

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče o pacienta před a po provedení katéetrové ablace

Bakalářská práce

Autor práce: Kmetková Monika

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Rolantová Lucie, Ph.D

Datum odevzdání práce: 13.8.2013

Abstrakt

Katérová ablace představuje definitivní nefarmakologickou léčbu poruch srdečního rytmu, dovolující zničení, tj. ablaci, abnormální tkáně v srdci, která má za následek vznik této poruchy. Jedná se o zákrok, jímž můžeme cíleně ovlivnit patologickou elektrickou aktivitu určitého okrsku srdečního myokardu.

Tato bakalářská práce se věnuje problematice ošetrovatelské péče o pacienty před a po provedení katérové ablace, úrovni informovanosti pacientů, úrovni komunikace mezi sestrou a pacientem a dále monitoruje potřeby respondentů po prodělaném výkonu.

Aktuálnost tohoto tématu spatřujeme i vzhledem k tomu, že několik prospektivních randomizovaných studií prokázalo signifikantně vyšší účinnost ablace v dlouhodobém udržení sinusového rytmu než při léčbě antiarytmiky. Dále se kvalita života po katérové ablaci zvyšuje a její zlepšení je signifikantně vyšší než při léčbě antiarytmiky.

Teoretická část se v úvodu zabývá dějinami objevů, v dalších kapitolách zahrnuje anatomii a funkci srdce. Přináší také informace o poruchách srdečního rytmu, popisuje klinický obraz onemocnění a možnosti léčby. V závěru teoretické části je rozpracována příprava pacienta na výkon, samotný akt, možné komplikace, ošetrovatelská péče po výkonu a úloha sestry při ní. Cílem této pasáže je shrnutí dosavadních poznatků o řešené problematice. Tato část byla vypracována na základě příslušných literárních zdrojů.

Cílem této práce je zjistit specifika ošetrovatelské péče před a po výkonu katérové ablace. K dosažení tohoto cíle bylo v empirické části využito kvalitativní výzkumné metody. V této části byly zjišťovány odpovědi na tři výzkumné otázky. Jaká je informovanost pacientů podstupující výkon katérové ablace? Jaká je komunikace sester s pacientem? Jaké jsou potřeby pacienta po výkonu katérové ablace?

Výzkumné šetření probíhalo u nemocných podstupující výkon katérové ablace. Rozhovory probíhaly v nemocnici České Budějovice, a.s. a v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze na kardiologickém oddělení. Do výzkumu byla zahrnuta skupina deseti respondentů. Jejich výběr byl podmíněn ochotou dotazovaných se výzkumu zúčastnit a spolupracovat na něm. U každého z účastníků

byla použita nestandardizovaná forma rozhovoru. Výsledky výzkumného šetření byly následně analyzovány a zaneseny do kategorií.

Z šetření na první výzkumnou otázku vyplynulo, že problémy s množstvím a srozumitelností má pouze skupina respondentů absolvující výkon poprvé. Tato situace způsobila, že tito dotazovaní nebyli schopni správně vstřebávat a chápat. Při rozhovorech pak bylo zjištěno, že informace zapoměli, nebyli schopni si je vybavit nebo je měli zmatené. Důležitý je i fakt, že zdravotnický personál používá cizí slova, která daný stav zhoršují. Dále musíme poznamenat i zjištění, že jeden z dotazovaných projevil přání získat pouze nutné základní informace, jelikož se domníval, že další nové informace by mu značně vystupňovaly již vytvořený strach a obavy.

Výzkumné šetření dále odhalilo odpovědi na druhou výzkumnou otázku. Respondenti se shodli na tom, že sestry mají často hodně práce a nemají čas si popovídat, zodpovědět a vyslechnout všechny jejich otázky, jsou také dle názorů pacientů nekompromisní a používají spíše autoritativní přístup, ale každý pacient vzhledem ke svému onemocnění a typu osobnosti vyžaduje příslušný specifický postoj. Nemocní dbají i na to, aby se sestry o ně a jejich potíže aktivně zajímaly a vnímaly jejich individuální potřeby. Převážná většina respondentů se také vyjádřila, že očekává citlivý přístup k jejich osobě. Dále respondenti uvedli, že od sester očekává především úsměv, empatii, vlídnost a komunikaci při ošetřování.

Poslední výzkumná otázka přinesla dále zmíněný výsledek. Změny zdravotního stavu nutí respondenty se s těmito změnami vyrovnat, tím dochází k výskytu specifických potřeb. U dotazovaných si můžeme všimnout, že se mění jejich psychika, neboť je narušeno jejich soukromí, pravidelné činnosti a rituály. Možnosti, jak uspokojit duševní potřeby těchto nemocných, jsou velmi omezené. Respondenti uvádí, že i přes vyčerpanost po výkonu nemohli spát a jedna z dotazovaných dokonce spánek viditelně oddalovala z důvodů strachu z krvácení. Ve výzkumném šetření nás také překvapilo, že téměř polovina účastníků průzkumu měla problémy s prostředím. Někteří udávali, že v místnosti bylo horko a nevyvětráno, jiní, že byla zima na sále, kterou vystřídala opět vysoká teplota v pokoji, jedna respondentka se značně potila, objevily se nesnáze i v příjmu potravy a ve vyprazdňování.

Vzhledem ke zjištěným výsledkům naší práce chceme tuto práci a její výsledky co nejvíce zpřístupnit odborné ošetřovatelské veřejnosti. Doufáme, že výsledky práce zvýší zájem odborné veřejnosti o tuto problematiku a osloví další pracovníky ochotné podílet se na jejím řešení.

Abstract

Catheter ablation is the ultimate non-pharmacological treatment of heart rhythm disorders, allowing the destruction i.e. ablation of abnormal tissue in the heart, which has resulted in the emergence of this disorder. This is a procedure which can be targeted pathologic affect the electrical activity of a precinct of cardiac infarction.

This work is dedicated to the nursing care of patients before and after catheter ablation, the level of patient awareness, the level of communication between the nurse and patient and monitors the needs of the respondents after myocardial performance.

Up to date of this issue we see even that several prospective randomized trials have shown significantly higher ablation efficiency in long-term maintenance of sinus rhythm than during treatment with ant arrhythmic drugs. Furthermore, the quality of life after catheter ablation increases and its improvement is significantly higher than with ant arrhythmic drugs.

The theoretical part deals in the introduction with the history of discoveries in other chapters include anatomy and function of the heart. It also provides information about heart rhythm problems, describes the clinical picture of the disease and treatment options. At the end of the theoretical part is to work preparing a patient for power, the act itself, potential complications, nursing care after surgery and the role of the nurse in her. The aim of this passage is a summary of existing knowledge about resolved issue. This section has been prepared on the basis of relevant literature sources.

The aim of this work is to determine the specifics of nursing care before and after the performance of catheter ablation. To achieve this objective were in the empirical part used the qualitative research methods. In this section were collected answers to three research questions. What is the awareness of patients undergoing catheter ablation performance? What is nurse communication with the patient? What are the needs of the patient after surgery catheter ablation?

The survey was conducted in patients undergoing catheter ablation performance. Interviews took place in the hospital České Budějovice and in the Institute for Clinical and Experimental Medicine (IKEM) in Prague cardiology department. The survey was included in a group of ten respondents. Their choice was determined by the willingness

of respondents to participate in the research and work on it. For each of the participants used non - standardized form of interview. The results of the survey were analyzed and entered into categories.

The examination of the first research question showed that the problems with the quantity and clarity have only group of respondents undergoing performance for the first time. This situation meant that these respondents were not able to properly absorb and understand. During the interviews, it was found that the information had forgotten so they were unable to equip them or have them confused. Also important is the fact that medical staff use foreign words which that the condition worse. Furthermore, we must note the finding that one of the interviewees expressed a desire to acquire only the necessary basic information, because he thought that other new information would greatly escalated already created fear and apprehension.

The survey also revealed the answer to the second research question. Respondents agreed that nurses often have a lot of work and do not have time to talk, listen and answer all their questions, as well as they are uncompromising in views of patients and used more authoritarian approach, but each patient due to his illness and personality type requires the relevant specific attitude. Patients also ensure that the nurses about them and in their problems were actively interested and perceive their individual needs. The vast majority of respondents also expressed that they expect sensitively access to their person. The respondents further stated that the nurses are expected primarily smile, empathy, kindness and communication during treatment.

The last research question brought further mentioned result. Changes in the health status force respondents to cope with these changes, thus leading to the occurrence of specific needs. Among the respondents we can notice that their psyche is changing because their privacy, regular activities and rituals were impaired. Options to satisfy the spiritual needs of these patients are very limited. Respondents stated that in spite of fatigue after exercise could not sleep and one of the interviewees her sleep even visibly postponing because of the fear of bleeding. In our research we were also surprised that almost half of those surveyed had problems with the environment. Some reported that the room was hot and not well ventilated, others that it was cold in the surgery hall,

which was replaced again by high temperature in a room, one respondent considerably sweating, there were difficulties in food intake and discharge.

In view of the results of our work we want the work and its results as much as possible open up to the public of professional nursing. We hope that results of the work will increase the interest of the professional public about this issue and ask other workers willing to contribute to their solution.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13.8.2013

.....

Kmetková Monika

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Rolantové Lucii, Ph.D, za odborné vedení, poskytování cenných rad a její trpělivost při psaní mé bakalářské práce. Dále děkuji rodinným příslušníkům za jejich trpělivost a podporu během celého studia.

OBSAH

ÚVOD	7
1. Současný stav	8
1.1 Stavba a fyziologie srdce.	8
1.1.1 Cyklus srdce.....	8
1.1.2 Vodivý systém srdce.....	9
1.2 Vznik poruch srdečního rytmu.....	10
1.2.1 Příčiny vzniku arytmií.....	10
1.2.2 Projevy arytmií.....	11
1.2.4 Druhy léčby arytmií.....	13
1.3 Katéetrová ablace.....	14
1.3.1 Péče před katéetrovou ablací.....	16
1.3.2 Průběh výkonu.....	18
1.3.3 Komplikace výkonu.....	20
1.3.4 Péče po katéetrové ablaci.....	21
2. Cíl práce a výzkumné otázky	24
2.1 Cíl práce.....	24
2.2 Výzkumné otázky.....	24
3. Metodika	25
3.1 Popis metodiky.....	25
3.2 Charakteristika souboru.....	26
4. Výsledky výzkumu	27
4.1 Identifikace respondentů.....	27
4.2 Seznam kategorií a podkategorií.....	30

5. Diskuze.....	61
6. Závěr.....	71
7. Seznam použité literatury.....	73
8. Klíčová slova.....	78
9. Přílohy.....	79

Úvod

Katétrová ablace je poměrně nová léčebná metoda. Její pomocí je zničena abnormální tkáň v srdci, která způsobuje vznik poruch srdečního rytmu. Poruchy srdečního rytmu, též zvané arytmie, vznikají na základě odlišného vytváření či vedení elektrických impulzů v srdci. Riziko vzniku arytmií stoupá ve věkovém rozmezí 60-70 let. Výkon probíhá pomocí speciálně tenkých a ohebných katétrů, aniž by byla nutná operace srdce. Katétr je zaveden přes žílu nebo tepnu z třísla až do srdce, kde je jeho hrot umístěn v co nejmenší vzdálenosti od místa poruchy vzniku srdečního rytmu. Hrotem katétru pak prochází vysokofrekvenční proud, který místo vzniku zahřeje teplotou kolem 60-70 °C. Při tomto postupu dochází k jeho „spálení“.

Elektrofyzilogie srdce učinila za posledních 20 let neskutečné pokroky v rozvoji. Z počáteční diagnostické metody, která se užívala čistě k zjištění mechanismu arytmie, eventuelně k testování nasazené lékové terapie, k metodě léčebné, která dokáže s vysokou mírou účinnosti danou poruchu rytmu také vyléčit. Během posledních několika let byly vynalezeny nové systémy umožňující trojrozměrné mapování arytmií, integraci snímků z výpočetní tomografie či magnetické rezonance. Elektrofyzilogická pracoviště jsou v současné době povinnou součástí každého kardiologického oddělení.

Tato problematika je v dnešní době aktuální a to i proto, že několik prospektivních randomizovaných studií prokázalo signifikantně vyšší účinnost ablace v dlouhodobém udržení sinusového rytmu než při léčbě antiarytmiky. Dále se kvalita života po katétrové ablaci zvyšuje a její zlepšení je signifikantně vyšší než při léčbě antiarytmiky. Cílem této práce je zjistit nejenom informovanost pacientů, ale i úroveň komunikace mezi sestrou a pacientem a potřeby respondentů po prodělaném výkonu.

K výběru tohoto tématu bakalářské práce mě inspirovala problematika v oblasti kardiologie, jelikož srdce jako orgán mě odjakživa fascinoval. Z počátku jsem přesně nevěděla, o jaký výkon se jedná a co obnáší. Nicméně toto téma mi přišlo zajímavé a byla to pro mě výzva. Ráda bych jednou pracovala právě na kardiologickém či kardiochirurgickém oddělení. Tato práce mi nejenom umožňuje hlouběji nahlédnout do oboru, ale dává mi i určité plus při ucházení se o místo.

1. Současný stav

1.1 Stavba a fyziologie srdce

Srdce je dutý svalový orgán, který je tvořen ze čtyř oddílů. Je uloženo v mezihrudí (mediastinu), za hrudní kostí. Dvěma třetinami leží na levé straně od střední čáry a jednou třetinou vpravo. Jeho rytmické smršťování a ochabování je způsobováno poháněním krve v krevním oběhu pod tlakem. Pravidelně se kontrahuje s vypuzováním krve do oběhu od prvního dne života. Srdce dospělého člověka se pohybuje v rozmezí 250 - 390 g, v průměru 300 g, dle věku a pohlaví. Jeho hmotnost se může odvíjet i od objemu srdeční svaloviny, subepikardiálního tuku a tělesné konstituce. Zvětšuje se podle množství a intenzity svalové práce jednotlivce. Připomíná tvar nepravidelného kužele s hrotem směřujícím dopředu dolů a doleva a s bází obrácenou dozadu vzhůru. (Aschermann, 2004; Koordinační středisko transplantací; Novotný, 2003)

Srdce je tvořeno z obalu, osrdečnicku (perikardium), ten je tvořen dvěma listy. Nástěnným a vnitřním listem. Na stěně srdeční pak rozeznáváme tři vrstvy, endokard, myokard a epikard. Základní srdeční oddíly jsou tvořeny ze síní a komor pravého a levého srdce. Uvnitř srdce jsou i chlopně. Trojcípá chlopně mezi pravou síní a komorou, dvojcípá mezi levou síní a levou komorou. Srdce je také označováno za tzv. pumpu, která přečerpává krev nepřetržitě během celého života. (Koordinační středisko transplantací; Walker, 2003)

1.1.1 Cyklus srdce

Srdeční cyklus se skládá ze systol a diastol. Systola krev vypuzuje do plicního a systémového oběhu, při diastole se komory plní krví. Tyto cykly se odehrávají s frekvencí přibližně 70 za minutu. Pokud se zvýší srdeční frekvence, dochází ke zkrácování diastoly, systola je ovlivněna minimálně. Podrážděním sinusového uzlíku vzniká srdeční stah, kdy dochází k systole stahem síní a krví naplnění komor. Na komory se přenáší podráždění vyvolávající stah komor a následným vytlačováním krve do artérií. Dále nastává diastola, uvolnění svalů komor. Všechny srdeční oddíly jsou následně relaxované, plní se krví přitékající z horní a dolní duté žíly. Aby byl vždy ten

správný proud krve při každém srdečním stahu, je systém zajištěn srdečními chlopněmi. (Čihák, 2004; Dylevský, 2011)

1.1.2 Vodivý systém srdce

V srdci se nachází specializované buňky rozdílné od svalových buněk svou stavbou, chemickým i funkčním složením. Specializované buňky jsou schopny vzruch samostatně tvořit, převádět i vyvolat stah svalových buněk. Nacházejí se v určitých oblastech a jejich vzájemné propojení vytváří anatomický a funkční celek, který se nazývá vodivý systém srdeční. Ten tvoří sinusový uzel též sinoatriální, síňokomorový uzel (atrioventrikulární), Hisův svazek, pravé a levé Tawarovo raménko a Purkyňova vlákna. Nejrychleji vytvářený vzruch je u zdravého jedince v sinusovém uzlu, tím se toto vzruchové centrum nadřazuje všem ostatním. (Fiala, 2004; Kolář, 2009)

Sínusový uzel leží v pravé stěně předsíně mezi odstupem auricula dextra a ústím vena cava superior. Pacemakerem neboli primárním udavatelem kroku je označován za fyziologických podmínek. Po myokardu síní ze z něj šíří depolarizace, kde převodní dráhy nejsou anatomicky vymezené, jde až do atrioventrikulárního uzlu. Ten leží v předsíňovém septu od fossa ovalis kaudálně, před ústím sinus coronarius. Z dolní části atrioventrikulárního uzlu odstupuje Hisův svazek, který prochází fibrózním trigonem k zadní části komorové přepážky. V komorové přepážce se dělí na pravé a levé Tawarovo raménko. Tawarova raménka ve vrstvě subkardiálního myokardu přechází do sítě Purkyňových vláken. Hisův svazek společně s atrioventrikulárním uzlem vytváří funkční celek, označují se jako junkce, při normálních podmínkách jsou jediné elektricky vodivé spojení síní a komor myokardu. Pokud dojde z nějakého důvodu k porušení sínusového uzlu (primárního pacemakeru), přebere řízení elektrické aktivity srdce oblast junkce (sekundární pacemaker). Terciální pacemaker je složen ze sítě Purkyňových vláken a převodní tkáň Tawarových ramének. (Čihák, 2004)

Vzruch, který nevzniká v sinoatriálním uzlu ani v podřadných oblastech převodního systému, tedy abnormální vzruch, je označován za ektoskopický. Za patologické okolnosti se mohou stát zdrojem vzruchů svalové buňky, v kterých se spontánně vzruch netvoří. Tento vzruch může být podnětem ke vzniku arytmie.

1.2 Vznik poruch srdečního rytmu

Do poruch srdečního rytmu, též zvaných dysrytmií, patří všechny abnormální srdeční aktivity vznikající poruchou tvorby či rozvodu vzruchu po srdci nebo jejich vzájemnou kombinací. Srdeční podráždění se může vyskytovat i v atypických místech srdce, nejenom v převodním systému srdečním. Po srdci se šíří i abnormálními cestami. Rozdělovat se mohou na záchvatovité, nesetrválé, nepřetržité, jejich trvání je více než 12 hodin, setrválé a intermitentní. (Kolář, 2002; Sovová, 2004; Zeman, 2005)

Z praktického i léčebného hlediska se rozdělují arytmie na dvě základní skupiny. První, tachyarytmie, je popisována jako zrychlená koordinovaná srdeční akce nebo jako koordinovaná srdeční akce s frekvencí nad 100 za minutu. V druhé skupině jsou bradyarytmie. Zde dochází ke zpomalení srdeční frekvence pod fyziologickou hodnotu 60 za minutu. Dochází k ní z důvodů poruchy tvorby vzruchu nebo poruchy vedení v převodním systému srdečním. (Klener, 2004; Navrátil, 2008)

1.2.1 Příčiny vzniku arytmie

Podkladem arytmii mohou být poruchy tvorby impulsů. Normální diastolická depolarizace převodního systému srdce za normálních podmínek závisí na automacii buněk. Ta je většinou pod vlivem mediátorů autonomního nervového systému. Za příčinou změny v podobě zrychlené tvorby vzruchů je vyšší rychlost pomalé diastolické depolarizace nebo nižší hodnota prahového potencionálu. V případě, že je tvorba vzruchů zpomalená, je tomu naopak. Zde můžeme zařadit sinusové tachykardie nebo bradykardie. V sinoatriálním uzlu je porušená tvorba impulsu příčinou bradyarytmií. Pokud dojde k změně dráždivosti buněk v srdci, mluvíme o abnormální automacii. Ty můžeme vidět při poruchách vnitřního prostředí či ischemii myokardu. Mechanismus patofyziologie pak přibližuje hodnoty klidového potencionálu k nulovým hodnotám, následně se objevují spontánní diastolické depolarizace i mimo buněk převodního systému srdce. Tak dochází ke vzniku arytmie, například během akutního infarktu myokardu. Tento druh arytmii běžně není možné indukovat pomocí programované elektrické stimulace.

Přechodné oscilace potencionálů buněčné membrány, které se spouštějí depolarizací (mluvíme tedy o takzvaných následných potencionálech, jež se objevují po začátku depolarizace), nazýváme spouštěcí aktivita. Ta se projevuje ve dvou formách. První jsou časné následné potencionály, kdy oscilace proběhnou v průběhu třetí fáze akčního potencionálu. Druhá forma nese název pozdní následné potencionály. V ní se oscilace potencionálu šíří po ukončení depolarizace. Příkladem můžeme uvést z časných následných potencionálů polymorfni tachykardie při syndromu dlouhého QT intervalu a z pozdních následných potencionálů reperfúzi ischemického ložiska.

Podkladem pro vytvořenou arytmií se stává i porucha šíření impulzu. Existence jednosměrné blokády vedoucí vzruch je podkladem reentry mechanismu. Pokud vedlejší oblasti myokardu mají jiné refrakterní periody, např. v souvislosti s lokalizovaným poškozením svalu srdce, pak šířící se impulz se v postižené oblasti zpomaluje. Při opuštění impulzu z místa prodlouženého refrakterní periodou zastihne vedlejší nepoškozenou svalovinu mimo refrakterní fázi, může dojít k opětovnému podráždění čili návratnému vzruchu. Jestliže tedy splňuje určité podmínky, může docházet k opakování tohoto procesu a vzniká tachyarymie z kroužení vzruchu. Blokády vedení vzruchu bez reentry jsou základem mnohé řady převodních poruch v mnohých etážích převodního systému.

Posledním podkladem pro vznik jsou poruchy tvorby impulzu a vedení vzruchu jako dvou ložisek aktivace myokardu současně. Zde lze uvést například parasystolie. Myokard je podrážděn z autonomního ektopického ložiska, které bývá chráněno před vybitím vstupní blokádou kromě obvyklé cesty aktivace. (Klener, 2004)

1.2.2 Projevy arytmií

Při pohledu na pacienta s příznaky arytmie sestru v tomto případě upoutá nepravidelnost srdečního rytmu, následně zjišťuje, jestli má pacient organické srdeční potíže či nikoli. Všímá si frekvence srdce a rozdílů mezi touto frekvencí a normálním rytmem. Vše záleží na tom, jak je pacient psychicky vnímavý. Může pociťovat nepříjemné bušení srdce, píchavou bolest, či pocit vynechání nebo přeskokování srdce.

Příznaky si ani nemusí uvědomovat. Typickým příkladem jsou síňové extrasystoly. Je možné i vnímání ohrožení na životě.

