

57) ZÁVODNÁ, V.: *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2005. 120s.  
ISBN 80-8063-193-x

## **8. Klíčová slova**

Hypertenze

Ošetrovatelská péče

Edukace

Farmakologická léčba

Nefarmakologická léčba

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 2 Otázky k rozhovoru s pacienty

Příloha 3 Klasifikace arteriální hypertenze

Příloha 1 **Otázky k rozhovoru se sestrami**

1. Váš věk:	
2. Jak dlouhá je Vaše dosavadní praxe ve zdravotnictví?	
3. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?	
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	
5. Jaký rozdíl z Vašeho pohledu je v ošetrovatelské péči u pacientů léčených farmakologicky a u pacientů léčených jinou alternativou?	
a) Co si představujete po pojmem alternativy léčby hypertenze?	
6. Co si myslíte, že je hlavní problematikou ošetrovatelské péče u pacientů, kteří užívají antihypertenziva?	
7. Co vidíte jako hlavní postup ošetrovatelské péče u pacientů, kteří se léčí nefarmakologicky?	
b) Co vidíte jako hlavní postup terapeutické péče u pacientů léčených nefarmakologicky?	
8. V čem vidíte zásadní rozdíl mezi poskytovanou ošetrovatelskou péčí u pacientů léčených farmakou a nefarmakologickou léčbou?	
9. S jakou alternativou léčby se nejvíce setkáváte?	
b)Které alternativy nejvíce doporučujete pacientům?(redukce hmotnosti, změna	



životního stylu, bylinky, dietní opatření, sport...)	
10. Jaké alternativy farmakologické léčby pacientům doporučujete?	
11. Jakou alternativu léčby arteriální hypertenze upřednostňujete? a) Jako alternativu léčby hypertenze upřednostňujete z Vašeho pohledu?  b) Jako alternativu léčby hypertenze upřednostňujete pro pacienty?  c) Jsou důležitá při farmakologické terapii dietní opatření, redukce hmotnosti, změna životního stylu, eliminace stresu, bylinky...?	
12. Jaké způsoby v rámci terapie hypertenze nabízíte pacientům nejčastěji? (alternativy léčby)	
13. Ptají se Vás pacienti / klienti na možné způsoby léčby?	
a) Jak by jste hodnotila zájem pacientů o možné druhy léčby hypertenze? (mají zájem, nemají zájem..)	
14. Na co se pacienti nejčastěji dotazují v rámci léčby hypertenze a následné péče (oš.pěče)	

## Příloha 2 Otázky k rozhovoru s pacienty

1. Váš věk:	
2. Zaměstnání:	
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:	
4. Byli jste již někdy hospitalizováni kvůli vysokému krevnímu tlaku? Proč?	
a) Kolikrát jste byl(a) hospitalizován(a) kvůli tomuto onemocnění?	
b) Jste s Vaším onemocněním sledováni pouze u ambulantního lékaře?	
6. Co vyvolalo Vaše onemocnění?	
7. Jaký způsob léčby podstupujete?	
a) Byl Vám nabídnut i jiný způsob léčby? Jaký?	
8. Jaký druh léčby vysokého krevního tlaku preferujete?	
9. Změnil(a) jste Váš životní styl?	

10. Jak jste změnil(a) váš přístup k životosprávě, životním návykům?	
11. Myslíte si, že je nutné dodržovat jiná opatření než léčebná? (nefarmakologická..)	
a) Proč tomu tak je?	
12. Vidíte nutnost nefarmakologické léčby jako součást Vaší léčby vysokého krevního tlaku?	
13. S jakým druhem léčby máte nejlepší zkušenosti?	
14. Jaké byste naopak nedoporučil(a)?	
15. Jaký způsob poskytování informací o léčbě vysokého krevního tlaku Vám vyhovuje? (množství, forma předávání informací – leták;brožura;ústní, srozumitelnost)	
16. Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči u vysokého krevního tlaku?	
17. Myslíte si, že je nějak ovlivněna ošetrovatelská péče způsobem Vaší léčby?	
a) Změnil(a) byste něco?	

### Příloha 3 Klasifikace arteriální hypertenze

Kategorie	Systolický krevní tlak [mmHg]	Diastolický krevní tlak [mmHg]
Optimální	<120	<80
Normální	<130	<85
Vyšší-normální	130-139	85-89
Hypertenze I.st. (mírná)	140-159	90-99
Hypertenze II.st. (střední)	160-179	100-109
Hypertenze III.st. (těžká)	≥180	≥110
Izolovaná systolická hypertenze (I.st.)	140-159	<90
Izolovaná systolická hypertenze (II.st.)	≥160	<90

ZDROJ: ZADÁK, Z. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 336s. ISBN 978-80-247-2099-9