Sestra by se měla zaměřit na projevy poklesu minutového objemu, projevující se dušností z plicního městnání, psychickou změnou pacienta z důvodů snížení průtoku krve mozky nebo celkovou slabostí z poklesu průtoku krve orgány. Jestliže má pacient normální funkci srdce, je možné, že se snížení minutového objemu srdce nemusí vůbec projevit, naopak, u dlouhotrvajících, vážných arytmí a pokročilých srdečních onemocnění bývá snížený minutový objem významnější. (Klener, 2004; Kolář, 2002)

Někdy je prvotním projevem, který sestra rozpozná, teprve projev krátkodobé či trvalé zástavy oběhu, oběhové synkopy. Ty rozdělujeme na srdeční a periferní synkopy. U nich vymizí pulz a dochází k ztrátě vědomí, vzniklé z přerušeno přísunu kyslíku mozgovým buňkám. Pacient nemá šanci se při pádu čehokoli chytit ani přivolat pomoc, protože synkopy vznikají náhle. Vnímání začne už po několika vteřinách, ale s obvyklou dezorientací. Po přerušeno delším než 20 sekund přečerpávací činnosti srdce vznikne trvalá zástava krevního oběhu. Pokud zástava trvá 3 až 6 minut, mluvíme o ireverzibilním poškození, jinak je poškození mozgových buněk reverzibilní. Zástava krevního oběhu se klinicky projevuje nehmatným pulzem, neměřitelným krevním tlakem, nepřítomností dechu, rozšířením zornic, neslyšitelnou srdeční akcí a bezvědomím.

Srdeční synkopy dělíme na obstrukční a arytmogenní. S obstrukční synkopou se nejčastěji můžeme setkat při tělesné zátěži, s periferní při náhlém poklesu tlaku. Vagová, jedna z nejčastějších synkop, postihuje neurotiky, asteniky a těhotné ženy. U pacienta dochází k nevolnosti, pocení, slabosti, mydriáze zornic, bradykardií a hypotenzi při podráždění vagu. Arytmogenní synkopa má bradykardickou a tachykardickou formu. K bradykardické dochází při zpomalení činnosti srdce pod 30 tepů za minutu či asystolii trvající více než 3 až 5 sekund. Tachykardie vzniká při flutteru a fibrilaci komor. Srdeční činnost se pohybuje nad 200 tepů za minutu. Obě dvě tyto formy začínají přísunem tepla do hlavy, zatměním před očima a zakolísáním. Sestra tedy není schopna tyto dvě formy od sebe rozlišit.

Existují i synkopy vznikající na podkladě tlaku na karotický sinus, jsou však velmi vzácné. Jde o běžné denní úkony, utahování vázanky, otočení hlavy či holení. (Štejfa, 2007)

1.2.4 Druhy léčby arytmii

Správný postup terapie srdečního rytmu je zvolen na základě rizik souvisejících s arytmii (závažné komorové tachykardie). Pozornost je také věnována přítomnosti a stupni pacientových obtíží (bušení srdce, dušnost), rizikům konkrétního postupu (u katérové ablace) a toleranci zavedené terapie (nežádoucí účinky, alergie). Tyto faktory je nutno zvážit u každého pacienta s přihlédnutím k dalším nemocem, kondici, věku a k tomu, co upřednostňuje pacient.

První možnou variantou je konzervativní postup. Zde se převážně jedná o úpravu životního stylu či podávání různých léků. K tomuto postupu se přiklání v případě nezávažné arytmie, bez předpokladu efektu katérové ablace, zavedení kardiostimulátoru či kardiovertru defibrilátoru. Dostačující informací je, že v tomto případě nejsou obtíže způsobeny vážným onemocněním, nejsou nebezpečné a nevyžadují další případnou léčbu.

Další možností je katérová ablace arytmie. Jestliže je arytmie diagnostikována elektrofyziologickým vyšetřením, pak se většinou ablace provádí v jednom sezení. Pouze pokud je důležité zvolit zcela rozdílný přístup, personální obsazení a přístrojové vybavení k ablaci nebo doplnění jiných vyšetření, testování léků, pak v těchto případech je katérová ablace objednána v druhé hospitalizaci.

Arytmie lze léčit i zavedením kardiostimulátoru, takzvaného budíku. Ten zabraňuje velkému zpomalení tepu u nemocných, kteří jsou ohroženi pomalou srdeční činností nebo zastavením činnosti srdce. Našije se přístroj podobný kardiostimulátoru, tzv. implantabilní kardioverter – defibrilátor (ICD). Jeho úkolem je hlídat srdeční rytmus a v momentu, kdy vznikne závažná život ohrožující arytmie, tak ji elektrickými výboji ukončit.

Posledním je zákrok nazývaný se elektrická kardioverze. Ta je používána k ukončení probíhající arytmie, nejčastěji fibrilace a flutteru síní, tzv. komorové

tachykardie. Využívá se pro ukončení dlouhodobě probíhající arytmie či u akutních poruch rytmu. Zákrok vzniká dodáním elektrické energie do určité části srdce a restaurováním správného sinusového rytmu. Tento výkon se provádí v krátkodobé narkóze, vzhledem k velkým nepříjemnostem. Po výkonu následuje několika hodinové sledování stavu a ten den je zpravidla propuštěn do domácí péče. Po elektrické kardioverzi je důležité užívání léků proti arytmii či jiné zajištění pacienta před návratem arytmie. (II. Interní klinika kardiologie a angiologie UK, 2006)

1.3 Katéetrová ablace

Katéetrová ablace je definitivní nefarmakologickou léčbou umožňující vyléčit celou řadu poruch srdečního rytmu. Navazuje na elektrofyzilogické vyšetření. Tímto zákrokem můžeme ovlivnit patologickou elektrickou aktivitu probíhající v určitém okrsku myokardu srdce, Katéetry jsou zaváděny do srdce cévami. Mluvíme tedy o katetrizačním výkonu, kdy se jehlou přes kůži napíchne určitá céva, nikoliv o klasické operaci. Jinak nazývaná selektivní radiofrekvenční ablace má za úkol zničit arytmogenní fokální ložisko v myokardu nebo přerušit reentry okruh. (Češka, 2010; Kolář, 2002)

Slovo katéetr můžeme přeložit i jako tenké, ohebné trubičky, zavádějící se do srdce po tom, co se napíchne céva v tříse nebo na krku. Místo, odkud se bude katéetr zavádět, se řídí přístupností cév a nutností speciálního umístění katéetrů pro vyšetření. Katéetry slouží k diagnostice či léčbě i celé řady jiných onemocnění. Některé z katéetrů můžeme použít i k vstříknutí kontrastní látky do srdečních cév, nebo k zavedení výztuh u zúžených cév. Katéetry, které se používají při katetrizační ablaci, mají ovladatelný konec a jsou schopné přenášet elektrické signály ze srdce, tím umožňují aplikaci radiofrekvenčního proudu do srdce. Tímto způsobem pak dochází ke zničení malé oblasti srdeční tkáně zodpovědné za vznik arytmie.

Slovo ablace pochází z latiny. V překladu se označuje jako „snesení“ nemocné tkáně. (Aschermann, 2004; Rytmus srdce, 2010)

Čím dříve a přesněji lékař zjistí rozsah a druh onemocnění, tím se zvětšuje naděje na úspěšnou léčbu. Například k výkonu radiofrekvenční ablace AV- junkce jsou

indikováni především symptomatičtí nemocní. U nich není efektivní jiný nefarmakologický, nebo naopak farmakologický přístup či jsou limitací přidružená onemocnění, věk, vedlejší účinky, které přináší antiarytmická léčba a jiné. (Fakultní nemocnice Ostrava; Tábořský, 2006)

Po výsledcích vyšetření lze provést léčebné opatření, které by mělo ovlivnit zdravotní stav nemocného a mít výrazný pokles rizik dalších srdečních komplikací, včetně náhlé smrti. (Fakultní nemocnice Ostrava)

Ke katetrizační ablaci jsou odesíláni nejenom nemocní s poruchami srdečního rytmu, ale i ti, kteří mají podezření na poruchu srdečního rytmu stále unikající diagnóze. Obtíže projevující se při podezření na přítomnost arytmie jsou některé z krátkodobých poruch vědomí, pocitů na omdlení, vnímání rychlého, pomalého či nepravidelného tepu nebo nepravidelnosti činnosti srdce. Projevuje se i rychlé bušení srdce, pocit celkové slabosti, nevykonnosti, dušnosti, případně i tlak na prsou. Tyto příznaky svou nepříjemností mohou vadit v denních aktivitách, ale většinou na životě neohrožují. Jestliže se tyto příznaky arytmie objevují častěji či dokonce trvale a jsou spojeny s rychlou frekvencí srdce, tak se může po určitém čase zhoršovat funkce srdce jako pumpy a dojít k rozvoji srdečního selhání. Je však všeobecně známo, že tyto příznaky jsou i u jiných onemocnění než poruch srdečního rytmu. Naopak některé nebezpečné arytmie nemusí doprovázet vůbec žádné obtíže a jsou náhodně zjištěny při prohlídkách lékařem nebo natočení EKG. (Fakultní nemocnice Olomouc; II. Interní klinika kardiologie a angiologie UK, 2006)

Objednání na toto vyšetření má více variant. Jednou z nich je, že nemocného doporučí přímo ošetřující lékař na konzultaci k odbornému lékaři nebo cestou arytmiologické ambulance. Do arytmiologické ambulance je možno se objednat i individuálně bez doporučení. Pokud se indikuje elektrofyzilogické vyšetření, sestra s nemocným okamžitě domluví termín hospitalizace. (II. Interní klinika kardiologie a angiologie, 2006)

Doba čekání se odvíjí i od typu ablace. Některé ablace, jako je například komorová tachykardie, se provádí obvykle jako akutní výkon, u jiných je průběžná čekací doba do jednoho měsíce. Nemocní trpící fibrilací síní někdy čekají dokonce i několik měsíců,

protože je jich velký počet. Především je vše dáno kapacitou pracovišť a malým počtem lékařů schopných provádět tento výkon. Nicméně, kapacita je výrazně v poslední době zvyšována. Některá centra uvádějí katéetrovou ablaci jako nejčastěji prováděný výkon. (Rytmus srdce, 2010)

1.3.1 Před výkonem

Nemocný je přijat sestrou k hospitalizaci buď krátce před výkonem, nebo ten samý den. U většiny případů probíhajících bez komplikací jde tedy o krátkodobou hospitalizaci trvající 2-3 dny. Pokud není předem s lékařem domluveno, mělo by se zavolat o několik dnů dříve, zda se mají vysadit nějaké léky. Například vynechání léků proti arytmií usnadňuje získat při elektrofyziologickém vyšetření přesnější výsledky. Vysazení léků proti srážení krve je také nezbytné, aby mohl být výkon proveden. Každý by měl s sebou přinést seznam léků, které užívá a předat jej sestře při příchodu. Důležitou informací je nejenom název, ale i dávkování jednotlivých léků. Jestliže nemocný trpí nějakou alergií nebo prodělal alergickou reakci po nějakém léku, nesmí zapomenout se o tom zmínit lékaři, případně sestře.

Tento výkon není vhodné provádět za přítomnosti jiného akutního onemocnění nebo zhorší-li se aktuální stav chronického onemocnění. Rovněž by se toho vyšetření nemělo uskutečnit u žen v době menstruace. Kontraindikací k výkonu je těhotenství. V případě jakékoli nejasnosti je dobré se před termínem nástupu do nemocnice informovat telefonicky. V některých případech je dokonce lékařem doporučen odklad hospitalizace.

Před tímto výkonem je nutné lačnit, proto bude pacient informován sestrou, aby nejedl a nepil nejméně 3-4 hodiny před výkonem. V případě, že je zákrok plánován dopoledne, nejíst a nepít by se mělo od půlnoci. Léky je možné zapít malým množstvím vody. Při předpokladu odpoledního výkonu je dovoleno lehce posnídat. Pokud nemocný vlastní umělý chrup, je třeba, aby sestra zkontrolovala jeho vyjmutí po dobu výkonu. Je nutné provést několik základních vyšetření jako je elektrokardiogram, echokardiogram (ultrazvuk srdce). Dále sestra odebírá základní biochemii, krevní obraz, koagulaci, krevní skupinu, protilátky proti hepatitidě a viru HIV. Echokardiogram není zrovna

příjemné vyšetření, ale je nezbytné pro bezpečnost dotyčného. Je to vyšetření jícnovou sondou, ta je zavedena velmi podobně jako u vyšetření žaludku. Je zde důležitá pacientova spolupráce, musí polknout. Její podstatou je vyloučit přítomnost krevních sraženin uvnitř oblastí srdce a zamezit tak nežádoucím komplikacím, které by se mohly uskutečnit během katéetrové ablace, například v podobě mozkové příhody. U některých z pacientů se může udělat i CT vyšetření srdce. Aktuální užívané léky sestra podává až do dne, kdy bude výkon proveden, kromě Warfarinu, který se obvykle vysazuje 5 dnů před výkonem. Ten je dále nahrazen podkožní injekcí nízkomolekulárního heparinu jako je například Fragmin, Clexane a Fraxiparine. Sestra jej aplikuje dvakrát denně do doby výkonu. (II. Interní klinika kardiologie a angiologie UK, 2006; Kolář, 2009; Zadák, 2007)

V den přijetí sestra s pacientem vyplní ošetrovatelskou dokumentaci, seznámí ho s oddělením a zkontroluje, eventuelně zopakuje krevní testy. Nedílnou součástí ošetrujícího lékaře je i projít anamnézu pacientova onemocnění, vyšetřit ho, vysvětlit podstatu katetrizační ablace, co je jejím cílem, přínosem a zmínit možná rizika. Zde je vhodný čas pro zodpovězení dotazů. Oblast, kudy se budou zavádět katétry, bude očištěna a oholena s pomocí sestry. Místem vpichu je ve většině případů třísla, popřípadě je možnost zavedení i z oblasti krku. Oholení místa zavedení zjednodušuje zavádění katétrů a tím snižuje riziko zavedení infekce. Sestra dohlédne i na hygienu celého těla. Během přípravy k výkonu efektivně komunikuje a všímá si psychického stavu nemocného. Dále sestra zavádí kanylu do žíly na předloktí či zápěstí, aby mohly být podávány léky přímo do žíly, pokud je potřeba. Zavádí i močový katétr. Postupně pacienta také seznamuje s ošetrovatelskou péčí. Přimo před výkonem kontroluje pacientovu dokumentaci, zda je vše v pořádku, prohlédne třísla a hrudník, zda jsou řádně vyholené, kontroluje lačnění a sundané veškeré šperky. Šperky, které nelze sundat zapisuje do dokumentace. Pacientky by neměly mít nalakované či umělé nehty. Pacient má na sobě pouze košili. (Cleveland clinic, 2011; Ikem, 2006; Špinar, 2007)

Předoperační hodnocení má za úkol nejen posoudit možné operační, ale i dlouhodobé kardiovaskulární riziko a nabídnout řešení snižující riziko připravovaného výkonu. Jak rozsáhlá bude předoperační příprava, závisí na rozsahu kardiovaskulárního

onemocnění, na projevech, na stupni obtížnosti výkonu a na toleranci zátěže pacientem, neboli funkční výkonnosti. (Skalická, 2007)

1.3.2 Průběh výkonu

Katétrové ablace jsou prováděny v katetrizačním sále, též zvané elektrofyzilogické laboratoři. Během výkonu nemocný zaujímá polohu vleže na zádech na pohyblivém vyšetřovacím stole. Je nutné, aby během celého výkonu sálová sestra zajistila co nejmenší pohyb pacienta, aby zůstal v klidu. Celý zákrok je proveden v místním umrtvení, pouze u vybraných pacientů v celkové anestezii. Cíl vyšetření je založen na snímání signálů z vnitřku srdce, kam jsou umístěny katétry. Na stejném principu je založeno i natáčení EKG, zde se však musí elektrody umístit na povrch těla. Katétry dokážou vydávat energii, která je schopna popálit část zodpovědnou za rozšíření arytmie a tím poruchu rytmu zneškodnit. Hrot katétru tedy vysílá radiofrekvenční proud, který probíhá mezi katétretem a plošnou elektrodou umístěnou na zádech pacienta. Okolo hrotu katétru má proud největší intenzitu, ohřev svaloviny se pohybuje okolo 50-60° C. Zavádí se jeden, ale častěji více katétrů. Katétry vstupují do srdce cévní cestou. Nejčastěji jsou používány žíly, pouze někdy je nutné užít i přístup přes tepny. Jak už bylo naznačeno, vstup je nejčastěji v oblasti pravého třísla, není však výjimkou zavedení cestou levého třísla či žil umístěných na krku. Záleží na volbě lékaře, jaký zvolí přístup k srdci s ohledem na typ arytmie a lokalizaci, ze které arytmie vychází.

Po zavedení katétrů je lékař umístí do definovaných pozic v dutině srdce pod kontrolou RTG. Při složitějších vyšetřeních se pozice katétru kontroluje i pomocí trojrozměrných, takzvaných elektroanatomických mapovacích systémů. Vyšetření srdce dále probíhá několika způsoby. Jsou proměřeny převodní intervaly elektrického vzruchu mezi jednotlivými oblastmi srdce. Jak víme, srdce je elektricky aktivní orgán řízený systémem vzruchů. Tímto máme možnost za pomoci měření elektrických signálů zkoumat srdce, a proto také jde za pomoci elektrického dráždění srdeční tkáně vyvolat arytmie. Díky elektrické stimulaci je přesně ověřena funkce převodního systému srdce a dochází zde často i k vyvolání vyšetřované poruchy rytmu. Ta je dále přesněji

identifikována a konkrétně zaměřena. Mimo přímé elektrické stimulace tkáně lze v některých případech použít k vyvolání arytmie i léků v infúzi, která zvýší dráždivost srdeční tkáně a zrychlí tempo srdce.

Pacienti mohou pociťovat stimulační manévry jako nepříjemné bušení srdce, pocit tepla, tlaku na hrudi nebo nedostatek dechu. To vše patří do zcela běžných příznaků. Je však povinností sestry na tyto nepříjemné pocity vždy upozornit. Zachycená porucha rytmu, respektive typ arytmie, stanovuje další léčebný postup. Jestliže tento typ arytmie umožňuje ošetření katérovou ablací, pak lze tuto poruchu ošetřit v jednom sezení, menší počet případů je nutné dále naplánovat na jiný termín, a to zejména při nutnosti využití elektroanatomického mapování. Poruchy, které jsou dostatečně zdokumentované na základě neinvazivního vyšetření, jsou radiofrekvenční ablací zhotoveny bez potřeby širokého invazivního vyšetření arytmií. Pacient vnímá ošetření arytmie podobně jako úvod vyšetření. U některých typů, jako je arytmie vycházející z oblasti levé síně, je nutné k dosažení cílové oblasti užít přístup nazývaný transseptální. To je označení pro punkci mezisíňové přepážky, díky níž je katétr zaveden až do levé síně. Tato punkce mezisíňové přepážky je zcela nebolestivá a provedena pod ultrazvukovou kontrolou pro dosažení nejvyšší bezpečnosti zákroku. Pokud je ablační výkon doprovázen pocitem tlaku na hrudi, po rozhodnutí lékaře sestra podá léky proti bolesti. Aby se zjistil a zhodnotil efekt ablace, je důležité opět stimulačními manévry na konec výkonu zjistit a prokázat nevyvolatelnost arytmie, dále zhodnotit úplnost popálení a neschopnost signálu se šířit v oblasti arytmie. Teprve při splnění všech těchto cílů lze výkon ukončit a sestra nemocného vrací zpátky na lůžkové oddělení. (II. Interní klinika kardiologie a angiologie UK, 2006)

Délka výkonu je dána typem léčené arytmie a tím, zda je srdce celkově zdravé, či srdce postižené nějakým onemocněním nebo srdce po prodělané operaci. U jednoduchých ablačních výkonů, jako je flutter síní nebo arytmie z oblasti atrioventrikulárního uzlu, je délka odhadována zhruba okolo 60-120 minut i s příslušným vyšetřením a kontrolou efektu. Výkony jako jsou fibrilace síní a komorové tachykardie mohou trvat kolem 3-6 hodin. Za nejsložitější z výkonů jsou pak

považovány katéetrové ablace po operaci závažné srdeční vady v dětství. (Rytmus srdce, 2010)

1.3.3 Komplikace výkonu

Téměř každý lékařský zákrok s sebou nese riziko nežádoucích komplikací. V dnešní době, díky novým technologiím, se rizika vzniku významně snižují. Rizika komplikací závisí na typu arytmie, dalších onemocněních a věku pacienta. Komplikace typického flutteru síní, ablace komorových tachykardií a supraventrikulárních tachykardií nejsou časté, riziko úmrtí je velmi malé. U zákroků v levé síni při léčbě fibrilace nebo atypického flutteru jsou rizika s ohledem na těžkost provedení vyšší.

Jako prevence komplikací je vhodně nastavená léková terapie, správná indikace výkonu, respektování kontraindikací, sestra pozorně sleduje pacienta před a po výkonu a spolupráci nemocného.

Jednou z komplikací, které mohou vzniknout, je expozice rentgenového záření. Ta je poměrně malá a vede k malému zvýšení celoživotního rizika vzniku nádorových onemocnění. V těhotenství může způsobit poškození plodu, proto je kontraindikací k výkonu a ženy v produktivním věku mají podmínkou negativní těhotenský test.

Nejčastější komplikací je vznik hematomu, neboli krvácení do okolí v místech, kde byl prováděn vpich. Méně často se může objevit lokální poškození nebo uzávěr cév, poškození blízkých nervů a při vstupu na krku k proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny, kdy dojde k pneumotoraxu. Tyto komplikace většinou nevyžadují dalšího zásahu a samy se zhojí, pouze výjimečně je nutný chirurgický zákrok.

U některých jedinců se vyskytne i přechodný pokles krevního tlaku a srdeční frekvence s pocitem na omdlení při zavádění a odstraňování chlopňových zavaděčů. Nazývá se vagovou reakcí. Je to pouze přechodný stav, plně ustupuje po podání infúze do 5 minut.

Je potřeba zmínit se i o tom, že během výkonu často dochází k vyvolávání arytmií, ale jelikož jsou jeho součástí, nelze je považovat za komplikace. Vzácně je nelze ukončit stimulačními manévry a je nutné podání léků či elektrické kardioverze (podání výboje v celkové krátkodobé narkóze). I toto riziko je velmi nízké.

Manipulace s katétry nebo dodávání radiofrekvenční energie podporuje vznik dalších vzácných komplikací. Poškození převodního systému srdce vyžadující zavedení kardiostimulátoru natrvalo, poškození srdeční stěny s rozšířením krvácení do osrdečnickového vaku. V tomto případě se přistupuje k vypuštění krve pomocí punkce, méně časté je místo poškození zašít. Další je i embolie plic a mozku, poškození bráničního nervu se sníženým pohybem bránice, poškození srdeční chlopně, zanesení infekce do krevního oběhu, rozšíření infarktu myokardu, vzduchová embolie a dočasná porucha vyprazdňování žaludku.

U fibrilací a atypických flutterů síní se vyskytují i jiná rizika, která jsou s ohledem na složitost zákroku vyšší. Vzhledem k vypalování srdeční tkáně, která sousedí s plicními žilami, může dojít po určité době k jejich významnému zúžení. Jeho projevy nemusí být patrné nebo jsou doprovázeny zhoršením dušnosti. V tomto případě se provádí katetrizační roztažení balónkem, zavedení kovové výztuhy, eventuelně chirurgické řešení. Dalším problémem, který může nastat, je poranění srdeční stěny s krvácením do osrdečnicku, pak je nutné předčasné ukončení. To se pak řeší punkcí osrdečnicku a vzácně chirurgickým výkonem se zašitím otvoru. Při výkonu nebo s malým odstupem od výkonu dochází i k vytvoření krevních sraženin v levé síni s postupnou embolizací do cévního řečiště. Při vniknutí do mozku dochází až k rozvoji mozkové mrtvice. Tato komplikace je obvykle pouze přechodného rázu a pouze u některých pacientů zanechává trvalé následky. Vzácně jsou popsány i vytvořené píštěle mezi jícnem a levou síní. Přežití této závažné komplikace se i při včasném řešení pohybuje kolem 50%. Současné moderní postupy toto riziko však minimalizují. (II. Interní klinika kardiologie a angiologie, 2006)

1.3.4 Po výkonu

Po zákroku je nemocný převezen sestrou k monitorování na intermediální oddělení. Leží v poloze na zádech s nataženými dolními končetinami. Ihned po příjezdu je důležité změřit tlak, pulz a zkontrolovat místo vpichu. Sestra dále přiloží funkční signalizační zařízení na dosah pacienta. Pečující sestra provede záznam EKG a edukuje pacienta o přísném dodržování klidu na lůžku. Klid na lůžku je nutné dodržovat

z důvodů účinku heparinu aplikovaném na sále. Čeká se na odeznění jeho působení, pak je možné odstranit kanyly z místa vpichu. Na místo vpichu se po odstranění kanyl přiloží kompresivní obvaz, obvykle na 8 hodin. Sestra edukuje pacienta o možných komplikacích, které mohou nastat, všímá si jeho celkového stavu a navazuje s ním pozitivní vztah. Zejména se snaží o jeho aktivní spolupráci a zapojení do ošetrovatelské péče. V mnoha ohledech se pacient obrací na sestru a stává se méně soběstačným, proto je důležitá její pomoc a empatický přístup. Snaží se i o zajištění všech bio-psycho-sociálních potřeb nemocného. (Dvořáková, 2006; Kapounová, 2007; Trachtová, 2008)

Po výkonu je opět zahájena léčba prevence vzniku trombo-embolických komplikací. K omezení vzniku případných sraženin se tato léčba musí proto dodržovat alespoň tři měsíce a pak dle klinického průběhu. Ten samý čas je nutno podávat preventivně i léky na ovlivnění poruchy srdečního rytmu. Je povinností sestry edukovat pacienta, že ve zhruba dvou týdnech musí omezit činnosti namáhající místa vpichů v tříslech. Jedná se především o sportování, jízdu na kole, nošení těžkých předmětů a omezení chůze do schodů. Je však možnost provádět běžné snadné domácí práce, procházky nebo chůze po bytě. Dále by měla informovat o tom, že fyzický trénink je důležitý, jelikož zvyšuje průtok věnčitými tepny, zkvalitňuje využití kyslíku, snižuje srdeční frekvenci a krevní tlak a především má pozitivní účinky proti stresu. Doporučuje i konzultaci s lékařem. Zátěž by měla být postupná a obsahovat relaxaci. Zásadou pohybové aktivity by měla být pravidelnost, přiměřenost a odpočinek. Sestra upozorňuje i na to, aby pacient dbal na prevenci úrazů. Nutná není delší pracovní neschopnost u sedavých zaměstnání kancelářského typu. U těžké fyzické práce je potřeba počítat s dvoutýdenní pracovní neschopností, dle typu a průběhu léčby. Po výkonu sestra řeší a nachází ošetrovatelské diagnózy vyskytující se u pacienta po katéetrové ablaci. (II. Interní klinika kardiologie a angiologie, 2006; Lukl, 2009; Sovová, 2004)

V místě vpichu bývá malá modřina či zatvrdnutí v hloubce pod místem, ty vymizí během několika týdnů. Jestliže se objeví zarudnutí a bolestivost otoku místa vpichu nebo celé dolní končetiny, kontaktuje se lékař. U některých z arytmií se po katetrizační ablaci objevuje i pocit přeskakování srdečního rytmu, obvykle se sám upraví, ale je

třeba, aby sestra pacienta uklidnila. Jestliže však tyto potíže nadále přetrvávají nebo se bušení srdce opakuje jako před výkonem, volá se opět lékař. Kontrolní ambulantní vyšetření pak probíhá po 6 týdnech. (Ikem, 2006)

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit specifika ošetrovatelské péče před a po výkonu katérové ablace.

2.2 Výzkumné otázky

- 1.** Jaká je informovanost pacientů podstupující výkon katérové ablace?
- 2.** Jaká je komunikace sester s pacientem?
- 3.** Jaké jsou potřeby pacienta po výkonu katérové ablace?

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

Výzkumné šetření v této práci bylo provedeno formou kvalitativního sběru dat. Rozhovory probíhaly v nemocnici České Budějovice, a.s. a v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze. Pohovory na kardiologickém oddělení byly vedeny s pacienty podstupující výkon katérové ablace. Výsledky poskytují relativně nízký výzkumný vzorek, je proto třeba upozornit, že má spíše charakter doporučení pro další možná šetření.

Výzkumné šetření bylo prováděno se souhlasem vedení nemocnice České Budějovice, a.s. a Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze. Zúčastnění respondenti se na výzkumu podíleli dobrovolně a každý rozhovor byl prováděn individuálně. Všichni dotazovaní byli informováni o anonymitě získaných dat.

Pro citlivost dané tematiky se rozhovory uskutečnily v soukromí. Respondenti byli před začátkem rozhovoru ujištěni, že mohou odmítnout na některou z otázek odpovědět, v rozhovoru se bude pokračovat následující, pro ně přijatelnou otázkou. Někteří z dotazovaných tuto možnost využili.

K rozhovorům měl být použit diktafon k urychlení činnosti a také k přesnějšímu zpracování získaných informací. Všem pacientům tento způsob rozhovoru byl značně nepříjemný a používání diktafonu odmítli.

Otázky pro rozhovory, které jsou přiloženy v příloze č. 6, byly sestaveny z několika částí pro dané téma. Jednadvacet otázek bylo otevřených, ale záleželo pouze na respondentovi, jak hluboce a do jaké míry se jednotlivými otázkami zabýval. Těmito individuálními rozhovory jsme získali citlivé a cenné údaje o tom, jak daný jednatel situaci vnímal, co si o ní myslel a jaký měla vliv na jeho život. Rozhovory byly sice časově náročné, ale vytěžený výsledek je daleko cennější a působivější.

Z počátku rozhovoru jsme se zabývaly identifikačními údaji o respondentech, projevy onemocnění, jeho dalším rozvojem a vlivem onemocnění na jejich každodenní život. V dalších otázkách nás zajímala především informovanost o výkonu, podpora rodiny a zaměstnavatele.

Jakékoliv onemocnění či výkon má podstatný vliv na psychickou a fyzickou výkonnost člověka, proto jedním z dalších cílů bylo zjistit, co očekávali pacienti od sester, jak byli spokojeni a jaká byla komunikace mezi nimi a sestrou.

Otázkami zabývající se stavem před výkonem byla snaha zachytit, jak probíhaly příjem na oddělení, uspokojování potřeb a individuální prožívání situace.

V poslední části rozhovorů jsme se zaměřili na otázky po absolvování výkonu katéetrové ablace. Těmito otázkami se sledovalo uspokojování potřeb, ošetrovatelská péče, nejhůře snesitelné problémy a prožívání respondentů.

Přepis textu byl v maximální míře zachován přesný, jen v některých případech byl převeden do spisovného jazyka. V další fázi pak byly vypuštěny věty, které nenesly pro výzkum žádné podstatné a důležité informace. Při interpretaci dat byly použity přímé citace respondentů ze zaznamenaných výpovědí, které jsou v textu označeny kurzivou.

Z níže uvedených získaných dat bylo provedeno kódování dat a barevné označení jednotlivých částí usnadnilo lepší orientaci v textu. Následně byly vytvořeny kategorie a podkategorie.

Výzkum byl prováděn v období od ledna do června 2013.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumné šetření bylo prováděno v nemocnici České Budějovice, a.s. a v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze pomocí metody záměrného výběru. Touto metodou se vyhledávají respondenti na základě stanovených kritérií. Důležité je i to, že jsou ochotni se rozhovoru zúčastnit.

V tomto šetření bylo kritériem podstoupení výkonu katéetrové ablace. Bylo osloveno celkem 12 pacientů. Dva z respondentů, i přes to, že byli informováni o anonymitě výzkumu a opakovaně ujišťováni, že získané informace poskytují pouze pro účely této bakalářské práce, se odmítli na výzkumu podílet.

Do našeho výzkumného šetření byla zahrnuta skupina deseti respondentů. Z nemocnice v Českých Budějovicích byli dotazováni 4 muži a 2 ženy a z nemocnice v Praze 3 muži a 1 žena.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Identifikace respondentů

Při rozhovoru s pacienty jsem se setkala s různým úhlem pohledu. Někteří pacienti byly velmi ochotní a laskaví, a kdyby mohli, povídali by celý den o svých problémech. Jeden z dotazovaných čekal návštěvu a tak byl velmi nedočkavý a pospíchal. Mezi dotazovanými byl i jeden sdílející značnou nespokojenost ve všech směrech.

První respondent je muž hospitalizovaný v nemocnici České Budějovice ve věku 64 let. Nyní je v invalidním důchodu, dříve pracoval jako vedoucí technolog oprav parních lokomotiv, lokomotivy bývaly i jeho velkou zálibou, proto pracoval velmi rád. Nyní nekouří, pouze dříve si příležitostně zapálil. Nikdy nespotoval, na sport byl velký antitalent. Jeho otec zemřel na aortální chlopeň, babička na selhání srdce, podle něj je to dědičné. Jiné onemocnění neudává. Tento muž byl velmi ochotný a poskytoval podrobné informace o svém nynějším zdravotním stavu, svých pocitech a názorech. Rozhovor probíhal v nemocničním pokoji a trval 1 hodinu a půl.

Druhého respondenta, stejně jako prvního, jsem získala během jeho hospitalizace v nemocnici díky staniční sestře kardiologického oddělení v Českých Budějovicích. Je to muž ve věku 60 let, pracující u energetické firmy. Nekuřákem je více než 14 let. V dřívější době vykouřil několik cigaret denně, převážně to bylo ještě během studia střední školy. Rád pije pivo, v nemocnici mu schází. Rád sportuje, má rád jízdu na kole a turistiku. Dále se léčí na hypertenzi a prodělal drobné úrazy. Pacient odpovídal v nemocničním pokoji v posteli ten den po výkonu. Právě prodělal třetí katérovou ablaci. Rozhovor probíhal zhruba 45 minut s ohledem na jeho zdravotní stav.

Třetí respondent je muž ve věku 61 let, opět hospitalizovaný v nemocnici České Budějovice. Nyní v invalidním důchodu, předtím pracoval jako právník. V současnosti nekouří, kouřil dříve, do roku 2008, 20-40 cigaret denně. Také sportoval, jezdil na kole a hrál rekreačně fotbal. Léčí se s hypertenzí, jinak žádné další onemocnění neudává. Rozhovor byl získán prostřednictvím staniční sestry kardiologického oddělení. Trval zhruba 45 minut, jelikož pacient očekával návštěvu. Dle jeho přání probíhal v jídelně,

s ohledem na anonymitu získávaných dat. Informace podával s pocitem, že pomůže dalším, kteří budou muset výkon podstoupit.

Čtvrtý respondent ve věku 53 let je muž pracující v továrně. K výkonu katérové ablace byl přijat nemocnicí v Českých Budějovicích. Kouří, ale neví přesně kolik cigaret, každý den kouří jinak, podle toho, jak má chuť, čas a příležitost. O víkendu vykouří jednu krabičku i více. Nesportuje, dříve, v mladších letech hrál fotbal. V rozhovoru uvádí, že má špatný cholesterol, artrózu kolene, problémy s játry, vše bez upřesnění. Rozhovor byl uskutečněn na pokoji a trval zhruba 50 minut.

Pátý respondent je žena ve věku 51 let. Pracuje jako vedoucí pekárny, nekouří, ale udává pití kávy. Byla hospitalizována v Českých Budějovicích. Ráda sportuje, převážně jezdí na kole, ale její největší zálibou je závodní hraní kuželek. Udává, že se léčí s bolestmi zad a hlavy. Rozhovor probíhal 1 hodinu v kavárně, atmosféra byla příjemná.

Šestý respondent je žena, opět hospitalizována v Českých Budějovicích. Nyní je v invalidním důchodu, ale dříve pracovala jako švadlena. Pacientka je ve věku 75 let a prohlašuje, že nikdy nekouřila, nepila kávu a nepije alkohol. S čím se léčí si nepamatuje, ale bere hodně prášků. Rozhovor probíhal 45 minut v pokoji pacientky.

Sedmý respondent je muž hospitalizován na kardiologickém oddělení v Praze. Jeho věk je 62 let, nyní v invalidním důchodu, dříve pracoval jako řezník. Je kuřák, udává však velký pokrok. Pacient dříve kouřil kolem 40 cigaret denně, o víkendech 60 i více, to pak přestával počítat. Nyní se snaží kouřit kolem 15 cigaret denně. Sportuje pouze pasivně. Pacient se léčí na vysoký krevní tlak a dnu. Tento rozhovor trval 1 hodinu v pokoji pacienta. Byl získán po osobní domluvě s pacientem. Respondent byl velmi milý a ochotný.

Osmý respondent je muž ve věku 54 let. Rozhovor byl po osobní domluvě uskutečněn v pokoji hospitalizovaného pacienta v Praze. Pacient je nekuřák, víkendový alkoholik. Pracuje jako úředník. Jako další onemocnění udává varixy a cholelithíazu. Občas pálení žáhy. Pacient jako sport udává, že jezdí každý den na kole do práce a chodí na procházky se psem. Informace byly sbírány 1 hodinu a čtvrt. Odpovídal upřímně a atmosféra byla uvolněná.

Devátý respondent je hospitalizován v nemocnici v Praze. Je to muž ve věku 66 let, kuřák, dříve příležitostný. Alkoholik. Nyní je v invalidním důchodu, dříve pracoval na stavbě. Jako další onemocnění uvádí onemocnění jater, hypertenzi, varixy, cholecystolithiázu. Žádný aktivní sport nevykonává, dříve hrával fotbal. Rozhovor po osobní domluvě trval 1 hodinu v příjemném posezení jídelny. Tento respondent byl plný negativních odpovědí a značně vysílený problémy, které ho doprovázejí.

Desátý respondent je žena ve věku 65 let, hospitalizována v pražské nemocnici (IKEM). Pracuje jako účetní a svou práci má velmi ráda. Je zvyklá pít pravidelně kávu a k tomu si zapálí cigaretu. Vykouří za den přibližně 4-6 cigaret. Příležitostně pije alkohol. Chodí ráda na procházky a pečuje o zahrádku, ráda cestuje. Rozhovor probíhal přibližně 1 hodinu v příjemném posezení venkovní kavárny.

4.2 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie:

Podkategorie:

1. Vnímání onemocnění

- A. První příznaky onemocnění*
- B. Nejhůře obtěžující příznak*
- C. Vnímání dopadu onemocnění na každodenní život*

2. Podpora v nemoci

- A. Podpora rodiny*
- B. Podpora zaměstnavatele*

3. Informovanost nemocných

- A. Kdo informace poskytoval*
- B. Jakou formou byly informace poskytovány*
- C. Rozsah informací*
- D. Srozumitelnost informací*

4. Hospitalizace – před výkonem

- A. Příjem na oddělení*
- B. Uspokojování potřeb pacientů*
- C. Pocity pacientů před výkonem*
- D. Očekávání od sester*
- E. Informovanost o možných komplikacích*

5. Hospitalizace – po výkonu

- A. Bolesti po výkonu*
- B. Ošetrovatelská péče*
- C. Pocity po výkonu*
- D. Uspokojování potřeb*
- E. Komunikace se sestrami*
- F. Nejhůře snesitelný stav*
- G. Informovanost o stavu po ukončení hospitalizace*

1. Vnímání onemocnění

A. Projevy onemocnění

Převážná většina respondentů jako první projevující se příznak uváděla únavu, která je obtěžovala již delší dobu před hospitalizací. „První potíže jsem zaznamenal někdy od roku 2004, nemohl jsem přidat do kroku, byl jsem velmi slabý.“ (R1) „První problémy nastaly před pár měsíci. Necítil jsem se dobře, začal slábnout.“ (R7) „Byl jsem unavenější, ale tomu jsem pozornost nevěnoval, někdy je období, kdy vám chybí nějaký ten vitamín a vy se tak cítíte.“ (R8) „Z počátku jsem je vnímala jako postupně se stupňující únavu, která je u mě velmi nezvyklá. Nejsem sice žádná mladice, za to neustále něco dělám a tím se udržuji v neustálé kondici. Po procházce jsem cítila, že mám unavené svaly na nohou i v jiných částech těla.“ (R10) „Cítím se stále více unavenější.“ (R6) Jedna z dotazovaných se kvůli příznakům v noci probouzela. „Tyto příznaky mě probouzely hlavně v noci, nemohla jsem pak spát.“ (R5)

Dále většina respondentů také uvedla bolesti na hrudi a pocit bušení srdce. „První příznak se projevil před 3-4 lety, kdy jsem pociťoval silné impulzy a tíhu na hrudi pouze v klidu.“ (R2) „Nejsem žádná hajsavka, ale měl jsem pocit, že se něco děje. Když jsem byl v klidu, snažil jsem se zaměřit na tlukot srdce a přišlo mi, že tluče v jiném rytmu.“ (R8) „Cítil jsem bušení srdce.“ (R1) „Měl jsem pocit přeskokování srdce v hrudi.“ (R7) „Pociťovala jsem i bušení na hrudi.“ (R5) Jeden respondent si přesně nepamatuje, kdy problémy začaly. „Bylo to už hodně dávno a já toho hodně vydržím, než abych hned chodil k doktorovi. Jednou večer jsem šel z hospody, cítil jsem na hrudníku větší bolesti než jindy, srdce mi bylo jako splašené.“ (R9) „V poslední době jsem měl problémy s kolenem a to se na mně hodně projevilo, ale začínalo mi bušení srdce, které nešlo přehlížet. Jako kdyby mi ťukalo až v krku.“ (R4)

Mezi příznaky tři z respondentů zařadili i dechové obtíže a točení hlavy. „Začínala se mi točit hlava a měla jsem žlutý před očima. Problémy trvaly vždy jen jeden den a poté na delší dobu jsem měla zase klid. Kvůli těmto příznakům jsem se probouzela i v noci.“ (R5) „Později se k tomu přidávalo občasné točení hlavy a dechové obtíže.“ (R10) „Měl jsem zrychlený tep a zadýchával jsem se.“ (R4)

Postupný nárůst příznaků začali respondenti brát na vědomí až po delší době, kdy neustále přetrvávaly. „*Příznaky se stále stupňovaly.*“ (R10) „*Problémy mi začaly z ničeho nic. Trvaly vždy jen jeden den a poté jsem měla na delší dobu zase klid.*“ (R5)

Tři respondenti příznaky zaměňovali za problémy s jiným onemocněním či se stresem. „*Z počátku jsem si myslela, že je to od páteře.*“ (R5) „*Práce mám někdy až nad hlavu a tak se často přetěžuju. Nabýval jsem dojmu, že je to z mé námahy a neustálého stresu.*“ (R4) „*Ale přikládala jsem problém k mému věku, tak nevím.*“ (R6)

Respondenti popisovali, jak situace s projevuujícími se příznaky vyústila až k hospitalizaci. Někteří respondenti navštívili svého obvodního doktora či doktorku a poté byli posláni do nemocnice. „*Živě si vybavuju den, kdy jsem čekala v čekárně u své obvodní doktorky a marně prosila každého, aby mě pustil a já nemusela čekat. Nakonec jsem si v čekárně počkala dvě hodiny, než na mě přišla řada. Pak šlo najednou vše jak po másle, už jsem nesměla nic dělat a ihned mě odvezla sanitka.*“ (R5) „*Když jsem přišla na kontrolu k mojí obvodní doktorce, tak mi natočila srdce a zaznamenala problém.*“ (R6) „*Po dlouhém váhání a strachu o sebe samého jsem nakonec navštívil svoji obvodní lékařku, která mě vyšetřila, natočila EKG a poslala do nemocnice. Zde po dalším vyšetření mi byly nasazeny nějaké prášky a problémy odezněly.*“ (R7) „*Doktorka mi natočila EKG, ale pro upřesnění mě ještě poslala do nemocnice. Zde mě vyšetřili, a dali takovou krabičku, kterou jsem musel nosit. Když jsem ji přišel vrátit, zjistili mi nepravidelnost srdce. Z počátku jsem jakékoliv výkony odmítal, měl jsem strach a bral jsem tedy jenom léky. Nyní jsem se konečně odhodlal a vzal si volno z práce.*“ (R8) Část dotazovaných přivezla k hospitalizaci až záchranná služba. „*Za pár dnů se problémy opět objevily, ale s viditelně větší intenzitou, kterou nešlo snést. Manželka mi zavolala záchranku a tak sem se ocitnul opět tady. Vyšetřili mě a doporučili podstoupit výkon, který mi mé problémy snad nadobro zničí a budu moct dělat to, co dřív.*“ (R7) „*Upadl jsem a víc si nepamatuji. Prý mě odvezla sanitka do nemocnice. Od té doby se se mnou vlečou samé problémy, lítám po nemocnicích.*“ (R9)

Někteří z dotazovaných nepocíťovali žádné příznaky a arytmie jim byly zjištěny pouze náhodně při jiném vyšetření. „*První problémy mi byly zjištěny vyšetřením v roce*

2007 po infarktu myokardu. Žádné příznaky jsem nepociťoval.“ (R3) „Já mám tolik nemocí, že ani nevím, co k čemu patří. Nezpozorovala jsem žádné výrazné změny.“ (R6)

B. Nejhůře obtěžující příznak

Jedna z respondentů nesla nejhůře projevující se únavu z důvodu zpomalení vykonávaných činností. „Trpěla jsem díky znatelné únavě. Jak říkám, nejsem na ní zvyklá, ve všem mě zpomalovala.“ (R10) Jiná respondentka byla s únavou smířena a jinak žádných obtěžujících příznaků si nebyla vědoma. „Mým nejspíše jediným příznakem byla ta únava. Tu jsem přijala bez problémů. Síly ubývají a tak to prostě vždycky bylo a bude.“ (R6)

Jedna z dotazovaných udávala největší potíže s točením hlavy a obávala se její nevhodné ataky. „Nejhůře snesitelné pro mě bylo točení hlavy. Začínalo z ničeho nic. Častokrát jsem se bála, kdy mě to zrovna přepadne.“ (R5)

Některé z příznaků byly stavěny na stejnou váhu a bylo těžké se rozhodnout, co bylo horší. „Je těžké říct, co bylo nejhorší. Štvalo mě, jak jsem neustále unavený a že musím hodně věcí omezit a na druhou stranu taky není příjemné, když znatelně cítíte bušení srdce. Člověk se bojí, znatelně zneklidní.“ (R1)

Jako nejčastější obtěžující příznak bylo uváděno bušení srdce. „Nesl jsem špatně to, že jsem cítil, že se něco děje, kvůli tomu přeskokování srdce. Hodně mě to znervózňovalo.“ (R7) „To bušení srdce. Mělo na mě velký vliv.“ (R4)

K dalším odpovědím patřila situace, kdy respondenti příznaky snášeli bez jakýchkoli větších problémů. „Ty příznaky jsem nebral na vědomí nijak zvlášť. Vzal jsem to dobře.“ (R8) „Pro mě to nemělo velkou váhu. Jsou i horší a bolestivější věci, které se mohou stát.“ (R9)

C. Vnímání dopadu onemocnění na každodenní život

Respondenti se nejvíce shodovali v tom, že byli donuceni změnit či omezit své záliby. „Musel jsem změnit své činnosti. Od roku 2005 mi pak začaly problémy s neprůchodností aortální chlopně. Neměl jsem na vybranou. Ale zvyknul jsem si, zajímám se prakticky o vše, například hodně čtu, sbírám známky a stavím lodě.“ (R1)

„Změnu jsem pocítil především ve sportu. Musel jsem se více šetřit a na jeden čas úplně přestat.“ (R2) „Omezení začalo tím, že mi začaly problémy s kolenem. Už tím jsem znatelně trpěl, jsem zvyklý na neustálé chození, jít si vsadit, na pivo, jet na fotbal, sekat zahradu. Mám neustálé povinnosti, které se beze mě neobejdou. Do toho se přidaly tyto příznaky a já už svůj normální den nezvládám.“ (R4) „Ovlivňovalo to především moje koníčky. Hraju závodně kuželky. Často jsem se modlila, aby mě problémy nedostihly, když se jede na důležitý zápas. Po výkonu mi byl doporučen klid a my měli jet na mistrovství. Ještě teď si pamatuji, jak jsem přemlouvala pana doktora, abych si alespoň jednou mohla šáhnout na kuželku.“ (R5) „Z mého povídání musíte přeci vyčíst, jak je pro mě důležitá aktivita a pohyb. Je to pro mě víc než hrozné.“ (R10)

Zásadní vliv onemocnění mělo i na práci respondentů. Někteří měli strach, že o práci přijdou, jiní byli donuceni práci opustit, další z práce ubrat. „Nemohl jsem už nadále chodit do práce. Nejdříve infarkt a potom tohle. Neustále chodíte k doktorům na samé kontroly a jen čekáte, kdy nastane opět nějaký problém. Berete prášky, jdete na jeden výkon, čekáte, zda-li se podařil, pak jdete na druhý. Je to jak na kolotoči, jak do toho jednou skočíte, už nevyjdete zpět.“ (R3) „Když se onemocnění začalo projevovat, byl jsem donucen zvolnit pracovní tempo.“ (R8) „Kvůli zdravotním problémům jsem musel opustit své zaměstnání. Tu práci jsem miloval a bral zároveň jako svůj koníček.“ (R1) „Dopad to mělo i na moji práci, byl jsem dlouho nemocný a bál jsem se o místo.“ (R2) „Čekal jsem, že si odbudu koleno a vrátím se zpátky do práce. Ted nevím, co jak bude.“ (R4)

Za překážku a omezení v běžných denních aktivitách dva z respondentů považovali hospitalizaci. „Dokud jsem se neocitla v nemocnici, nijak to nenarušovalo moje každodenní plány, které se konaly předtím. Jak vše dopadne nyní, je v rukou boží.“ (R6) V odpovědi respondenta byly zaznamenány i problémy v neustálých kontrolách u lékaře. „Jak Vám říkám, jsou to samé problémy. Pořád někde doslova lítám po nemocnicích, každý doktor mi říká něco jiného, mění se mi prášky. Neustále se jim nevede to udělat pořádně. Člověk nemá vůbec klid.“ (R9)

2. Podpora v nemoci

A. Podpora rodiny

Největší část dotazovaných připisuje podporu v onemocnění svému partnerovi. „Mou největší podporou je má manželka a mladší syn. Manželka se zaměřuje na to, abych bral léky a syn především na činnosti, abych se nezatěžoval.“ (R1)

Část respondentů podstoupila výkon na naléhání rodiny, především partnera. „Po celou dobu nemoci mě podporuje manželka, podle její rady jsem šel na tento třetí výkon.“ (R2) „Vlastně jen kvůli manželce a tomu, že jsem to slíbil panu doktorovi, jsem tu. Já sám bych se na to už vykašlal.“ (R3)

Tři z respondentů dokonce udávají stejnou psychickou podporu od každého z jejich rodiny a blízkých přátel. „O podporu nemám nouzi. Jsme početná rodina a v případě nějakého problému vždy držíme při sobě. Navštěvujeme se, telefonujeme spolu, jíme všichni společně. Myslím, že v nich je moje síla, společně vše zvládneme.“ (R7) „Podporovala mě převážně rodina a přátelé. Po celou dobu, co tu ležím, mám neustálé návštěvy a telefonáty. Jsem za to rád, až když se vám opravdu něco stane, tak vidíte, komu stojíte za to, aby si na vás vzpomněl.“ (R8) „Podporuje mě rodina a má manželka přichází pravidelně na návštěvy. Proto na rozhovor chvátám, až přijdou, budeme muset rozhovor ukončit.“ (R3)

Rodina pro respondenty neznamena jenom psychickou podporu. „Dcera se zetěm mě odváží na kontroly, a když nejsem doma, tak zalévají kytky a starají se o mou kočku. Když přijdou s vnoučaty, tak je to ještě lepší, vždy mě správně rozptýlí a navnadí ta mladá krev.“ (R6)

B. Podpora zaměstnavatele

Většina dotazovaných se shodla, že podpora zaměstnavatele je velmi nízká. Jednomu z dotazovaných se prodloužila doba nemoci a výkon se snažil oddálit. „Z počátku jsem viděl věci růžově. Pan doktor mi řekl, že hospitalizace bude jen na pár dní a budu se rychle zotavovat, když bude průběh bez komplikací. Takto jsem to oznámil i v práci. Po 14 dnech bez příznaků začalo vše nanovo, v práci začali být netrpěliví, že budou muset shánět náhradu. Z tohoto důvodu jsem musel problém vyřešit jinak než

dalším výkonem. Po roce jsem absolvoval druhou a zaměstnavatele na to tentokrát připravil. Další katérovou ablaci jsem neustále odmítal, opět kvůli nastávajícím problémům v práci. Teď jsem si konečně vzal dovolenou a doufám, že naposledy.“ (R2)

Prodloužená neschopnost ovlivnila pohled dalšího respondenta na zaměstnavatele. „Měl jsem vše dopředu naplánované, co a jak bude. Se zaměstnavatelem problémy nikdy nebyly. Chodil jsem do práce včas, dělal přesčasy a kolikrát dělal i za jiné pracovníky. Potíže, které jsem odkládal a myslel spíše na ostatní, mě dostihly. Tentokrát bylo třeba řešit vše a za sebou. Už o zaměstnavateli nemám dobrý úsudek.“ (R4)

Neshody se zaměstnavatelem, prodlužující neschopenky a narůstání zdravotních problémů vedlo u respondentů ke ztrátě zaměstnání. „Problémy jen narůstaly, prodělaný infarkt a zavádění stentů, nemohl jsem spát, bušilo mi srdce, neúspěšný výkon katérové ablace, Holter, kardiostimulátor a teď znovu podstoupení výkonu. Jsem rád, že jsem v invalidním důchodu, odešel jsem z práce v dobrém a kolegové mě v tom podporovali.“ (R3)

„Změnilo se vedení a v práci jsem byl pomalejší dle zaměstnavatele. Začal jsem marodit a pokaždé delší dobu. Bylo mi jasné, že někdy odejít musím, ale já tu práci dělal rád, doufal jsem, že tam ještě nějaký čas zůstanu.“ (R1)

Respondenty značně rozrušovala možnost, že svoji práci mohou ztratit. „V práci jsem kvůli jiné zaměstnankyni málem musela odejít. Nechci o tom mluvit, naštěstí vše dopadlo v pořádku.“ (R5)

„Bál jsem se, že přijdu o místo. V dnešní době bych práci těžko hledal a také nejsem nejmladší.“ (R2)

Jeden z respondentů je s bývalým zaměstnavatelem spokojen. „Neměl jsem problémy, na stavbu se vždycky sehnal nějaký brigádník, který to za mě vzal, když jsem nemohl. Nemohu si stěžovat.“ (R9)

Od jedné dotazované bylo zjištěno, že v minulosti kvůli zdravotním problémům byla nucena zaměstnání opustit. „V mojí první práci by se určitě podporou nezabývali. Bud' chodím do práce a odvádím ji kvalitně, nebo vyhazov. Právě kvůli jiným zdravotním problémům jsem tenkrát byla nucena odtud odejít. V současnosti si nemám nač stěžovat. Je pravda, že jsem měla štěstí, na výkon jsem šla v tu nejlepší možnou dobu, přesto si myslím, že by nebyl problém.“ (R10)

3. Informovanost nemocných

A. Kdo informace poskytoval

Všichni respondenti se shodli na situaci, kdy informace ve velkém množství podával lékař. „*Postupně při vyšetřeních jsem dostával informace od lékaře.*“ (R1) „*Jsem dostatečně informován, na lékaře si nemohu stěžovat.*“ (R3) „*Nejvíce informací o průběhu jsem dostala od svého kardiologa, další informace mi poskytla obvodní lékařka a lékaři v hospitalizaci.*“ (R5) „*Informace jsem měla hlavně od lékaře. Zeptala jsem se na vše, co jsem potřebovala.*“ (R10)

Většina respondentů udává, že informace dostali i od sester. Uvedli, že však od sester byli ústně informováni především během hospitalizace. Při ambulantním vyšetření jim informace předával především lékař. „*Od sester byly rady zaměřovány především na péči.*“ (R10) „*Sestry měly se mnou velkou trpělivost, hodně věcí jsem zapomínala.*“ (R6)

Zprostředkovávání informací podotknul v odpovědi jeden z respondentů. „*Jen bych podotknul fakt, kdyby byla možnost vytvořit podmínky pro to, co pacient chce. Například, aby sestra vyřídila lékaři jeho dotaz a ten si s ním následně pohovořil, než aby jeho dotaz ihned zamítla.*“ (R3)

Dva z respondentů se zaměřovali na internetové zdroje a na zdroje v tištěné formě, aby si doplnili a upřesnili informace. „*Mám rád přehled a sem zvyklý pokud něco užívám a teď mluvím o spotřebiči, jídle či lécích si vše o tom přečíst. Čtu příbalové letáky a pozorně přečtu i papíry, které mi tu dají k podpisu. Proto jsem začal číst i časopisy a občas nějakou knihu o onemocnění srdce pro laiky, abych věděl více.*“ (R2) „*I přes informace od lékaře jsem si hledal ještě zbytek na internetu. Chtěl jsem vědět co nejvíce o své nemoci a problémech.*“ (R1)

Jeden z dotazovaných věnoval pozornost i radám lidí, kteří tento výkon podstoupili na vlastní kůži. „*Vzácné rady mi poskytl pán ležící se mnou na pokoji. Katérovou ablaci právě prodělal, tak jsem to velmi ocenil. Je to zase něco jiného než od doktora.*“ (R7)

B. Jakou formou byly informace poskytovány

Všichni respondenti uvedli, že poskytované informace byly převážně ústní formou. „*Informace byly řečeny slovně od pana doktora. Byl to příjemný rozhovor.*“ (R3)
„*Informace jsem dostala ústně.*“ (R5)

Byla využita i zpětná vazba pro zjištění, zda respondent vše řádně pochopil. „*Pan doktor se mě zpětně ptal, zda-li všemu rozumím a doopravdy mě nacytal. Oceňuji to, určitě to nebere na lehkou váhu.*“ (R5)

Podávání informací bylo i v tištěné formě. „*Dostal jsem k podpisu papíry, které jsem si měl přečíst. Byl to souhlas k výkonu a tam byly i další pokyny, dozvěděl jsem se zase o kousek víc.*“ (R2)

Ani jeden z dotazovaných nepotvrdil, že by mu byla podávána informační brožura. V téhle části se jejich názory lišily, některý byl pro a považoval za velmi užitečné, jinému respondentovi stačily informace poskytnuté ústně. „*Rozhodně bych uvítal brožuru. Bylo by to vhodné a užitečné, věděl bych alespoň více a mohl bych se psychicky připravit na situaci, která nastane, pokud by byla vhodně zpracována.*“ (R1)
„*Kdyby nějaká byla, rozhodně bych si jí přečetl.*“ (R4) „*Myslím si, že každá informace navíc je dobrá. Měla bych aspoň čas si to přečíst v klidu.*“ (R10) Dva respondenti považovali brožury za zbytečné, údaje by jim neposkytly žádné nové a přínosné informace. „*Brožura? Stejně se tam říkají věci, který vám tu všechny řeknou. Tak na co je potřeba další papír, už je jich tady dost.*“ (R9) „*Ne já si myslím, že je nepodstatná. Dostávám informace od svého příchodu po celou dobu, co tu ležím a vždy slovně. Už také špatně vidím a beztak bych tomu nerozuměla. Tak to vidím já, mladší by jí třeba ocenili, kdo ví. Já sem spokojená s tím, jak to je.*“ (R6)

C. Rozsah informací a jejich srozumitelnost

Část respondentů uváděla velký přísun informací, kdy jejich konečný výsledek je nulový. „*Pamatuji si první rozhovor na toto téma, když mi bylo zjištěno, co mi je. Odcházela jsem s vyčištěnou hlavou, to mi věřte. Uvázlo mi v paměti jedině to, že mám něco se srdcem a musím do nemocnice. Tady v nemocnici mi vše musí připomínat, ale*

oceňuji jejich snahu, jak jsem vám povídala.“ (R6) „Každý řekne něco trochu jiného, jinou radu či zkušenost. To si z toho vyberte. Nevím, přijde mi, že nejsou sehraný jako tým, že si nesednou a o zkušenostech nemluví. Nejspíš na to nemají čas.“ (R10) Jednomu respondentovi k lepšímu pochopení získaných informací pomohla partnerka. *„Ze začátku jsem netušil, která bije. Padaly na mě informace ze všech stran. K tomu informace od doktorů kvůli kolenu a mně se pletlo vše dohromady. Kdy mám jít k jakému lékaři, co na co brát. Byl jsem zoufalý. Ještě, že mám tak chytrou manželku. Se vším mi pomohla, díky ní se teď orientuji.“ (R4)*

Respondenti upozorňovali i na množství rozdílných informací a skutečnost, že zdravotníci před nimi používají neznámá slova. *„Každý mi řekl něco jiného a já z toho měl pěkný guláš. Nejspíš je to tím, že je pro mě všechno nové, já nikdy moc netíhnul k doktorům. Když sestra řekla slovo kanyla, nevěděl jsem, o čem je řeč.“ (R7) „Některé sestry a doktoři mluví zcela jasně, ale jiným třeba nerozumím. Na mě se musí hold jednoduše.“ (R6)*

Jeden z respondentů chtěl, aby mu byly poskytnuty pouze základní informace, což mu snižovalo strach z nastávající situace. *„Sestry se mnou podepisovaly pořád nějaké papíry a snažily se vysvětlit, co se bude další den provádět. Poprosil jsem jen o pár základních informací, co mám dělat já, nechtěl jsem vědět, co všechno se stane. Je lepší vědět méně než více. Člověk se pak méně bojí. Doktora jsem na to upozorňovat nemusel, myslím, že vycítil můj postoj.“ (R8)*

Informace byly pro některé dostačující. Jejich odpovědi byly jednoduché. *„Nyní jsem dokonale informován. Čemu jsem dříve nerozuměl, to jsem si našel na internetu. Také sem nepřicházím poprvé, takže nemám sebemenší problém.“ (R1) „Jsem informován a všemu jsem rozuměl.“ (R2) „Mám se všemi tady v nemocnici výborné zkušenosti. Mě nic nechybí.“ (R3) „Mám informací až dost, nejsem tu poprvé.“ (R9) „Základní informace jsem samozřejmě měl od všech a dostatečně.“ (R8)*

4. Hospitalizace – před výkonem

A. Příjem na oddělení

Příjem na oddělení byl pro čtyři z respondentů prodloužen neustálým čekáním, které jejich nervozitu a strach stupňovalo. Jiný z respondentů naopak uvedl, že příjem i chod oddělení je velmi rychlý. Jednomu z dotazovaných se nelíbilo uvítání a styl komunikace sester při příchodu na oddělení. „*Na pokoj mě uvedly stylem: Převlečte se a lehněte si na postel.*“ (R2) Dva z respondentů přitom udávali, že se nevyznají na oddělení. „*Všechny ostatní věci na oddělení jsem si našel sám.*“ (R2) „*Seznámil jsem se se spolupacientem a prošel si oddělení, kde co je. Také jsem párkrát zabloudil.*“ (R7)

U všech respondentů bylo prováděno vyšetření před výkonem. Nejčastěji je udáváno vyšetření CT, ECHO a odběry krve. „*Před výkonem jsem byl na vyšetření. Dělal mi sono, echo a sestry odebíraly odběry.*“ (R2) „*Udělali mi EKG a Holter. Šel jsem na CT a ještě na vyšetření přes jícen. Průběh je rychlý.*“ (R1) „*Potom jsem hned šel na CT a pak hned na ECHO jícnu.*“ (R4) „*Poté následovalo vyšetření jícnové ECHO a CT, kam mě doprovázel sanitář, nebo jak mu tady říkají. Jícnové ECHO je příšerné a nepříjemné vyšetření, ale byla tam hodná paní doktorka a sestřička.*“ (R7) „*Dále mi natáčeli EKG, šel jsem na ECHO, vyšetřil mě doktor a byl jsem na CT.*“ (R9) Dva z dotazovaných jícnové ECHO podstupovali poprvé a jejich odpovědi jsou zřetelně odlišné vzhledem k tomu, že první respondent byl od sester předem informovaný. „*Pak jsem musel podstoupit jícnové ECHO, nikdy jsem na tom nebyl, ani nevím, proč bylo k výkonu důležité, ale sestry byly ochotné a vysvětlily postup a co ode mě očekávají.*“ (R8) „*Pak přišla zase sestra, že musím na vyšetření, že se mnou půjde sanitář. Ten mě odvedl na CT a tam jsem potom asi půl hodiny zase čekala, pak jsem šla na to jícnové ECHO, které jsem nevěděla, jak bude probíhat. Nakonec, netrvalo to tak dlouho, ale bylo hodně nepříjemný. Myslela jsem, že se takto vyšetřuje jenom břicho. Po vyšetření mě zase sanitář dovedl na oddělení.*“ (R10)

Dále čtyři respondenti uváděli konzultaci s lékařem a podepisování informovaných souhlasů. „*Dělali mi vyšetření, odebírali krev, byla jsem u pana doktora a dělali se mnou papíry.*“ (R5) „*Pan doktor se ptal na různé informace o rodině, onemocnění,*

práci, kouření, na alkohol, něco jako vy, jen podrobněji.“ (R1) *„Sestra mi přišla dát podepsat několik papírů a já nemohla najít brýle v tom spěchu, ale nakonec jsme to zvládli.*“ (R6) *„Podepisovali se mnou pořád nějaké papíry a snažili se vysvětlit, co se bude další den provádět.*“ (R8)

Respondenti také zmiňovali vyholení třísla i hrudníku a celkovou hygienu. *„Také jsem si musel vyholit třísla, sestra to šla pak zkontrolovat.*“ (R3) *„Pak mě prý přijdou oholit, a tak čekám, kdy někdo přijde.*“ (R4) *„Vysprchoval jsem se a mezitím přišla sestra a pomohla mi s holením. Vyholila mi třísla a hrudník na zítřejší výkon.*“ (R7) *„Večer vás naženou do sprchy a oholí.*“ (R9) *„Zase přišla sestra na pokoj a oholila mi třísla na zítra.*“ (R10)

V předoperační přípravě respondenti popisují lačnění. *„Ráno jsem přišel na lačno na oddělení se mě hned ujaly sestry. Řekli, že teď ještě nesmím nic jíst a pít, tak já nejím a nepiju.*“ (R4) *„Sestra mi zakázala jíst a pít, že je to důležité pro vyšetření. Ani jsem nevěděla, co je to za vyšetření a tak jsem ji poprosila, zda mi může říct, o co jde. Byla ochotná a všechno mi popsala. A teď jsem se konečně mohla napít a najíst po vyšetření.*“ (R6) *„Po návratu z vyšetření jsem ještě dvě hodiny nesměl nic jíst a pít.*“ (R7) *„Skoro celý den předtím nejíte, jak běháte na samá vyšetření.*“ (R9) Lačnění nebylo pro respondenty nejpohodlnější, jak udává jeden z nich. *„Byl jsem upozorněn, kdy nesmím jíst a pít, tak z toho sem měl také obavy, já jím skoro pořád.*“ (R8) Po dlouhé době lačnění jedna z respondentů netrpělivě vyčkávala jídlo i pití. *„Sestra po nějaké době konečně přinesla jídlo a pití.*“ (R10)

Pro respondenty byl celý den značně namáhavý a cítili se unavení. *„Jsem z toho všeho dneska unavená.*“ (R6) *„Je to velmi náročný den.*“ (R9) *„Po jídle jsem měla sto chutí si lehnout.*“ (R10)

B. Uspokojování potřeb pacientů

Někteří z respondentů si stěžovali na pocit žízně a hladu, který je doprovázel celý den, v důsledku vyšetření. *„Jediné, co mi dnes docela vadilo, je, že jsem měl hlad a velkou žízeň, je poměrně velké horko a já se poprvé napil až kolem třetí hodiny odpoledne. Já vím, že je to kvůli tomu všemu vyšetření, a proto jsem to musel vydržet.*

Jinak nemám žádné nedostatky, nic mi nechybí.“ (R4) Dva z respondentů měli především hlad než žízeň. *„Měla jsem velký hlad. Od včera od poledne jsem nic nejedla, když mi řekli, že mám přijít nalačno, tak jsem se bála něco jíst. Až dnes po vyšetřeních jsem jedla první jídlo v půl čtvrté odpoledne. Jinak žádnou potřebu nemám.*“ (R10) *„Jsem zvyklá pravidelně jíst, tak to můj režim vyvedlo z rovnováhy. Pít zvyklá nejsem, žízeň nemám, ale říkají mi pořád, ať piju víc.*“ (R6) Naopak jiný z respondentů udával více potřebu se napít. *„Od rána jsem nic nepil a teď ještě po jícnovém ECHU nesmím dvě hodiny nic pít a jíst. Já to vydržím, ale je to docela nepříjemné.*“ (R3) Jeden respondent v nedostatku jídla a pití problém neviděl, za to měl potíže v jiné oblasti. *„Jídlo a pití mi nevadí, že jsem celý den neměl, já vydržím nejíst dva dny.*“ (R7)

Objevovala se i porucha spánku a únava po vyšetření. *„Dneska v noci jsem se moc dobře nevyspal, byla dost velká bouřka a já nemohl pak usnout. Tak uvidím večer, jak budu spát, myslím, že první noc v nemocnici zase budu koukat do stropu.*“ (R3) *„Mám i problém se spaním, jakmile se něco šustne, už jsem vzhůru. Na pokoji nejsem sama, tak si to určitě dovedete představit.*“ (R6) *„A teď už se cítím docela unavený a pobolívá mě hlava, jsme v novém prostředí a ty vyšetření. Tak snad v noci si odpočinu, ale to zase bude nová postel a prostředí nemocnice, uvidím. Musí to být, jinak to asi nejde, tak to nějak zvládnou.*“ (R7)

Jeden z respondentů zaměřoval svou pozornost na absenci. *„Navíc jsem dneska ještě neměl ani jednu cigaretu a to mi taky chybí. Doktoři mi to zakazují, ale co mám dělat?“* (R3)

V oblasti uspokojování potřeb byla podotknuta i potřeba vyprazdňování. *„Jediné, co mi vadilo, že když jsem ráno čekal na pokoj, potřeboval jsem na malou a nevěděl jsem, kde jsou tady záchody a nechtěl jsem otravovat sestry. A na pokoj jsem čekal půl hodiny a to je dost, když potřebujete na záchod.*“ (R7)

Pár dotazovaných žádný problém v oblasti potřeb neudával. *„Nic mi nevadilo ani nechybělo.*“ (R5) *„Člověk musí něco vydržet. Ne, že by mi to nevadilo, ale zvykl jsem si. Doma se opět najím a napiju, jak se mi zlíbí,*“ odpověděl na otázku uspokojování potřeb. (R2)

C. Pocity pacientů před výkonem

Část respondentů na výkonu katérové ablace nebylo poprvé, proto se jejich prožívání značně lišilo od ostatních i přístupem. Dotazovaní byli s přístupem k výkonu celkem smířeni. *„Problémy mám už dlouhodobě, takže při zjištění, že musím podstoupit další zákrok, jsem samozřejmě nebyl nadšen, ale smířen.“* (R1) Další respondent pocítoval strach, ale postupem času se s touto situací také smířil. *„Když jsem zjistil, že musím katérovou ablaci podstoupit, tak jsem ji odmítl. Báł jsem se a nepovažoval to za důležité. Za tu dobu, co mi to bylo neustále předhazováno, jsem se s tím prostě smířil a nakonec i já to považoval za dobrý nápad.“* (R8)

Při zmínce o podstoupení výkonu se projevilo podráždění a odmítání výkonu. Jeden z respondentů poukazoval na neustálou recidivu. *„Po první katérové ablaci jsem byl 14 dní bez příznaků, pak jsem začal mít opět komplikace. Bylo zjištěno, že se vypálil pouze jeden typ arytmie a že výkon musím podstoupit znova. Druhou ablaci jsem podstoupil za rok poté. Další katérovou ablaci jsem už odmítl, můj stav se uklidnil. Bohužel, to netrvalo dlouho a byl jsem nucen jít na třetí katérovou ablaci dne 13.3.2013. Doufám, že už budu mít od všeho svatý klid.“* (R2) Při značném podráždění pak jeden respondent projevoval názor, že hospitalizaci s tímto problémem považuje za poslední. *„Byl jsem naštvaný. Zase se to nepovedlo. Jestli to nevyjde ani tentokrát, další už odmítnu.“* (R9) Další respondent neměl problémy s důvěrou a ani nepochyboval o šikovnosti zdravotnického personálu, přesto výkon podstoupit také nechtěl. *„Nepravidelnosti srdce neustále přetrvávaly i přes prodělání výkonu po druhé. Byl mi naplánován další výkon, který jsem už odmítl. Celé dva měsíce jsem neměl žádné problémy, ale opět jsem v nemocnici, slíbil jsem, že to opět podstoupím. Před výkonem jsem strach neměl, věděl jsem, co mě čeká a zdejšími doktorům i sestram plně důvěřuji, mám s nimi výborné zkušenosti.“* (R3)

Dva z respondentů uváděli, že po výkonu budou mít i méně starostí. *„I ty prášky pořád brát mě nakonec štválo. Pořád si to hlídat.“* (R8) *„Když to podstoupím, budu brát méně prášků, říkal pan doktor.“* (R5)

Typickou a očekávanou reakcí byl strach. Strach pramenil z více skutečností, ze ztráty zaměstnání, rodiny a samozřejmě strach o sebe samého. „Když jsem zjistil, že musím katéetrovou ablaci podstoupit, měl jsem strach. Báł jsem se, jak to dopadne, co všechno budou dělat a všeho neznámého, co mě čeká. Kdo by se taky nebál, ale moje potíže si vyžádaly zásah.“ (R7) „Moc toho nevím, ale to dojde asi každému, že to zítra nebude žádný banální zákrok. U každé operace může nastat komplikace, nic není 100% zaručeno. Jen když si představím, že přes třísla se dostanou až k srdci, vždyť to je dálka a určitě náročná práce. Jo, bojím se, mám strach a nevím, jak to mám zastavit. Úplně se mi třesou ruce a cítím zvláštní napětí a snad i ta hlava mě kvůli tomu bolí. Na druhou stranu se uklidňuji tím, že to budou dělat odborníci a už něco mají za sebou. Ne, ale stejně mám strach, opravdu. Mám strach nejen sám o sebe, ale i o to, že kdyby se léčba nějak protáhla a já dlouho marodil, tak bych možná ztratil i práci a kdo by pak živil rodinu, do důchodu mi ještě taky nějaký ten rok chybí.“ (R4) „Bojím se, jak jinak. Je mi přece už 75 let. V tomhle věku je ohrožením jen další nemoc k ostatním, natož operace. Třeba pak budu už jiná než před operací, už se z toho nevyhrabu a půjde to se mnou s kopce. Nedokázala bych si představit, že už neuvidím svá vnoučata.“ (R6) „Přirozeně mám strach.“ (R10)

Jedna z respondentů se nastávající situace nebála a plně důvěřovala zdravotnickému personálu. „Nemám důvod se strachovat. Proč bych měla? Přece se svěřuji do rukou profesionálů.“ (R5)

D. Očekávání od sester

Respondenti projevili hned několik názorů. Několik respondentů ve své odpovědi mimo jiné přikládali důraz pomoci. „Od sester a od všech ostatních zdravotních pracovníků očekávám slušnost a férové jednání. Zároveň doufám, že budou pomáhat.“ (R4) „Sestry by měly mít větší ochotu, komunikativnost a pomáhat ostatním.“ (R10) „Očekávám, že mi vždy řeknou, co kdy a jak má dělat, a dokážou mi pomoci a být na blízku, když budu pomoc potřebovat.“ (R6)

Dva z respondentů se shodli na tom, že od sester očekávají schopnost komunikovat a najít si čas na pacienta. „Od sester očekávám, aby si našly víc času na pacienta,

respektovaly jeho názor, přivolaly lékaře, když si ho pacient žádá a lépe komunikovali.“ (R9) „Nejspíš si představuji milou, příjemnou sestřičku, s kterou si budu schopen popovídat, poté nevidím problém.“ (R2)

Respondenti se zmiňovali i o tom, že ve vlastnostech sestry nesmí chybět nasazení a chuť do práce, úsměv či schopnost vcítit se do problémů druhých. *„Nejvíce oceňuji u sester empatii. Myslím, že tím u pacienta zabodují a péče vezme nový směr.“ (R1) „Od sester, a to nejenom zde na oddělení, ale celkově, očekávám taktnost, dobrou spolupráci, a aby dělaly práci s láskou.“ (R7) „Nic mi nevylepší náladu jako to, když o mě pečuje laskavá usmívající sestra. Mračení, a k tomu v nemocnici, ve mně vzbuzuje akorát pocit stísněnosti.“ (R3)*

Dva z dotazovaných neměli k sestřím žádné výhrady. *„Žádné výhrady k nim nemám, takový personál jako tady by měl být všude.“ (R8) „To, co od sester očekávám, zatím tak skutečně je. Splňují mé očekávání.“ (R5)*

E. Informovanost o možných komplikacích

Často bylo u respondentů jmenováno krvácení, zmínka byla i o recidivě. *„Na výkonu nejsem poprvé, proto moc dobře vím, že se příznaky mohou znovu objevit, nebo se nespálí všechno. Může to také krváčet. Po výkonu mi i prosákl obvaz a už i předtím mi sestry neustále dávaly pozor na nohu.“ (R1)*

Kromě krvácení, které si většina z dotazovaných pamatovala, kvůli vlastnímu zapojení a neustálé kontroly od sester se dva respondenti zastavili u nesnáze se zatvrdnutím v místě vpichu, které pak postupně vymizelo. *„U komplikací vím o krvácení, měl jsem si to i sám hlídat. Předtím po operaci se mi zdálo to místo v tříse tvrdší, ale to pak ustoupilo a doktor říkal, že to nic není. Ale jinak nevím nic.“ (R9)* Informace o komplikacích jedna z respondentů získala v podobě rozhovoru s pacientkou ležící na stejném pokoji. *„Druhá paní po zákroku povídala o zatvrdnutí hluboko pod místem, kde jí hadičky zaváděli v tříse. Dále sestry chodily každou chvíli kontrolovat krvácení a paní z pokoje, co povídala, jinak si nic nepamatuji.“ (R5)* Jedna z dotazovaných ke krvácení přidala i další znalosti o infekci, hematomu a bolesti po výkonu. *„Jsem informovaná, jen nevím, jestli vám narychlo povím vše. Upozorňoval mě*

na ně lékař a něco na ten způsob jsem i podepisovala. Může dojít k zanesení infekce, ale to je prý málo pravděpodobné. Dochází ke krvácení a tím i k modřině, bolestem a operace se nemusí povést napoprvé.“ (R10)

Informace byly získávány i z informovaného souhlasu. *„Vím, jaké mohou nastat komplikace, můžou to být embolie, krvácení a pacient může zemřít. Četl jsem to v informovaném souhlasu, který jsem podepisoval. Vždy si věci radši přečtu před podpisem.“ (R2)*

Jeden respondent na otázku, jestli zná nějaké komplikace, odpovídá stylem: *„Stát se může cokoliv.“ (R3)*

Další respondent dokonce uvádí, že zapomněl, jaké komplikace katérové ablace jsou. Z vlastní zkušenosti nakonec uvádí krvácení. *„O komplikacích jsem určitě něco četl při podepisování papírů. Doktor mi je také určitě říkal. Já si jen pamatuji, že po operaci pořád sestry povídaly o krvácení, měl jsem i sám kontrolovat prosáknutí obvazu. Pak už jsem jen od nich slyšel, že je to pěkné.“ (R7)* I další dva z dotazovaných ve svých odpovědích uvádí krvácení.

„Pani ležící vedle mě měla velikou modřinu.“ (R5) Jeden z respondentů jmenoval mimo jiné jako komplikaci otok končetiny. *„Komplikace, která mohla nastat, bylo krvácení, modřina, otok končetiny. Nevím, jestli to patřilo ke komplikacím, ale také mi bylo řečeno, že se výkon nemusí povést a arytmie zůstanou.“ (R8)*

V rozhovoru byly vyslyšeny i jiné, nerozvedené odpovědi. *„Komplikace? Jo, vím o nich. Jsem informovaná.“ (R6)* *„Bohužel, teď si na nic nemohu vzpomenout.“ (R4)*

5. Hospitalizace – po výkonu

A. Bolesti po výkonu

Po výkonu respondenti hodnotili, co je bolelo, jakým způsobem se bolest projevovala a jak by ji oznámkovali na stupnici od 0 do 10. Jeden respondent si stěžoval na bolest na hrudi a v místě vpichu. *„Bolest jsem pociťoval po operaci na hrudi a*

v místě vpichu, záda mě nebolela. Operaci jsem podstoupil v celkové anestezii, proto nemám takové problémy, jako když jsem tu byl minule.“ (R1)

Většina respondentů se shodla na bolesti zad, související s tím, že se nemohli pohybovat. *„Ted' je to trochu lepší, ale v noci mě strašně bolelo v kříži, já nejsem zvyklý ležet na zádech a opravdu bolest v kříži je hrozná. Musel jsem poprosit i sestřičku, jestli by mi mohla dát něco na bolest. Ta mi hned ochotně píchla injekci. Tak to přestalo, ale ted' už to opět začínám pociťovat, ale snad už mě odpojí a já se budu moci projít.“ (R8)*
„Nejvíce jsem trpěl na záda, když jsem nemohl vstát či jakkoli změnit polohu.“ (R2)
„Ted' už mě nic nebolí a je to dobrý, ale mám problémy se zády a ležet na jednom místě, to je pro mě jak za trest.“ (R4) Jedna respondentka trpěla i na bolesti hlavy. *„Po výkonu mě trápily bolesti zad z toho neustálého ležení a trpím na ty bolesti hlavy, takže i ty na sebe nenechaly čekat.“ (R5)*

Bolest se projevovala nejenom lokálně, ale měla dopad i celkově na tělo. Dva respondenti pociťovali bolesti celého těla. *„Bolesti? No, jéje! To víte, že mám. Na sále to bylo hodně nepříjemné, jak to do vás všechno strkají a nemohla jsem se hýbat tam, ani tady. Bolí mě záda a nohy z toho obvazu, za krkem a tady vám píchají pořád něco, zkrátka všechno. Ale snaží se tu a ptají se, jak se cítím. Co byste chtěli, také v tomhle věku, je to mizérie.“ (R6)* *„Bolest jsem samozřejmě po výkonu pociťoval. Bolel mě celý člověk.“ (R2)* Respondenti v této souvislosti popisovali také ztuhlost a rozlámanost. *„Bolesti jsem měl. Bolelo mě tříselo a byl jsem celý ztuhlý, jak sem se nemohl ani hnout, ale dalo se to vydržet.“ (R9)* *„Ted' mě nic nebolí, spíš jsem rozlámaný z toho neustálého ležení.“ (R7)*

Dva dotazovaní zaznamenali bolest způsobenou obvazem a při odstraňování náplastí. *„Po výkonu, když jsem dodržoval přísný klid na lůžku, jsem už necítil žádnou bolest, kromě té náplasti, strhnula mi všechny chlupy.“ (R7)* *„Ale co mě bolelo a hodně nepříjemný pro mě bylo, to zavázání třísel. To, co mi vykouzily sestry za obvaz ve formě trenýrek. Bylo mi v tom horko a ještě mě to škrtilo. Navíc sundání obvazu bylo pro mě jak absolvování depilace, vážně obdivuju ženy.“ (R4)*

Typ bolesti byl u respondenta ovlivňován místem vzniku. Dvě respondentky vnímaly pocit mravenčení, jedna v srdci a druhá na dolních končetinách přicházející

především z boku. „Během výkonu to bylo pro mě nepříjemné, cítila jsem takové „mravenčení“ v srdci.“ (R10) „Nepříjemné byly i ty boxerky z obvazu, pociťovala jsem, jako kdyby mnou procházelo mravenčení.“ (R5) Další dva respondenti udávali bolest způsobenou obvazem, označovali ji za bolest tlakovou. „Z obvazu to byla bolest ve formě tlaku.“ (R4) „Ještě taky cítím nepříjemný tlak v oblasti třísel, ale to je tím obvazem, který je hodně pevný. Bohužel, to tak musí být.“ (R8) Dva respondenti se shodli na vystřelující bolesti zad, jeden dotazovaný přikládá palčivou bolest hlavy. „Je to taková klasická vystřelující bolest zad, kterou zná snad skoro každý a palčivá bolest hlavy.“ (R5) „Bolest mi vystřelovala ze zad.“ (R2) I další respondenti popisovali své bolesti zad, kromě vystřelující bolesti to byla i bolest pálivá. „Bylo to něco ve stylu pálení a vystřelování.“ (R8) „Žáda mě píchala, bodaly jehličky nebo něco podobného.“ (R4) Jeden z dotazovaných uváděl pálivou bolest v oblasti hrudníku. „Na hrudi mě páliło.“ (R1) Dva respondenti nevěděli, jak mají svou bolest označit. „Jak to bolí? To už po mně chcete moc.“ (R6) „Nevím, jak vám bolest popsat.“ (R9)

Dva respondenti se zmiňují o tom, že bolest postupovala do dolních končetin. „Během výkonu jsem bolest cítil, přestože jsem měl nějaké léky, které měly být proti bolesti. Velmi nepříjemné to bylo, když to v tom srdci lékař vypaloval a i to, jak píchali do třísla, ta bolest mi prostoupila přes celou nohu. Upozornili mě, že to bude nepříjemné a opravdu to tak bylo.“ (R7) „Ta bolest zad mi vystřeluje až dolů do nohou.“ (R4)

Dva z respondentů bolesti přikládali prakticky minimální význam. „Ne, nic mě nebolí a cítím se velice dobře. Během výkonu mě taky nic nebolelo a teď, když jsem musel ležet, tak jsem malinko cítil záda a ten obvaz byl fest, ale to nestojí ani za řeč.“ (R3) „Necítila jsem žádnou bolest. Teď se cítím docela dobře, nic mě zatím nebolí, jen jsem malinko unavená.“ (R10)

U respondentů jsme se setkali s různým ohodnocením pociťované bolesti. Nejčastěji však zaznělo číslo tři, které udávají 3 z dotazovaných. „Bolest na hodnotě od 0 do 10 na 3.“ (R1) „Kolik od 0 o 10? Řekl bych za 3, ale беру to tak všeobecně, každou chvíli jsem bolest pociťoval jinak.“ (R7) „Bolest bych ohodnotila na stupnici od 0 do 10 číslem 3.“ (R5) Dva z respondentů uváděli, že jejich bolest dosahovala čísla 6. „Je to

bolest tak na čísle 6.“ (R7) *„Ale bolesti mám je na té 6, bych řekla.“* (R6) Zbytek respondentů odpovídala jiným způsobem. *„Ohodnotila bych vám to tedy 1 až 2, přeci jenom na 0 se necítím, ale prášek také nevyžadují.“* (R10) *„Bolelo mě to na 4-5.“* (R4) *„Hodnotil bych jí asi za 2.“* (R9) *„Číslem od 0 do 10? Nejspíš 5.“* (R2)

B. Ošetřovatelská péče

Každý respondent popisoval stav po výkonu různě. U řady z nich se objevuje v odpovědích ležení v jednotvárné poloze a neschopnost se hýbat. *„Musel jsem ležet na zádech, být v klidu.“* (R8) Šest respondentů se shodlo, že sestra upevnila končetiny k dolnímu panelu postele. *„Po výkonu jsem měl největší problém s několikahodinovým ležením, přivázanýma nohama a na znak koukat do stropu.“* (R1) *„Tak nejdřív mi přivázala sestra nohy obinadlem k posteli, abych je nekrčil. Zpočátku jsem to ocenil, pak už jsem to nenáviděl. Když opravdu nesmíte pokrčit ani trošku nohu, je to hrozné.“* (R2) *„Sestra mě přivázala mi nohy obvazem k posteli, abych nepokrčil nohy a neublížil si.“* (R3) *„Když jsem přijela ze sálu, tak mi sestra přivázala nohy.“* (R10) *„Byl jsem připoutaný k posteli a nemohl jsem chodit.“* (R4) *„Po příjezdu ze sálu mi přivázali nohy v posteli, tím jsem byla překvapená.“* (R5) Dva respondenti ve výpovědi udávali délku ležení na zádech. *„Nesměla jsem se hýbat asi 8 nebo 10 hodin, to nevím přesně.“* (R5) *„Ležel jsem 8 hodin, ale od minula jsem byl připraven, a proto si nahrál vše, co šlo do mp3.“* (R1) Dva z respondentů při dlouhém ležení začali pociťovat bolesti zad, objevili se i bolesti hlavy. *„Zpočátku mi to nevadilo, ale už to bylo moc dlouhé, začala mě bolet záda, hlava a nemohla jsem to vydržet.“* (R5) *„Měl jsem problémy se hýbat, k večeru už to bylo lepší, cítil jsem se lépe, jen ty záda mě trápily.“* (R7)

Jeden respondent zmiňoval kontrolu krvácení, která se u něj později skutečně objevila. *„Druhý den mě odpojili, mohl jsem se konečně umýt, vyšel na chodbu, že se taky už projdu, když mě viděla sestřička, hnala mě nazpátek. Projednal jsem záležitost s lékařem na vizitě a ten mi povolil sjet si pro kafe a opatrně se pohybovat, večer však levá strana obvazu začala propouštět. Můj lékař rozhodl pro převaz rány a jinak to nechat zatím být. Večer jsem od sestry dostal vynadáno, obvaz sestry vyměňovaly ještě dvakrát za noc.“* (R1)

Po výkonu sestry respondenty napojily na monitor ke sledování fyziologických funkcí. Měření probíhalo každou jednu hodinu. „Potom mi natočila EKG a napojila mě na monitor. Manžeta na tlak mi sama po hodině měřila tlak.“ (R2) „Dala mi tady tu manžetu na měření tlaku, který se mi měří automaticky každou hodinu a řekla mi, že musím v klidu ležet.“ (R10) Jeden dotazovaný se zmiňoval i o tom, že měl permanentní močový katétr. „Moc si nepamatuju. Měl jsem tu cévku na čůrání, sestra mě tady napojila na kabely (na monitor)“ (R3)

Po výkonu přinesly sestry respondentům ohřáté jídlo, ale dva z dotazovaných udávali nechutenství. „Nějakou dobu potom, co jsem přijel ze sálu, mi sestra ohřála oběd, ale já ani moc neměl hlad, tak jsem jen ochutnal, ale stejně mi to nechutnalo.“ (R2) „No a potom mi asi za dvě hodiny přinesla jídlo, na který jsem neměl ani pomyšlení.“ (R3) Přitom další dva respondenti poukazovali na fakt, že po tom, co se mohli najíst a napít, se jejich stav zlepšil. „Později mi sestřičky přinesly ohřáté jídlo a dovolily mi pít. S plným žaludkem už to bylo zase o kousek lepší.“ (R8) „Potom asi dvě a půl hodiny po výkonu mi přinesla sestra ohřátý oběd a konvici čaje. Tak už jsem se mohla konečně najíst a napít, poté jsem se ihned cítila lépe.“ (R10) Jeden respondent vyžadoval po výkonu především pití a měl velké problémy se najíst i napít vleže. „Pak mi sestřičky přinesli jídlo a pití. Konečně jsem se po dlouhé době napil, bylo to osvěžující. Nikdy jsem vleže nepil, tak jsem se pobryndal a to jídlo...“ (R7)

Dva respondenti v odpovědích zaměřovali pozornost i na další pacienty na pokoji, kteří jim byli v jistých ohledech nápomocní. *Ta poloha při jídle byla moje premiéra, ale spolubydlící mě utěšoval, že měl to samé. Přitom si ze mě dělal srandu a já aspoň na chvíli zapomněl na bolesti zad. Měl jsem to štěstí na dobrého kolegu.*“ (R7) „Potom mi asi dvakrát ještě sestra přinesla pití a pak už mi ho nosil tady kolega, pacient.“ (R4)

Respondenti se shodli na tom, že byla důležitá kontrola obvazu. „Sestra mě poprosila, abych si sám občas rukou zkontroloval třísla, zda mi to nekrvácí. Průběžně mě však chodila kontrolovat. Pak k večeru mi sestra ještě nabírala krev.“ (R2) „Sestry teď chodí průběžně kontrolovat třísla, jestli je všechno v pořádku.“ (R10) „Občas se sestra přišla podívat, jestli něco nepotřebuji a zkontrolovat třísla a zase odešla. Po vyndání kanyl sestry udělaly takový silný tlakový obvaz, který chodily kontrolovat.“

(R4) „*Sestry neustále chodily na pokoj a hlídaly obvaz, aby nedošlo ke krvácení.*“ (R1) Dva respondenti popisují obvazy třísel. „*Ráno, tedy dneska, mi chtěly sestry a lékař všechno už sundat, ale ještě se jim nelíbilo to třísló, že je tam boule, tak proto mám ještě ten pytel s pískem. Ale už je to volnější a můžu se alespoň otočit trochu na bok. A teď čekám, že každou chvíli už mi to sundají.*“ (R2) „*V tříselech jsem měla takový obvaz, připomínal mi doslova boxerky, ten mě táhnul.*“ (R5) Jednomu z respondentů bylo v obvazech horko. „*Jenomže, pak přišlo to nejhorší. Sestry mě zauzlovaly do takovejch obvazů, pevně, ztuha a bylo mi v tom vedro.*“ (R3)

V souvislosti s obvazy tři respondenti popisovali vytahování drénů. „*Pak přišli zase nabrat krev, podle které mi hadičky z třísla vytáhnou nebo ne.*“ (R8) „*Říkala mi, že by mi mohlo začít krváčet třísló a že to by nebylo jako moc dobrý. Pak mi vyndal doktor se setrou ty hadičky z třísla. No, a pak mi asi deset minut mačkal třísló, aby mi to nekrvácelo.*“ (R3) „*Ted' před chvilkou mi nabírala krev, prý podle výsledků mi vyndají ty hadičky, co mám v tříslé. Snad by to mělo být ještě dneska večer, nechtěla bych je mít přes noc. Budu mít alespoň lepší pocit, že mám o starost míň.*“ (R10) „*Potom přišel pan doktor a vyndal mi ty kanyly z třísla.*“ (R4) „*Když mi vytahovali ty věci z třísel, což bylo asi až v 22 hodin, divila jsem se, kolik se toho tam mohlo vejít.*“ (R5)

Ke dvěma respondentům po výkonu přišel lékař a informoval je, jak probíhal výkon. „*No a pak večer přišel lékař, který mi řekl taky nějaké informace.*“ (R2) *K večeru přišel pan doktor, který mi to zaváděl. Mluvil tady se mnou o tom, jak to šlo dobře, tak snad to bude dobrý.*“ (R3)

Po výkonu tři z respondentů do své odpovědi zahrnuli únavu. „*Po výkonu mě přivezli na pokoj a celkově si z toho moc nepamatuji, byl jsem unavený a skoro pořád spal. Jen vím, že okolo mě lítaly samý bílý košile. Měl jsem pocit, jako kdyby mi na nohou držel balvan. Neustále do pokoje někdo chodil a já byl jak po pár pivech.*“ (R7) „*Po vysilujícím výkonu, u kterého se nemůžete ani hýbat, vás odvezou na pokoj. Napojují vás, opět se nemůžete hýbat, ale máte klid na zdřímnutí.*“ (R9) „*Byl jsem docela unavený a chtěl jsem spát.*“ (R3) Jeden respondent poukazoval na náročnost výkonu a chválil personál. „*Po výkonu mě odvezli na pokoj. Byl jsem rád, že to mám*

konečně za sebou, je to hodně náročné, i když ochota personálu mě hodně podpořila a usnadnila můj stav.“ (R8)

Dva z respondentů ve své odpovědi udávali signalizační zařízení. *„Když jsem přijela ze sálu, tak mě napojili na monitor a dali mi k ruce zvoneček, kdybych něco potřebovala. Vždycky když jsem zazvonila, hned sestra přišla a pomohla mi se vším, co jsem potřebovala.“ (R6)* *„Kdyby se cokoliv dělo, tak mám zazvonit na sestřičku.“ (R8)*

Jedna respondentka do své odpovědi zahrнула i situaci ze sálu. *„Na sále jsem se lekla, dali mě za plentu a najednou všichni ztichli. V tu chvíli jsem měla pocit, že tam nikdo není, ale byla jsem ujištěna, že je vše v pořádku a je to pouze kvůli soustředění lékaře. Občas přišla sestřička a připíchla mi léky.“ (R5)*

Jedné z dotazovaných byla po sále velká zima. *„Chtěla jsem jít k oknu, protože tam zrovna svítilo sluničko a mě byla strašná zima ze sálu.“ (R5)*

C. Pocity po výkonu

Čtyři z respondentů doufali ve zdařený výkon, bez komplikací a chtěli co nejdříve domů. *„Až na ten spánek se jinak cítím dobře, doufám, že se tentokrát výkon podařil a půjdu brzy domů.“ (R3)* *„Snad všechno proběhlo hladce a já nebudu muset užívat tolik léků. Věřím, že se nevyskytnou žádné komplikace, takhle se cítím dobře, až na pár maličkostí. Moje pocity po výkonu jsou spíše pozitivní, nechci si připouštět nějaké komplikace, o kterých mě informovali před výkonem. Takový ten strach, co jsem měla před výkonem, ten už opadl, ale znovu bych opravdu už jít nechtěla.“ (R10)* Dvě respondentky se zmiňovaly o tom, že je navštívil lékař a jejich odpovědi jsou tím klidnější. *„Jo, tak je konečně po a teď už snad nějaké závažné komplikace nenastanou. Doufám, že mě zítra maximálně pozítří pustí domů. Byl tady ráno lékař, který mi řekl informace, které byly vesměs pozitivní, tak uvidíme.“ (R2)* *„Cítím se dobře. Těším se domů. Zpočátku jsem si myslela, že se vůbec nezvednu a budu dlouho ležet, ale pan doktor měl pravdu. Opravdu se uzdravuji velmi rychle a cítím každý den lepší pokrok.“ (R5)*

Někteří z respondentů hůře nesli izolovanost od rodiny v době, kdy je potřebují. *„Stýská se mi po mé rodině. Ano, jsou tady v návštěvních hodinách, ale to mi nestačí.*

Chci být ve své posteli, dostat dobré jídlo na talíř, cítit teplo domova. Tomu se nic na světě nevyrovná. Jak se říká, všude dobře doma nejlíp.“ (R7) Jeden z respondentů měl neustále strach ze ztráty zaměstnání. *„Cítím se rozhodně lépe tím, že je po všem. Chci domů co nejdříve za rodinou. Také mám pořád strach kvůli práci.*“ (R4)

Dva z dotazovaných uváděli nedostatek soukromí, z důvodů více lidí na pokoji a neustálého příchodu lidí na pokoj. *„Jen tu nemám žádné soukromí. Je problém v tom, že je tu více lidí na pokoji a když bych chtěl mít klid a třeba jít spát dřív, tak sousedé na pokoji dělají věci naopak. Celkově se cítím o něco lépe.*“ (R8) *„Na co však musím upozornit je, že tu není chvilka klidu a to mi vadí. Furt jsem někdo chodí a když je průvan, tak tu bouchnou dveře.*“ (R2)

U jednoho z respondentů se projevila jedna z nejčastějších komplikací, krvácení a to jeho psychický stav jenom zhoršilo. *„No, jak se mám cítit. Mám problémy se srdcem a ty zůstanou. Do toho mi rána začala krváčet. Už jsem měl jít domu, ale kvůli tomu tu musím ještě zůstat.*“ (R1)

Jeden z dotazovaných měl strach z budoucnosti. *„Dnes mi není dobře. Doufám, že se to konečně povedlo, ale nemám z toho dobrý pocit. Z tohohle musím přiznat, že mám strach.*“ (R9)

D. Uspokojování potřeb

I přes to, že respondenti byli po výkonu unavení, měli problém se spánkem v cizím prostředí. *„V noci jsem nemohl spát, nemohl jsem zaujmout ani oblíbenou polohu a být pořád jenom na zádech, které mě pak začaly opět zlobit. To byla nejhorší noc v mém životě, ale co se dá dělat. Snad už se teď vyspím bez problémů.*“ (R4) *„No, ale když jsem usínala, neustále mě budilo tady bubláni kyslíku, u kolegyně vedle. Ta noc nestála za nic.*“ (R5) *„Po výkonu jsem spal a přišlo mi, že je klid, ale večer jsem vůbec nemohl spát, chtěl jsem od sestry nějaký prášek na spaní, který jsem nakonec nedostal, navíc ten kolega vedle chrápal. Potom jsem k ránu malinko usnul, jenže to už zase tady na oddělení začal být hluk. Ted' jsem spal asi hodinu. Snad dneska v noci se vyspím.*“ (R9) *„Akorát jsem hodně unavený. Mám problémy se spánkem, jak jsem vám říkal, a ty narůstají ještě větší intenzitou, když jsem v jiném prostředí. Nakonec jsem si vzal od*

sestry prášek, ale ten neměl moc velké účinky. Nespál jsem celou noc a potom výkonu bych to moc potřeboval.“ (R3) Jedna respondentka měla neustálé starosti, že se objeví nějaké komplikace, jak ji neustále všichni zdravotní pracovníci upozorňovali, proto i ona měla potíže usnout. *„Bojím se i jít spát, i když jsem moc unavená, co když se pohnu a třísko začne krváčet. Mám si prý na to dávat velký pozor.*“ (R6)

Čtyřem z dotazovaných vadilo nevyvětrané prostředí. *„V pokoji, aby toho nebylo málo, bylo pěkný horko.*“ (R4) *„Bylo mi tu vedro.*“ (R9) U jedné respondentky se vystřídal zima se stejným problémem. *„Když mě přivezli na pokoj, byla mi příšerná zima. Zato v noci jsem vůbec nemohla usnout a bylo mi horko a dusno. Měli jsme tady zavřené okno a nikdo jsme ho nemohli otevřít, jak jsme všichni tady přivázaní. Potom přišla sestra a otevřela okna a nechala otevřeno i na chodbu, že se nám tady vzduch vyměnil.*“ (R5) Další respondentka popisovala, že se kvůli velkému teplu potila. *„Já se hodně potím, i když je chladno, a teď, jak jsem v posteli a je vedro, je na mně všechno nalepený a já mám pocit, že jsem jak ve vlastní šňávě. Nejraději bych šla do sprchy, ale kdo ví, jestli půjdu zítra do sprchy. Musím to nějak přetrpět.*“ (R10)

V uspokojování potřeb je důležitá i pomoc při hygieně, o které se zmiňovali dva respondenti. *„No, ráno jsem se umyla už vsedě, kdy mi sestra dala takový plastový lavor.*“ (R5) Tato situace byla pro jednoho respondenta nepříjemná, měl zvláštní pocit bezmoci. *„To je tak blbý pocit, když se nemůžete sám umýt, naštěstí jsou tady moc hodné sestřičky, které mi pomohly, ale musím říct, cítil jsem se trapně. Dneska ráno jsem se mohl umýt již vpolosedě.*“ (R8)

Problémy nastaly i v oblasti, kdy respondenti museli jíst a pít vleže. *„Měla jsem velkou žízeň, ale pít jsem ještě nemohla. Pak mi sestra dala konvici s čajem a hrnek s brčkem, jenomže já jsem hraboš a celý hrnek jsem si vylila do postele. Naštěstí nebyl čaj horký, ještě jsem se měla opařit k tomu všemu. Musela jsem tedy poprosit, zda by mi sestra vyměnila povlečení, které bylo prolité čajem. Ted' už raději moc nepiju, abych zase něco nevyvedla. S jídlem to nebylo o moc lepší, jíst vleže neumím, a tak jsem tady měla nastláno z brambor.* (R6) *„Hodně jsem prospal. Až večer mi sestra donesla jídlo a pití, dala brčko, ale když se máte napít vleže, tak to brčko se zalomí a stejně to tak neteče. O jídle ani nemluví. Tak jsem pil bez brčka, ale vždycky jsem se polil. Tak jsem*

opravdu pil jen málo. “ (R7) „Než jíst vleže, je lepší nejíst. Což jídlo, to jsem teda nějak vydržel, jen jsem potřeboval pít.“ (R9) Dva respondenti s jídlem ani pitím problémy neuváděli. „Najedla jsem se tak nějak vleže snadno a do pití mi sestra dala tady to brčko, tak to šlo dobře.“ (R5) „Člověk musí něco vydržet. Ne, že by mi to nevadilo, ale zvykl jsem si. Doma se opět najím a napiju, jak se mi zlíbí.“ (R3)

Dva respondenti popisovali problémy s vyprazdňováním stolice. *„Já jsem také naučená, že doma po jídle vždy musím na velkou. Jenže vleže na mísu a ještě na pokoji, kde jsou dvě další pacientky, to je hrozný. No snažila jsem se to nejdřív nějakou dobu držet, ale byla jsem nafouklá, bylo mi z toho špatně. Musela jsem teda poprosit sestru o mísu. Když mi sestra mísu přinesla, tak já nemohla, a sestra musela mísu odnést. Za půl hodiny jsem znovu sestru poprosila o mísu. Bylo mi to trapné i vůči sestřičce, přece jí tady nemůžu tak honit, sem tam. Naštěstí už to bylo s úspěchem pro mě a asi velkým neštěstím pro pacientky, které jsou tady se mnou na pokoji. Doufám, že už nebudu muset podruhé.“ (R6) „Asi největší problém u mě je ta stolice. Já mám problém s vyprazdňováním normálně a teď vleže, to je tak dvakrát horší. Nutně jsem potřeboval zrovna, když mi sestry udělaly takové ty kalhotky z obvazu. Musel jsem na mísu, styděl jsem se a ještě teď se stydím, ale nemůžu nic dělat. Jiná překážka mě nepotkala.“ (R8)*

V uspokojování potřeb byli spokojeni tito respondenti: *„Co se týká uspokojování potřeb, já se vyspím všude a na nedostatek jídla či pití nejsem háklivý.“ (R1) „Nevadí mi delší stav bez jídla, nejsem ani zvyklý dodržovat pitný režim. To rušno jedině, jak jsem vám povídal.“ (R2)*

E. Komunikace se sestrami

Komunikaci se sestrami někteří pacienti nehodnotili moc dobře a měli k ní výtky. Do potíží řadili fakt, že sestry neměly dostatek času, byly neústupné nebo se zaměřovali na výraz jejich tváře. *„Sestry mluví, jen když mi musí něco říct. Taková ta lidská komunikace mi chyběla. Ony se usmějí, ale nepřipadá mi to tak upřímné. Já bych si rád s nimi popovídal, ale není na to čas. Vždycky mi jen něco nadiktují, co mám udělat a to je všechno.“ (R4) „Sestry přilítly, zkontrolovaly ránu, ptaly se na můj stav a tak, nemůžu říct, že nebyly starostlivý. Přesto mi tam chyběla víc ta komunikace, více času*

na pacienta, úsměv a tak dále. Je to čistě můj názor a vím, že toho mají hodně, a i když beru v potaz například nedostatek personálu. Jinak jsem tu velmi spokojen, jak se sestrami, tak doktory.“ (R7) Jeden z respondentů zaměřoval pozornost na neustálou kontrolu od sester a pocit stísněnosti. „Sestry dle mého názoru jsou neústupné, chápu to, k jejich práci to patří. Občas se mračí, a to je škoda. To prostředí tady je takové, že tu není dostatek klidu a soukromí, neustále vás tu kontrolují. Tak to má být, ale já se tu pak cítím stísněné, nemůžu nic, buď aby to nebylo špatně, nebo aby to někdo neslyšel, neviděl. Chápete, jak to myslím?“ (R2)

V odpovědi respondenti jak pochválili, tak i kritizovali. „Sestry jsou tady opravdu milé, jsem ráda, že tady byly, nevím, jak bych to bez nich zvládla. Děly vždy všechno tak jemně a byly ochotné. Vždycky když jsem zazvonila, hned sestra přišla a pomohla mi se vším, co jsem potřebovala. I když si vzpomínám, že když jsem jeden den potřebovala pomoci víckrát, už na mě asi jedna nebo dvě nekoukaly nejlídněji. Určitě jsem je zdržovala od jiné práce.“ (R6) Jednomu dotazovanému v rozhovoru scházelo projevení více zájmu o jeho osobu. „Problémy se sestrami nemám. Vždycky je to na domluvě. S některou vyměním názor, oni dělají svojí práci a já mám zas svojí hlavu. Jedná se přece o mě. Nakonec se vždy dohodneme na nějakém společném řešení. Ale ta komunikace by mohla být na lepší úrovni. Chybí mi větší projevení zájmu o pacienta.“ (R9) Jedna respondentka rozdělovala kolektiv sester na dvě části. „Sestry nebyly bezchybné, ale zároveň nemohu říct, že nepomohly. Některé udílely vhodné rady a rozhovor s nimi byl příjemný. Jiné naopak hodně pobíhaly, z nich jsem měla pocit, že je snad ani o nic nemohu poprosit. Někdy to snad ani nebyl rozhovor, ale já jen vyslechla, co musím či nesmím dělat. Mám z toho smíšené pocity, ale podle mě to je tak všude. Nikde nemůžete najít dokonalost bez chyby a každému sednete jinak.“ (R10)

Respondenti považovali za důležité, aby sestra přistupovala k péči laskavě a vstřícně, především s úsměvem. „Sestry zde na oddělení si velmi chválím, avšak některé mladé sestry se tváří moc studeně. Ale to je čistě můj problém a pocit. S komunikací nemám problémy.“ (R1) „S personálem jsem velice spokojený, pouze bych si přál, aby se sestřičky více usmívaly. Je to individuální záležitost, ale ty mladší mi přijdou více příznivější.“ (R3) „Občas se mračí a to je škoda.“ (R2)

Jedné respondentce sestry pomohly, aby se vyrovnala se svou situací a studem svým přístupem. *„Jsem s nimi spokojená. Někdy povídaly až až. V některých situacích jsem se před nimi styděla, ale sestřičky mě vždy povzbudily, že to nic není. Navíc, vždycky, když přijdou a něco u mě dělají, tak mi říkají, proč to dělají, a tak to, myslím, má být.“* (R5)

Jeden respondent neviděl žádnou překážku v komunikaci se sestrami. *„Sestry byly ochotné, milé, všechno mi vysvětlovaly, vstřícné, problémy s personálem jsem opravdu neměl. Řádně se o mě staraly, pořád se ptaly, jak se cítím, kontrolovaly mi tříslo, všechny věci, které mi přišly dělat, popisovaly. Tak se ani doma o mě nestarají.“* (R8)

F. Nejhůře snesitelný stav

Nejhůře snesitelné po výkonu pro čtyři respondenty byla bolest, především popisována v zádech. *„Už na sále jsem měl pocit strnutí zad a pak dnes v noci to bylo hrozné, ale jinak musím říct, že jsem více spokojen než nespokojen. Pár neduhů bylo, ale vím, že bez toho to nejde a k výkonu to prostě patří.“* (R4) *„Nejhůře snesitelné po výkonu bylo několikahodinové ležení na zádech.“* (R1) I pobyt v nemocnici byl brán mezi nejhůře snesitelné. *„Nejhůř jsem nesl tu bolest a celkově pobyt v nemocnici.“* (R2) *„Asi nejhorší pro mě bylo, jak okolo vás na sále pobíhá hromada lidí, všude samé přístroje a teď ten pocit, že se vám hadičky dostávají až do srdce. Srdce vám tluče jak o závod. Po výkonu jsem trpěl na bolesti zad. Tyhle dvě varianty byly nejhorší.“* (R7)

Jednomu respondentovi chybělo zapálení cigarety, byla mu zima na sále a nemohl spát. *„Co bylo nejhůře snesitelné? No, že jsem si ještě nezapálil, už vlastně druhý den jsem nekouřil. No, pak asi zima na tom sále, úplně se mi klepaly nohy a nejen zimou, ale asi i strachem. Zima na sále byla hodně nepříjemná, nikomu jsem nic neříkal, ale nevím, proč tam byla taková zima. Já celkově moc neříkám, nerad si stěžuji. Ta dnešní noc byla taky hodně nepříjemná, ale už je to za mnou. Musím říct, že znovu už bych nechtěl jít.“* (R3) K únavě a nedostatku spánku se dostávali i další dva respondenti. *„Nejhůře snesitelná po výkonu byla únava. Jsem unavená, ale nemůžu spát. Je to asi zásahem do organismu, pobubláváním tady v pokoji, dusnem a pořád takovým*

podvědomým strachem. Co kdyby se náhodou ještě začalo něco dít.“ (R5) „Musím se přiznat, že ta noc byla fakt hrozná.“ (R4)

Dva respondenti se shodli na tom, že nejhůře snášeli problémy vyskytující se v oblasti vyprazdňování. *„Nejhorší, ale po operaci bylo to, že mi nešlo dojít si na záchod. Nakonec se vše v dobré obrátilo. Řekl jsem svůj problém sestřičce a ihned se to začalo řešit.“ (R8)* Porucha intimity hrála nezastupitelnou roli. *„Nejhůře snesitelná pro mě byla stydlivost, kterou jsem měla spojenou s vyprazdňováním. Musela jsem pořád někoho žádat a být závislá na jejich čase.“ (R6)*

K odpovědím patřily i nesnáze v oblasti přijímání potravy, ke kterým se dostával jeden z respondentů. *„Nejhůře snesitelné bylo nejspíš to jídlo. Když jsem asi po dvou dnech dostal najíst, tak to stálo za nich a ještě mi to ani nešlo. Doma mi vaří daleko lépe.“ (R9)*

Jedna z dotazovaných se zaměřila na záležitost s vnějším prostředím. *„Jako asi nejhorší беру to úmorné vedro. Nevím, jestli ještě bude něco horšího.“ (R10)*

G. Informovanost o stavu po ukončení hospitalizace

Respondenti nejčastěji hovořili o pravidelných kontrolách u svého lékaře. *„Se stavem po hospitalizaci jsem byl předběžně informován, měl bych dodržovat pravidelné kontroly. Také mi byl dán jako dobrovolníkovi biomonitor na sledování arytmií.“ (R2)* *„Co budu dělat po hospitalizaci vím, už jsem tím prošel. Budu chodit na kontroly a doufat, že teď už to je udělané pořádně.“ (R9)* *„Informace po odchodu z nemocnice jsem dostala od lékaře a dostala jsem propouštěcí zprávu, kde by mělo být taky něco napsané. Mám se hlásit u svého kardiologa. Pozvou si mě i na kontrolu, aby se ujistili, zda je všechno v pořádku.“ (R6)* *„Po skončení mého pobytu tady, budu chodit opět na pravidelné kontroly ke svému lékaři.“ (R8)*

Respondenti se shodli i na tom, že jim bude ředěna krev a budou pobírat léky. *„Musím na kontrolu, budu brát léky na ředění a pak se uvidí.“ (R4)* *„Teď беру léky na ředění krve a mám prý vynechat prášky, které pobírám pravidelně doma.“ (R2)* *„Ještě mi předepíšou nějaké prášky, které budu muset užívat a to je asi vše.“ (R10)* *„Jak vše bude probíhat po skončení operace, jsem byl seznámen. Měl bych chodit na pravidelné*

prohlídky, přesný termín ještě nevím. Nějakou dobu budu brát léky na ředění krve.“
(R7)

Ve své odpovědi uvádí i činnosti, které mohou dělat, nebo mají zakázané od lékaře. Jeden z dotazovaných po výkonu není nijak omezen. *„Kontrolu mám již zařízenou u svého kardiologa, bylo mi řečeno, že můžu dělat, co se mi zachce.“* (R3) Tři z dotazovaných se shodli na tom, že se mají šetřit. *„Mám zakázanu jakoukoliv namáhavou aktivitu, nemůžu dělat v podstatě nic.“* (R1) *„Nesmím nijak namáhat nohy, hlavně třísla po vpichu. Mám zakázané kolo, což je u mě problém, já jezdím do práce na kole. A hlavně kuželky, nesmím jet na závody, to mě hodně mrzí, ale myslím, že stejně pojedu, jen si dám pozor. Chodit můžu normálně. Také se půjdu ukázat mému kardiologovi, jak mi to hezky udělali.“* (R5) *„Můžu chodit na procházky, což jsem ráda. Práce na zahrádce se lékaři moc nelíbila, no, tak ještě uvidíme. Mám tento režim dodržovat asi týden, tak to není tak hrozné. Také se můžu rychle vrátit do práce, což jsem vůbec nečekala, ale moje práce není fyzicky náročná podle pana doktora.“* (R10) *„Nesmím se příliš namáhat a zvedat těžké věci, spíš být v klidu. Prý to ještě pár dní nebude ono, což na sobě cítím, že to není úplně v pořádku a unavený taky drobet jsem. Nejvíc mě štve, že mi zakázali ještě 14 dní jít do práce. Já mám na to takovou smůlu, z pokoje kolegové říkali týden.“* (R4) Jeden z respondentů dále nebyl informovaný o tom, že je po výkonu možné nějaké omezení. *„Zatím mi nikdo neřekl, co budu či nebudu moci dělat, ale spolubydlicí říkal, že snad vše. Vlastně mě ani nenapadlo se na něco takového ptát.“* (R7)

Dva z dotazovaných byli informovaní o tom, že nesmí nastat komplikace, popisovali přesně, jaké to jsou. *„Noha mi nesmí otéct ani nic podobného, to bych musel zavolat lékaři, tak si to hlídám a manželka mě také určitě bude sledovat.“* (R4) *„Vím z předchozí operace od lékaře, že mě upozorňoval na situaci přeskokování srdce, u toho se nic neděje a nemám si lámat hlavu. Mělo by to přestat a samo uklidnit, horší by bylo bušení srdce, to mám zajít k lékaři. Pamatuji si to, protože se mi to stalo, tak vám to říkám.“* (R9)

Další z respondentů poznamenal, že po výkonu očekává ubrání některých z léků.
„Jestli se zákrok povedl, konečně mi uberou nějaké ty prášky. Dál jsem ještě informován nebyl.“ (R8)

5. Diskuze

Tato bakalářská práce se věnuje problematice ošetrovatelské péče o nemocné před a po provedení výkonu katérové ablace. Jejím cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů.

Zpočátku výzkumného šetření jsme se zaměřili na identifikační údaje respondentů a na to, jak se u nich začínalo onemocnění projevovat. Pro výsledky výzkumu je pozoruhodné, že v získaném vzorku existují respondenti s různou škálou délky onemocnění. Mezi dotazované respondenty jsou zařazeni ti, kteří se s tímto onemocněním léčí již delší dobu a na výkon přichází po několikáté, i respondenti podstupující výkon katérové ablace poprvé. V této souvislosti můžeme vidět, že úspěšnost katérové ablace je odvislá od typu poruchy rytmu, jak také uvádí internetová stránka II. Interní kliniky kardiologie a angiologie UK v Praze (2006).

První výzkumná otázka byla směřována na míru informovanosti respondentů podstupující výkon katérové ablace. Nepřekvapilo nás, že informace poskytoval respondentům lékař či sestra, avšak bylo zajímavé, že několik respondentů si informace aktivně vyhledávali sami. Respondenti uváděli, že si rozšiřovali a upřesňovali vědomosti o výkonu pomocí internetových zdrojů a knižních publikací. Zdrojem informací pro respondenty byl i člověk, který své rady měl podložené vlastními zkušenostmi.

Většina respondentů se shodovala, že informace byly poskytovány ústní formou a pomocí informovaném souhlasu, který si měli přečíst a následně podepsat. Informovaný souhlas má být výměnou informací mezi lékařem a pacientem, kdy lékař pacienta informuje o možnostech léčby, možných rizicích a následcích, které souvisí s výkonem. Ošetrovatelská péče je v informovaném souhlasu pouze nastíněná. Kozierová (2004) ve své publikaci uvádí, že tím, jak sestry podávají pacientovi informované souhlasy k pročetí a pak následně k podpisu, jde o mimořádně nevhodnou praxi. Dle nás by bylo vhodné využít ošetrovatelské standardy, které jsou určitou normou k poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče. Standard ošetrovatelské péče má zajistit pacientovi pocity bezpečí a jistoty. K poskytovaným informacím byla zahrnuta i otázka, jaký mají respondenti názor na informační brožuru. V této části se názory respondentů znatelně odlišovaly,

přesto jejich větší část by brožuru uvítala. Na jedné straně ji berou za vhodný doplněk, který poslouží k lepší psychické přípravě na výkon, na druhé straně je považována za zbytečnou, jelikož všechny podstatné informace respondentům již byly sděleny. I o tomto zjištění si myslíme, že je zajímavým podnětem k zamyšlení a je třeba o něm informovat široký ošetrovatelský personál.

Problémy s rozsahem a srozumitelností poskytovaných informací měla pouze skupina respondentů, která výkon absolvovala poprvé. Respondenti nebyli spokojeni s ústní formou rozhovoru, potíže nastaly pro velké množství informací, které se staly nesrozumitelnými. I Honzák (1999) ve své knize uvádí, že i při nepřilíš závažné zdravotní situaci odcházejí pacienti od lékaře jen se dvěma třetinami podstatných informací. Příliš velký souhrn informací způsobil, že respondenti nebyli schopni správně vstřebávat a chápat. Mezi další z potíží v příjmu informací řadí Honzák (1999) stud nemocných, zeptat se na informace, kterým neporozuměli. Většinu informací respondenti po té zapomínali, nebyli schopni si je vybavit a byli dezorientovaní. V této souvislosti pouze jeden z respondentů udával, že lékař využil zpětnou vazbu k zjištění, zda respondent poskytované informace správně pochopil. Dva z respondentů navíc poukazovali na to, že zdravotníci před nimi používají slova, kterým nerozumí. Nabízí se fakt, že zdravotník si určitá slova osvojuje a považuje je za zcela běžná, zatímco laická veřejnost je vnímá za zcela neznámá a cizí, čím vznikne jazyková bariéra, kterou by se zdravotník měl snažit odstranit, nebo lépe, této situaci předcházet. Zde se objevuje místo pro doplnění vědomostí ošetrovatelského personálu v edukaci nemocných. Zajímavým zjištěním také bylo, že jeden z dotazovaných projevil přání dostat pouze nutné základní informace, jelikož příliš mnoho informací by mu značně stupňovalo již vytvořený strach.

Při hledání odpovědi na druhou výzkumnou otázku nás zajímalo, jak jsou respondenti spokojeni s přístupem a komunikací sestry poskytující péči. Respondenti pokládali za nesmírně důležité to, aby se sestry o ně a jejich potíže aktivně zajímaly. Shodli se na tom, že sestry mají často hodně práce a nemají čas si popovídat, zodpovědět a vyslechnout všechny jejich otázky. Sestry jsou také dle názorů pacientů nekompromisní a používají spíše autoritativní přístup. Tento výsledek je v rozporu

s publikací Honzáka (1999), který píše, že je třeba se v komunikaci věnovat více vysvětlení pozitivních zásad žádoucích postupů než používat v rozhovoru s nemocnými autoritativní zákazy. Podle našeho přesvědčení by měl být vztah mezi sestrou a pacientem spíše partnerský. Přitom každý pacient vzhledem ke svému onemocnění a typu osobnosti vyžaduje příslušný specifický přístup pojící se k jeho onemocnění. Sestra například na základě prvního dojmu může být na nemocného již od počátku přísnější, ale právě tento člověk by potřeboval vlídný, empatický a citlivý přístup.

V otázce očekávání od sester, která značně souvisí s druhou výzkumnou otázkou, respondenti také uvedli, že velký vliv na jejich psychický stav má přátelská komunikace se sestrami a od sester očekávají i oporu a pomoc ve zvládnutí svého onemocnění. Je pro ně velmi důležité, aby sestra uměla naslouchat jejich potřebám i obavám, aby měli možnost, vyjádřit veškeré své pocity. Také Honzák (2006) připomíná významnou roli personálu v podpoře nemocných, kteří kromě toho, že snášejí bolesti a utrpení, které mnohá onemocnění provází, se musí vyrovnat též se změnou režimu. Nemocní dbají i na to, aby sestry dokázaly řešit jejich potíže. Dle díla autorky Kapounové (2007), sestra musí pozorovat a aktivně nacházet problémy, které má odpovídajícím způsobem řešit. Převážná většina respondentů se také vyjádřila, že očekává citlivý přístup k jejich osobě. Dále respondenti uvedli, že od sester očekávali především úsměv, dále empatii, vlídnost a komunikaci při ošetřování. V této situaci bychom tedy shrnuli, že sestra by měla umět dle nás vést komunikaci s pacientem, poradit a odpovědět na běžné otázky. Neměla by být však pouze sestrou rádkyní, ale měla by být i trpělivá, empatická, manuálně zručná a mít dostatečné teoretické znalosti k vyřešení problémů.

Dle očekávání se první příznaky u respondentů shodovaly. Nejčastěji popisovali narůstající slabost, bušení srdce, bolesti na hrudi, dechové obtíže i točení hlavy. První příznaky u dvou respondentů vyústily i k situaci, kdy byla z domova povolána záchranná služba. Ostatní respondenti se na základě svých potíží vydali k obvodnímu lékaři. Dvě respondentky si příznaky onemocnění postupně uvědomovaly v delším časovém intervalu. Klener (2004) píše, že všechny projevující se příznaky záleží pouze na tom, jak je pacient vnímavý. Dva respondenti své problémy náhle vzniklého onemocnění zpočátku nevědomky připisovali jim známým onemocněním a stresu. Bez

jakéhokoliv příznaku se objevili u nás dva z dotazovaných. I tato skutečnost byla popsána v knize Koláře (2002).

Respondenti se shodovali i ve vyjmenovávání obtížných příznaků. Dle respondentů to byla únava, která je omezovala v běžných denních činnostech a bušení srdce, jež respondenty vyvádělo z rovnováhy. Tyto výsledky do jisté míry korespondují s širokou odbornou literaturou. Například Klener (2004) uvádí, že nemocní mohou pociťovat nepříjemné bušení srdce, píchavou bolest, či pocit vynechání nebo přeskokování srdce. Pouze jedna z dotazovaných zaměřovala svoji pozornost na točení hlavy a měla obavy, kdy tento příznak u ní znova nastane. Pro některé z respondentů žádný takový příznak neexistoval.

Výsledky šetření jednoznačně ukazují, že onemocnění ovlivňuje život respondentů. Dotazovaní byli donuceni změnit či omezit své zájmy, což byl problém především pro ty, kteří sportovali a svůj život vedli velice aktivně a pestře. Život respondentů se díky onemocnění a podstoupení výkonu změnil i z hlediska práce. Někteří měli strach ze ztráty zaměstnání, další byli donuceni ubrat z pracovního nasazení a jiní dokonce zcela z práce odejít. Jako omezující uváděli respondenti i narůstající slabost, časté kontroly u lékaře a opakované hospitalizace v nemocnici. I tento výsledek koresponduje s literaturou, neboť k podobným výsledkům dospěla Fakultní nemocnice Olomouc, která říká, že projevující se příznaky se mohou limitovat v denních aktivitách.

Podporu v nemoci respondenti připisují především svému partnerovi, následně zbytku rodiny a blízkým přátelům. Jedné respondentce rodina poskytovala nejenom podporu psychickou, ale i podporu a pomoc v činnostech, které z důvodu nemoci a hospitalizace nedokázala vykonávat. Dále bylo zjištěno, že dva z respondentů podstoupili výkon právě z důvodů naléhání a rad rodiny, především partnera. Oba respondenti se výkonu katérové ablace v minulosti podrobili. V této části se musíme zmínit o podpoře a duševní pohodě jako o nedílné součásti celkového zdraví každého člověka a zrovna jako zdraví tělesné může být i zdraví psychické ohroženo celou řadou poruch. Dotyčný a většinou i jeho blízcí se potýkají s konflikty, stresem, problémy v zaměstnání či financemi. Proto by rodina nemocného neměla zapomenout citlivě

podporovat, vyhýbat se nadměrnému stresu, předcházet krizovým situacím a případný problém rozdělit mezi odborníky, sebe, další příbuzné a přátele.

Devět z deseti respondentů se shodlo, že podpora zaměstnavatele je velmi nízká až mizivá. Jeden z dotazovaných se dokonce výkon snažil oddálit kvůli své práci. Neshody se zaměstnavatelem, prodlužování neschopenky a narůstání zdravotních problémů vedlo u dvou dotazovaných ke ztrátě zaměstnání. O zaměstnání se respondenti zmiňují již v části ovlivňující jejich život.

Příjem na oddělení byl u respondentů velmi rozmanitý. Velkou roli zde hrál sesterský přístup, který byl pro respondenty velmi důležitý a odvíjela se od něj i celá ošetrovatelská péče. Překvapilo nás, že jeden respondent poukazoval na velmi nevhodné přivítání a komunikaci zdravotnického personálu, která dále navazovala i na další situaci. Dva z dotazovaných se nevyznali na oddělení, bloudili a snažili se poznat prostředí, kde se nacházejí sami. Jako nejčastější vyšetření před výkonem se respondenti shodli na EKG, CT, odběrech krve a echokardiografii. V příslušné literatuře se můžeme dočíst stejného výsledku, Eisenberger a spol. (2012) uvádí, že před vlastním vyšetřením je nutné provést klidové EKG, základní odběry a většinou echokardiografické vyšetření. Dva z dotazovaných jícnové ECHO nazývali jako velmi nepříjemné a tudíž nejhůře snesitelné ze všech prodělaných vyšetření. Toto zjištění se shodovalo s publikací Koláře (2009), který udává, že echokardiogram není zrovna příjemné vyšetření, ale je nezbytné pro bezpečnost dotyčného a je zde důležitá pacientova spolupráce. Někteří z respondentů šli na toto vyšetření poprvé a jejich výpovědi se zcela odlišují. Zatímco u jednoho byly sestry ochotné a vše řádně vysvětlily, druhý udává, že nevěděl, jak bude vyšetření probíhat. Dále se respondenti vyjadřovali k odběru anamnézy a podepisování „papírů“. V této části na nás rozhovor působí jako fakt, že pacienti podepisují po dobu hospitalizace tolik informovaných souhlasů a jimi nazývaných „papírů“, že se v situaci nevyznají a podepíší prakticky vše, co jim bude předloženo v domněnce, že pro něj lékaři chtějí to nejlepší a ví, co dělají. Respondenti se shodovali dále na hygieně a oholení operačního pole, u mužů i oholení hrudníku. V části lačnění se objevují výkyvy nálad a projevy netrpělivosti ze stran respondentů a celkově všichni dotazovaní popisují celý den jako namáhavý a vyčerpávající.

V oblasti uspokojování potřeb respondenti navazují na dodržování lačnění. Čtyři z respondentů nejvíce trápí pocit žízně a hladu, tři mají potíže v oblasti spánku a únavy. Respondenti trpí poruchou spánku z důvodů cizího a rušného prostředí, které navíc umocňuje fakt, že nejsou na pokoji sami, spí v jiné posteli, než na kterou jsou zvyklí a mají za sebou náročný den, který je pouze začátkem toho, co je čeká. Opět přihlížíme k shodným výsledkům s publikací Trachtové (2008), která uvádí, že příčinou problémů se spánkem může být samotný fakt hospitalizace, dále změna prostředí, nedostatek soukromí, intimity, klidu. Dále jsou to i obavy, nejistota, stres a úzkost narušující pohodu nemocného. Překvapilo nás, že do oblasti uspokojování potřeb jeden respondent zařadil nedostatek nikotinu. Opět se dostáváme ke spojitosti s problémy z příjmu pacienta na oddělení. Jeden z respondentů totiž při čekání na pokoj nutně potřeboval na toaletu, navíc neznal oddělení, takže ani nevěděl, kam by měl jít. Zde je vidět spojitost, jak jednotlivé potíže, ač se některé mohou zdát drobné, na sebe navazují a tím se i začnou následně zveličovat. Dle našeho mínění sestra je neustále přítomna na oddělení a tak musí v pacientovi vyvolávat důvěru a starost o jeho problémy a svým přístupem v pacientovi vzbuzovat oporu a pomoc, kterou respondent, jak je vidět, potřebuje.

Každý člověk pociťuje přirozeně strach z operace či výkonu, který má podstoupit. Strach pramenil z více skutečností, ze ztráty zaměstnání, rodiny a samozřejmě strach o sebe samého. V této souvislosti musíme opět podotknout výzkumnou otázku číslo dvě, která zde hraje svoji nezaměnitelnou roli. Při pohledu na usmívající se, laskavou a empatickou sestru, jak respondenti udávají, by se jeho strach viditelně, ač třeba na chvíli, změnil. Farkašová (2006) ve své knize udává, že strach před výkonem doprovází každého pacienta, právě proto by ho měla sestra rozpoznat a správnou komunikací do určité míry eliminovat. Část respondentů vkládá důvěru do rukou zdravotnického personálu, ten by si tohoto gesta měl vážit a odvádět pochopitelně co nejlepší výkon. McLeod (2011) ve své publikaci uvádí, že jednající člověk se musí rozhodnout a i když si svá rozhodnutí snaží různě pojistit, musí se na určité lidi a věci spoléhat. Důvěra je tedy nezbytným lidským předpokladem života ve společnosti a lidské společnosti si vytvořily množství různých institutů, které důvěru podporují. Opět nastává rozdíl mezi respondenty na základě jejich zkušeností či naopak nezkušeností s výkonem.

Respondenti, kteří absolvující výkon katéetrové ablace poprvé, doufají, že tento výkon jim jejich stav pomůže zlepšit či je úplně navrátit do původního režimu. Naopak, dva z respondentů se postupem času s opakovaně se projevujícími potížemi smířili. S touto situací tedy souvisí část rozhovorů, kde se respondenti zmiňují o tom, že další výkon chtěli odmítnout.

Nejčastěji se dotazovaní shodovali na krvácení, ale překvapilo nás i množství dalších odpovědí, mezi které patřilo zatvrdlé místo vpichu, infekce, recidiva, embolie a jeden z dotazovaných dokonce jmenoval úmrtí. Jeden z respondentů přešel otázku s odpovědí, že stát se může cokoliv. Odmítl tím tedy na otázku pouze odpovídat? Nebo sestry zanedbaly skutečnost řádně pacienta edukovat? Další z dotazovaných zase na první dotaz odpovídal, že vše již zapomněl. Jsou tedy tito pacienti informacemi zatěžováni v takovém množství, že na vše zapomenou, nebo si nechtějí připustit možnost jakékoli komplikace? Respondenti udávali, že je sestry neustále chodily kontrolovat a i oni sami se aktivně zapojili a hlídali, aby obvaz neprosákl. Tento výsledek je tedy i totožný s příslušnou II. Interní klinikou kardiologie a angiologie UK v Praze (2006), která potvrzuje, že prevencí komplikací je zajištění spolupráce a pozorné sledování pacienta.

Následující blok otázek byl zaměřen na nemocné po výkonu. Otázky se týkaly nejenom ošetřovatelské péče, bolesti a uspokojování potřeb, ale byly zaměřeny i na vliv výkonu na psychický stav respondentů a informovanost o stavu po ukončení hospitalizace.

V části zabývající se bolestí respondentů nás nijak nepřekvapilo, že popisují bolesti na hrudi a v zádech. Bolestivé projevy popisovali nejenom v určitých místech, ale i celkově. Dva dotazovaní zaznamenali bolest způsobenou obvazem a odstraňováním náplasti. Ptali jsme se i na charakteristiku bolesti. Bolesti zad byly vystřelující, na hrudi pálivé, v okolí obvazu tlakové, palčivé bolesti hlavy a vyskytla se i forma mravenčení. Dva z respondentů pociťovali, že jim bolest postupuje až do dolních končetin. Respondenti ohodnocovali svou bolest různým způsobem. Nejčastěji však zaznělo číslo tři. Zde musíme podotknout, že každá lidská bolest je zcela individuální a má různý práh bolesti. V dalších oblastech rozhovorů se respondenti k bolesti opět vracejí a

označují ji jako nejobtěžující příznak. Jak tedy vidíme, bolest lidskou bytost ovlivňuje v oblasti tělesné, emoční, ale i sociální. Bylo by tedy vhodné se zmínit o publikaci Trachtové (2008), v níž se zmiňuje o americkém neurochirurgovi Johnu Loeserovi a australském anesteziologovi Michaelu Cousinsovi, ti publikovali v roce 1990 svůj konceptuální model nemoci, který skýtá dosud nejlepší návod, jak přistupovat k člověku postiženému bolestí. Integruje hlavní komponenty, jejichž pochopení a objasnění umožňuje u každého nemocného sestavit program intervence, která nikdy nekončí opuštěním pacienta z důvodů, že všechny dostupné léčebné prostředky byly vyčerpány.

Nepřekvapilo nás, že respondenti se shodli na nepříjemnosti jednorázové polohy a neschopnosti se jakkoliv pohybovat. Jedna z respondentek dokonce projevila údiv nad přivázáním dolním končetin k panelu postele. Další z respondentů zaměřil pozornost na převazy obvazů z důvodů jeho problémů s krvácením. Zjištěním ani nebyla situace, kdy respondenti popisují měření fyziologických funkcí. Zajímavé však bylo, že dva z dotazovaných po tak dlouhé době neměli vůbec hlad a jídlo jim navíc nechutnalo. Udávány byly i problémy s pitím a jídlem v poloze vleže. To ještě více nemocným stěžovalo danou situaci. Dále bylo zjištěno, že našim respondentům pomáhali jiní nemocní, kteří s nimi sdíleli pokoj. Nabízí se nám otázka, zda sestry nezanedbávají svoji práci? Nebo mají respondenti pouze pocit, že mají sestry příliš mnoho práce a pouze se je bojí oslovit? V této oblasti výzkumného šetření vidíme souvislost s odbornou literaturou Dvořákové (2006), která uvádí, že v mnoha ohledech se pacient obrací na sestru, jelikož se stává méně soběstačným. Nicméně ostatní nemocní mají rozhodně také nezaměnitelný vliv na naše respondenty v době hospitalizace a to jak kladný, tak i záporný. Dotazovaní se shodují v tom, že sestry na oddělení chodily kontrolovat třísla, někteří z respondentů projevovali nedočkavost a nervozitu, jelikož je obvazy příliš táhly a bylo v nich velké teplo. Do rozhovorů byly zařazeny odběry krve a vytahování drénů, ke dvěma respondentům přišel lékař a informoval je o průběhu výkonu. Únava, vyčerpání a vysilující výkon, při kterém se nemocní nemohli vůbec hýbat, i to vykonalo své. Také Trachtová (2008) v literatuře uvádí, že každé somatické a psychické onemocnění je doprovázeno zvýšenou únavou a tyto zvýšené nároky na kvalitu a kvantitu odpočinku a spánku je nutné respektovat. Dotazovaní poukazovali i

na signalizační zařízení a jedna z respondentů do odpovědi zahrnula nepříjemný pocit ze sálu, kdy se lekla, že z ničeho nic všichni ztichli. Dále uvádí, že ze sálu jí byla veliká zima.

U otázky jak se cítí po výkonu, čtyři z respondentů doufali ve zdařený výkon bez komplikací a dále nezaměnitelnou součástí rozhovorů byla touha po domově a rodině. Strach, který respondenti popisovali před výkonem, značně opadl. Tato část v nás budí dojem, že u dotazovaných opět vyplouvají na povrch problémy, na které poukazovali před tím, avšak výkon a jejich vlastní zdraví bylo pro ně prioritní. Příkladem je respondent, který se bojí o své zaměstnání. Jeden z respondentů projevuje i strach o svou budoucnost. Respondenti také poukazují na nedostatek soukromí, způsobené pobytem v kolektivu a nestálými kontrolami od sester. Souvisí to i s příslušnou literaturou, kdy Trachtová (2008) ve své publikaci uvádí, že klid a pohoda má vliv na prožívání člověka a vzbuzuje pozitivní emoce k výchozí poloze pro odpočívání. Bylo by tedy vhodné, kdyby se zdravotnický personál vžil do situace nemocného po výkonu, který má bolesti, nemůže se hýbat a je značně vyčerpán, pak by jistě lépe pochopili daný problém. Respondenti též udávají strach z komplikací, u jednoho z nich nastaly a to jednak prodloužilo jeho hospitalizaci, ale především značně zhoršilo jeho psychický stav.

Jako poslední, třetí výzkumná otázka se týkala potřeb nemocných po výkonu. Změny zdravotního stavu nutí respondenty se s těmito změnami vyrovnat, tím vznikají jejich specifické potřeby. Můžeme si všimnout, že dochází k narušení jejich psychiky, k narušení jejich soukromí, rituálů a že mají omezené možnosti své duševní potřeby uspokojit. Bylo by vhodné, kdyby zdravotní personál respektoval specifika jejich osobnosti a v péči o ně projevoval lidský přístup, respektoval jejich stud a intimitu. Honzák (2006) ve své knize upozorňuje, že člověk má své bio-psycho-sociální potřeby a není tedy pouhým strojem. Po výkonu respondenti i přes vyčerpanost uvádí, že nemohli spát. U jedné z respondentek je dokonce zajímavé, že spánek viditelně oddalovala z důvodů strachu z krvácení. V tomto případě vidíme, že nemocné nebyl věnován dostatečný čas k jejímu uklidnění a vysvětlení situace. Ve výzkumném šetření nás také překvapilo, že téměř polovina dotazovaných měla problémy s prostředím.

V místnosti bylo horko a nevyvětráno. Jedna respondentka se značně potila, další zase udává zimu na sále, kterou vystřídala opět vysoká teplota v pokoji. Objevují se znovu nesnáze s jídlem a pitím. Respondenti popisují i překážky ve vyprazdňování.

Ptali jsme se i na to, co je pro naše respondenty ze všech jmenovaných potíží nejhůře snesitelné. Pro čtyři respondenty to byla bolest zejména v oblasti zad, způsobená jednotvárnou polohou. Jeden respondent shrnul své potíže do celé hospitalizace. Avšak překvapením bylo, že ze všech jmenovaných strastí byl udán čistý pocit vstupování katétrů. Dále byl jmenován stav absence, zima, horko, únava spojená s nedostatkem spánku, potíže s vyprazdňováním, porucha intimity a nesnáze v oblasti příjmu potravy. Ne každý z dotazovaných si dokázal vybavit největší potíže ihned a často zazněly i více rozvedené odpovědi.

Do části po výkonu nepatří pouze hospitalizace, ale i péče a režim po příchodu domů. Respondenti se shodovali na pravidelných kontrolách a pobírání léků k ředění krve. Po ukončení hospitalizace je důležité dodržovat určitá pravidla. Ty se u respondentů viditelně odlišují podle toho, jakým způsobem a s jakou zátěží nemocný žije. Ve výsledcích šetření respondenti popisují skutečnost, že se mají šetřit. I podle Lukla (2009) by zásadou pohybové aktivity měla být pravidelnost, přiměřenost a odpočinek. Pouze jeden z dotazových v rozhovoru odpověděl, že může dělat, co se mu zachce a dále otázku již nerozvedl. Nechce si tedy připustit, že by musel po příchodu domů opět dodržovat nějaká pravidla? Nebo je skutečně informován takovým způsobem, že z celé situace vyvodil tento závěr? Dva respondenty lékař informoval o dalších komplikacích. Jeden respondent automaticky očekával snížení dávky léků po výkonu.

6. Závěr

Závěrem této práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče před a po výkonu katéetrové ablace. Katéetrová ablace je nefarmakologická léčba odstraňující celou řadu poruch srdečního rytmu, při které účinek a kvalita života jedince po absolvování je vyšší než při léčbě antiarytmiky. Se zjištěnými výsledky je nutné seznámit co nejširší okruh ošetrovatelského personálu s nadějí, že péče lépe zaměřená na specifika těchto nemocných napomůže ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

K dosažení cíle práce bylo v empirické části využito kvalitativní výzkumné metody. Na počátku našeho výzkumu byl zvolen vzorek deseti respondentů a stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala informovanost respondentů o své nemoci a výkonu katéetrové ablace. Další výzkumná otázka byla zaměřena na úroveň komunikace mezi sestrou a pacientem. Třetí výzkumná otázka mapovala potřeby respondentů po prodělaném výkonu.

Pomocí rozhovorů s pacienty v nemocnici České Budějovice, a.s., a v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze se podařilo cíl bakalářské práce splnit.

Všechny tři výzkumné otázky byly šetřením zodpovězeny. V první výzkumné otázce bylo zjištěno, že problémy s množstvím a srozumitelností má pouze skupina respondentů absolvující výkonu poprvé. Tato situace způsobila, že respondenti nebyli schopni správně vstřebávat a chápat. Při rozhovorech pak bylo zjištěno, že informace zapomněli, nebyli schopni si vybavit či je měli zmatené. K šetření je také důležité podotknout fakt, že zdravotnický personál používá cizí slova, která daný stav zhoršují. Dále musíme poznamenat i zjištění, že jeden z dotazovaných projevuje přání získat pouze nutné základní informace, jelikož se domnívá, že příliš mnoho informací by mu značně vystupňovalo již vytvořený strach a obavy.

Výzkumné šetření dále odhalilo odpovědi na druhou výzkumnou otázku. Respondenti se shodli na tom, že sestry mají často hodně práce a nemají čas si popovídat, zodpovědět a vyslechnout všechny jejich otázky. Sestry jsou také dle názorů pacientů nekompromisní a používají spíše autoritativní přístup. Přičemž každý pacient vzhledem ke svému onemocnění a typu osobnosti vyžaduje příslušný specifický postoj.

Nemocní dbají i na to, aby se sestry o ně a jejich potíže aktivně zajímaly a vnímaly jejich individuální potřeby. Převážná většina respondentů se také vyjádřila, že předpokládají citlivý přístup ke své osobě. Dále respondenti uvedli, že od sester očekávají především úsměv, empatii, vlídnost a komunikaci při ošetřování.

Poslední výzkumná otázka přinesla dále zmíněný výsledek. Změny zdravotního stavu nutí respondenty vyrovnat se s těmito změnami, proto pak u nich vznikají specifické potřeby. U respondentů si můžeme všimnout, že dochází k narušení jejich psychiky, neboť dochází k narušení jejich soukromí, rituálů a mají omezené možnosti své duševní potřeby uspokojit. Po výkonu respondenti i přes vyčerpanost uvádí, že nemohli spát a u jedné z respondentek je dokonce zajímavé, že spánek viditelně oddalovala z důvodů strachu z krvácení. Ve výzkumném šetření nás také překvapilo, že téměř polovina dotazovaných měla problémy s prostředím, v místnosti bylo horko a nevyvětráno. Jedna respondentka se značně potila, další zase udává zimu na sále, kterou vystřídala opět vysoká teplota v pokoji. Objevují se nesnáze v příjmu potravy a ve vyprazdňování.

Myslíme si, že výsledky výzkumného šetření mohou nejen zaujmout, ale být také prospěšné ošetřujícímu personálu v zdravotnických zařízeních při ošetrovatelské péči o nemocné, kteří podstupují výkon katéetrové ablace. Proto vzhledem k vyskytujícím se nedostatkům v oblasti edukace nemocných na počátku onemocnění, bychom chtěli výsledky této práce co nejvíce zpřístupnit odborné ošetrovatelské veřejnosti. Doufáme, že výsledky práce zvýší pozornost odborné veřejnosti o tuto problematiku a osloví další pracovníky ochotné zúčastnit se na jejím řešení.

7. Seznam použitých zdrojů

ASCHERMANN, M., 2004, *Kardiologie*, Vydání 1, Praha: Galén, ISBN 8072622900

BULAVA, A., 2010, *Katetrizační ablace fibrilace síní – lepší než farmakoterapie?*, ročník 10 , č.2, ISSN 00108650

CLEVELAND CLINIC, 2011, *Catheter ablativ* [online], [citováno 2011-1-10], dostupné z: <<http://my.clevelandclinic.org/heart/services/tests/procedures/ablation.aspx>>

ČEŠKA, R. A KOLEKTIV, 2010, *Interna*, Vydání 1, Praha: Triton, ISBN 9788073874230

ČIHÁK, R., 2004, *Anatomie 3*, Vydání 2, Praha: Grada, ISBN 9788024711324

DVOŘÁKOVÁ, P., 2006, *Péče před elektrofyziologickým vyšetřením a radiofrekvenční ablací a po nich*, Zdravotnické noviny- lékařské listy, ročník 06, č.6, ISSN 12137664

DYLEVSKÝ, I., 2011, *Základy funkční anatomie*, Olomouc: Poznání, ISBN 9788087419069

EISENBERGER, M. A SPOL., 2012, *Základy srdeční elektrofyziologie a katérových ablací*, Vydání 1, Praha: Grada publishing, ISBN 9788024736778

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC, *Katetrizační ablace fibrilace síní* [online], [citováno 2012-12-22], dostupné z: <http://www.fnol.cz/i--interni-klinika---kardiologicka-vysetrovaci-metody-sekce_489.html>

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA, *Elektrofyzilogická vyšetření a katérová ablace* [online], citováno [2013-1-14], dostupné z: <http://www.fno.cz/documents/elektrofyzilogicke_vysetreni_a_katetrova_ablace_i_s.pdf>

FARKAŠOVÁ, D. ET AL., 2006, *Ošetrovatelství – teorie*, Vydání 1, Martin: Osvěta, ISBN 8080632278

FIALA, P. A SPOL., 2004, *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*, Praha: Karolinum, ISBN 8024608049

FIBRILACE SÍNÍ – KATÉROVÁ ABLACE, 2010, *Katérová ablace fibrilace* [online], [citováno 2013-04-25], dostupné z: http://www.mojearytmie.cz/index.php?id_item=11&category=brochure&link=catheter_ablation_afib

HONZÁK, R., 1999, *Komunikační pasti v medicíně*, Vydání 2, Praha: Galén. ISBN 8072620320

HONZÁK, R., 2006, *Základy psychologie*, Vydání 1, Praha: Galén, ISBN: 807262377X

IKEM, 2006, *Katetrizační ablace arytmií* [online], [citováno 2012-12-22], dostupné z: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1004017>>

II. INTERNÍ KLINIKA KARDIOLOGIE A ANGIOLOGIE UK 1. LF UK A VFN PRAHA, 2006, *Elektrofyzilogické vyšetření a katérová ablace poruch srdečního*

rytmu [online], [citováno 2013-3-13], dostupné z:
<<http://int2.lf1.cuni.cz/elektrofyzilogicke-vysetreni-a-katetrova-ablace-poruch-srdecniho-rytmu>>

KAPOUNOVÁ, G., 2007, *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, Vydání 1, Praha: Grada, ISBN 9788024718309

KOLÁŘ, J. A KOLEKTIV, 2009, *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, Vydání 4, Praha: Galén, ISBN: 9788072626045

KOLÁŘ, J.,KAUTZNER, J., 2002, *Základy elektrografie arytmií a akutních koronárních syndromů*, Vydání 1, Praha: Akcenta, ISBN 8086232042

KOORDINAČNÍ STŘEDISKO TRANSPLANTACÍ, *Anatomie srdce* [online], [citováno 20012-11-26], dostupné z: <http://www.kst.cz/web/?page_id=2101>

KOZIEROVÁ, B. ET AL., 2004, *Ošetrovatelstvo 1, 2*. Slovenské vydání 1, Martin: Osvěta, ISBN 8021705280

KLENER, P. A KOLEKTIV, 2004, *Vnitřní lékařství díl 1.*, Praha: Informatorium, ISBN 9788086073538

LUKL, J. A SPOL., 2009, *Fibrilace síní*, Vydání 1, Praha: Grada, ISBN 9788024727684

MCLEOD, C., 2011, *Trust*, The Stanford Encyclopedia of Philosophy [online], [citováno 2011-02-07], dostupné z:
<<http://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/trust/>>

NAVRÁTIL, L., 2008, *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotní obory*, Praha: Grada, ISBN 9788024723198

NOVOTNÝ, I., HRUŠKA, M., 2003, *Biologie člověka*, Vydání 3, Praha: Fortuna, ISBN 8071688193

RYTMUS SRDCE, 2010, *Katetrizační ablace*, Občanské sdružení pro pacienty s poruchami rytmu srdce [online], [citováno 2011-06-26], dostupné z: <<http://www.rytmus-srdce.cz/lecba/katetrizacni-ablace/>>

SKALICKÁ, H. A KOLEKTIV, 2007, *Předoperační vyšetření*, Vydání 1, Praha: Grada, ISBN 9788024710792

SOVOVÁ, E, LUKL, J., 2005, *100 + 1 otázek a odpovědí pro kardiaky*, Vydání 1, Praha: Grada Publishing, ISBN 8024711664

SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J., 2004, *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*, Vydání 1, Praha: Grada, ISBN 8024710099

ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. A KOLEKTIV, 2007, *Jak dobře žít s nemocným srdcem*, Vydání 1, Praha: Grada Publishing, ISBN 9788024718224

ŠTEJFA, M., 2007, *Kardiologie*, Vydání 3, Praha: Grada, ISBN 97880241385

TÁBORSKÝ, M., 2006, *Neselektivní ablace AV-uzlu: nové aspekty v době kurativní léčby fibrilace síní a srdeční resynchronizační terapie*, Kardiologická revue, ročník 12, č. 2, ISSN 18018653

TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV, 2008, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Vydání 2, Brno: NCONZO, ISBN 8070133244

WALKER, R., 2003, *Velká rodinná encyklopedie lidské tělo*, Vydání 1, Praha: Slovart, ISBN 8072094777

ZADÁK, Z., HAVEL, E. ET AL., 2007, *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*, Vydání 1, Praha: Grada, ISBN 9788024720999

ZEMAN, K., 2005, *Poruchy srdečního rytmu v intenzivní péči*, Vydání 1, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 80702221

8. Klíčová slova

Sestra

Ošetrovatelská péče

Katétrová ablace

Arytmie

Pacient

9. Přílohy

Příloha 1 – Přehled míst v srdci pro zavedení katétrů

Příloha 2 – Multipolární katétrů v srdečních oddílech při katetrizační ablacii

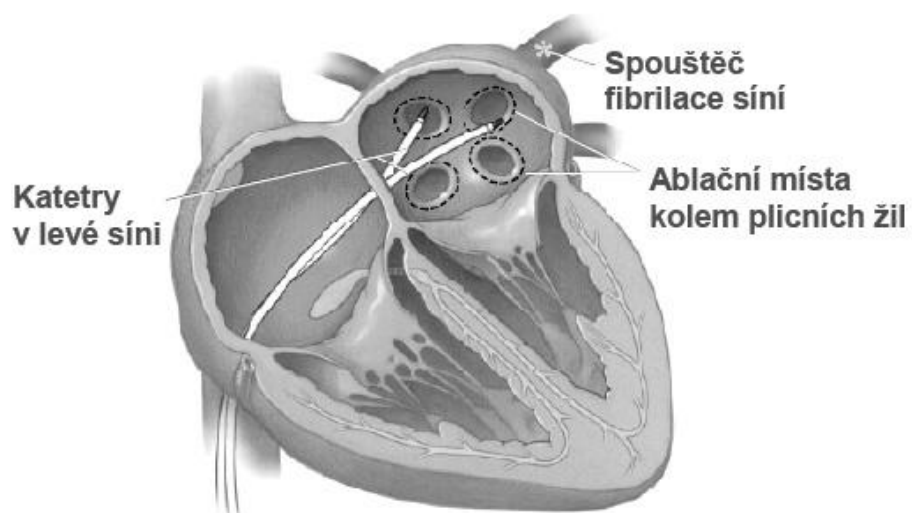
Příloha 3 – Elektrofyzilogický a ablační sál

Příloha 4 – Ukázka záznamů signálů z vnitřku srdce - spuštění tzv. AV nodální reentry tachykardie

Příloha 5 - Ukončení komorové tachykardie při aplikaci radiofrekvenční energie

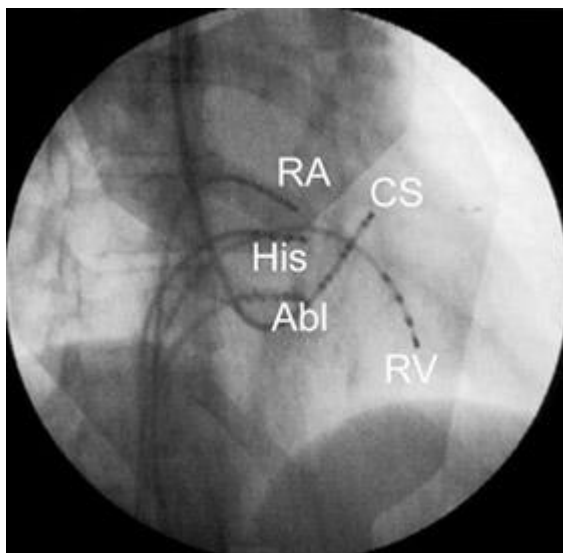
Příloha 6 – Výzkumné otázky pro rozhovory – Pacienti

Příloha 1 – Přehled míst v srdci pro zavedení katétrů



Zdroj: FIBRILACE SÍNÍ – KATÉTROVÁ ABLACE, 2010, *Katétrová ablace fibrilace* [online], [citováno 2013-04-25], dostupné z: http://www.mojearytmie.cz/index.php?id_item=11&category=brochure&link=catheter_ablation_afib

Příloha 2 - Multipolární katétry v srdečních oddílech při katetrizační ablaci



Zdroj: IKEM, 2006, *Katetrizační ablace arytmií* [online], [citováno 2012-12-22], dostupné z: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1004017>>

Příloha 3 - Elektrofyziologický a ablační sál



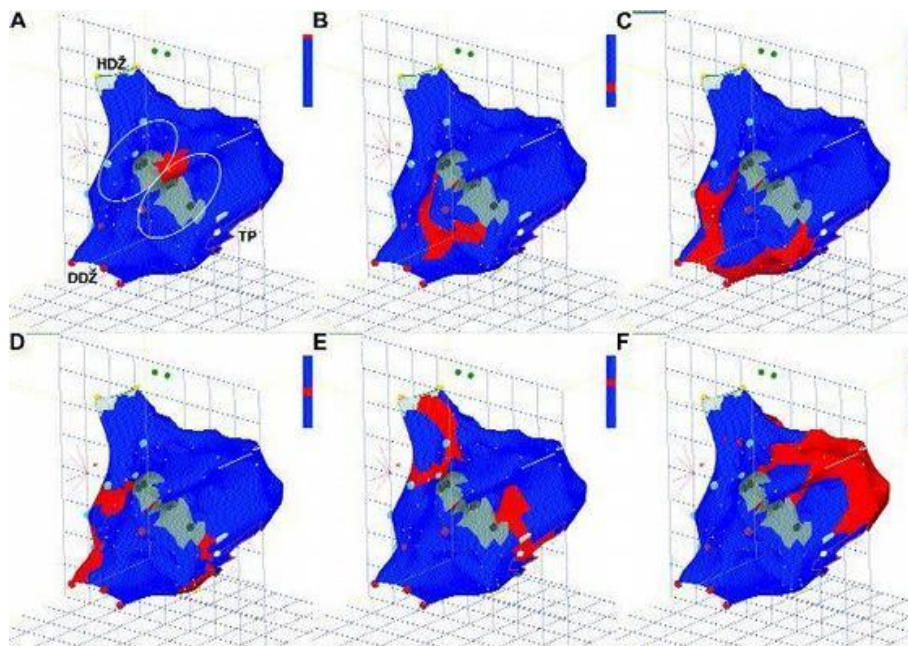
Zdroj: II. INTERNÍ KLINIKA KARDIOLOGIE A ANGIOLOGIE UK 1. LF UK A VFN PRAHA, 2006, *Elektrofyziologické vyšetření a katérová ablace poruch srdečního rytmu* [online], [citováno 2013-3-13], dostupné z: <<http://int2.lf1.cuni.cz/elektrofyziologicke-vysetreni-a-katetrova-ablace-poruch-srdecniho-rytmu>>

Příloha 4 – Ukázka záznamů signálů z vnitřku srdce - spuštění tzv. AV nodální reentry tachykardie



Zdroj: II. INTERNÍ KLINIKA KARDIOLOGIE A ANGIOLOGIE UK 1. LF UK A VFN PRAHA, 2006, *Elektrofyzilogické vyšetření a katérová ablace poruch srdečního rytmu* [online], [citováno 2013-3-13], dostupné z: <<http://int2.lf1.cuni.cz/elektrofyzilogicke-vysetreni-a-katetrova-ablace-poruch-srdecniho-rytmu>>

Příloha 5 - Ukončení komorové tachykardie při aplikaci radiofrekvenční energie



Zdroj: FIALA, M., 2002, *Katétrová ablace jednotlivých monomorfních tachyarytmií*,

Zdravotnické noviny- lékařské listy, ročník 02, č.1, ISSN 12137664

Příloha 6 – Výzkumné otázky pro rozhovory – Pacienti

1. Kolik vám je let?
2. Kde pracujete?
3. Kouříte?
4. Sportujete?
5. Po kolikáté absolvujete výkon katérové ablace?
6. Jak se vaše onemocnění začalo projevovat?
7. Jaký z příznaků byl pro vás nejhůře snesitelný?
8. Jak vaše onemocnění ovlivňovalo váš každodenní život?
9. Jaká byla vaše reakce při zjištění, že musíte výkon postoupit?
10. Jak vás v průběhu onemocnění podporovala rodina?
11. Jak vás v průběhu onemocnění podporoval váš zaměstnavatel?
12. Kdo vám poskytoval informace?
13. Jakou formou vám byly informace poskytovány?
14. V jakém rozsahu vám byly podávány informace?
15. Byly poskytované informace srozumitelné?
16. Jak probíhal váš příjem na oddělení?
17. Jak byly uspokojovány vaše potřeby?
18. Jak se cítíte před výkonem?
19. Znáte možné komplikace katérové ablace?
20. Co očekáváte od sester?
21. Pociťoval(a) jste bolest po výkonu? Jakého typu a intenzity bolest byla?
22. Jak u vás probíhala ošetrovatelská péče po katérové ablaci?
23. Jak se cítíte po výkonu?
24. Jak byly uspokojovány vaše potřeby po výkonu?
25. Jaká byla vaše komunikace se sestrami?
26. Co bylo pro vás nejhůře snesitelné po výkonu?
27. Víte, jak bude probíhat další následná léčba po skončení hospitalizace?

Zdroj: Vlastní