

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

2015

Mgr. Zdeňka Pavelková



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Disertační práce

Ošetrovatelství v rozvoji moderních léčebných metod
u pacientů s fibrilací síní

Autor: Mgr. Zdeňka Pavelková

Školitel: doc. MUDr. et Mgr. Alan Bulava, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Současná doba je charakterizována tím, že dochází k velkým vědeckým a technickým pokrokům nejen v medicíně, ale i v oboru ošetrovatelství, které nyní vychází mnohem více z vědeckého poznání, než tomu bylo dříve. Ošetrovatelství jako vědní disciplína vyžaduje odborně vzdělané sestry, jež budou zajišťovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Proto i vývoj moderní medicíny zvláště v odvětví kardiologie potvrzuje nutnost změnit chápání a postavení sestry v péči o pacienta a současně posílit prestiž a postavení sestry ve společnosti.

Disertační práce s názvem „Ošetrovatelství v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s fibrilací síní“ je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Struktura teoretické části této disertační práce je rozdělena na čtyři základní oblasti. První oblast je zaměřena na definici základních pojmů v ošetrovatelství, následující část je věnována současnému konceptu ošetrovatelství v obecné rovině společně a poté zaměření se na specifika ošetrovatelství v kardiologii. Nedílnou součástí teoretického přehledu je i medicínská část zabývající se poruchami srdečního rytmu s akcentací problematiky fibrilace síní.

Praktická část přináší výsledky kvantitativního typu výzkumu. Hlavním výzkumným záměrem disertační práce bylo zjistit, jak je vnímáno pečovatelské chování sestrami a pacienty u radiofrekvenční katérové ablace (RFA) pro fibrilaci síní (FS), jaký vliv má RFA na kvalitu života pacientů s FS a jaká je úroveň edukace u pacientů s FS. Pro jeho zodpovězení byly stanoveny adekvátní cíle práce. K naplnění cílů byl v empirické části prováděný výzkum rozdělen do dvou fází. V první fázi byl použit nestandardizovaný dotazník, který měl za úkol posoudit potřeby pacientů s FS před a po RFA s odstupem 1 roku. Ve druhé fázi, která zkoumala pouze stav po 1 roce od provedení RFA, byl ještě navíc použit standardizovaný dotazník CBI – 24 a společně s ním byl rozdán pacientům další formulář s otázkami, který zjišťoval obsah a formu edukace pacientů. Dále byla data získána od sester, které pacienty v souvislosti s RFA ošetřují. Výzkumným souborem bylo 264 pacientů z kardiocentra Nemocnice České Budějovice, a.s. a dále 92 sester z kardiocenter Nemocnice České Budějovice, a.s. a Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze. Výsledky byly zpracovány pomocí statistického softwaru STATISTICA a PSPP a dále programu MS Excel.

Výsledky provedeného výzkumu ukazují, že kvalita života u pacientů s FS je před ablací snížena. Problémovými oblastmi pacientů jsou bolest, fyzické a psychické potíže. V porovnání výsledků pacientů před a po RFA došlo ke zlepšení kvality života. Z tohoto, ale i z jiných medicínských důvodů, je stále více doporučovanou metodou léčby FS katetrizační ablace, která zlepšuje kvalitu života pacientů. Zároveň je z našeho výzkumného šetření dále patrné, že při porovnání oblastí uspokojování fyzických a psychických potřeb pacientů je pacienty lépe hodnoceno uspokojování potřeb fyzických. Další posuzovanou oblastí byla edukace pacientů. Z vyhodnocení získaných výsledků můžeme poukázat na skutečnost, že bylo lépe posuzováno spíše obsahové zaměření edukace, než volba její formy. To jen podtrhuje potřebu zaměřit se na efektivitu edukace ve vhodně zvolené formě s nutností stanovení tzv. edukačního plánu. Poslední částí výzkumu bylo zhodnocení vnímání poskytované ošetrovatelské péče z pohledu pacientů a sester. Z výsledků šetření je patrné, že sestrami je lépe hodnocena technická zdatnost než humanistický přístup k pacientům. Zároveň bylo zjištěno, že pacienti lépe hodnotili u sester oblasti zaměřené na výkon, než vytvoření vztahu jistoty a bezpečí pro pacienty. Jako problematická se dle výsledků jevila také oblast komunikace.

Stanovené cíle práce se nám podařilo naplnit a získat jak teoretická, tak i praktická doporučení. Analýzou výsledků jsme zjistili, že je potřeba podporovat humanistický přístup v ošetrovatelské péči o kardiologické pacienty, komunikaci a edukaci. Konkrétní výstupem pro sestry v praxi je navrhovaný certifikovaný kurz, který má za cíl podpořit zlepšení komunikace v ošetrovatelské praxi. Kurz se zaměřuje na komunikační techniky v oblasti zajišťování ošetrovatelské péče v kardiologii. Kromě toho má za úkol podpořit humanistický přístup sester k pacientům, a to v oblasti prohloubení znalosti koncepčních modelů a jejich využití v praxi. Zároveň je touto aktivitou zdůrazněna nutnost potřeby celoživotního vzdělávání sester.

Klíčová slova: humanismus – holismus – koncepční model – pacient – ošetrovatelská péče – fibrilace síní

Abstract

The current period is characterized by profound scientific and technological progress not only in the medicine but also in the field of nursing, which is now based more on scientific knowledge than ever before. Nursing as a science requires professionally trained nurses providing high quality nursing care. Therefore, the development of modern medicine, particularly in the field of cardiology, justifies the need to change the perception and status of nurses with respect to patient care together with strengthening the prestige and status of nurses in society.

The dissertation titled "Nursing in the development of modern treatment methods for patients with atrial fibrillation" is divided into theoretical and practical part. The structure of the theoretical part is divided into four areas. The first area focuses on definitions of basic concepts of nursing; the following section is devoted to the current concept of nursing in general, together with a focus on the specifics of nursing in cardiology. An integral part of this theoretical overview is the medical part, dealing with heart rhythm disorders, with emphasis on atrial fibrillation issues.

The practical part presents the results of the quantitative research. The main research intention of the dissertation was to determine how the nursing behaviour in connection with the procedure of radiofrequency catheter ablation (RFA) due to atrial fibrillation (AF) is perceived by nurses and patients, what is the impact of the RFA on the life quality of patients with AF, and what is the level of education in patients with AF. To meet these goals the research, the empirical part was divided into two phases. In the first phase, a non-standardized questionnaire was used, role of which was to assess the needs of patients with AF before and after RFA comparing baseline and 1 year follow-up data. In the second phase, which only examined the conditions 1 year after the RFA, a standardized questionnaire CBI - 24 (Caring Behaviour Inventory) was additionally used together with another form with questions investigating education of patients. Further data were obtained from nurses taking care for patients during the medical intervention. The research group comprised of 264 patients from the department of Cardiology, Ceske Budejovice Hospital, Inc., and 92 nurses from the Department of

Cardiology, Hospital Ceske Budejovice, Inc., and the Institute for Clinical and Experimental Medicine (IKEM) in Prague. The results were processed using STATISTICA, PSPP and MS Excel statistical software.

The research results show that quality of life of patients with AF before ablation was reduced. Patients' most common problem areas included pain, physical and mental problems. Comparing results of patients before and after RFA we found significant improvement in the quality of life. For this but also other medical reasons, catheter ablation, which improves patients' quality of life, is increasingly recommended method of treatment of AF. Our research also showed that if we compared meeting patients' physical and mental needs, meeting physical needs was evaluated better. Another area under consideration was the education of patients. Evaluated results showed the fact that education was focused on its content rather than its form. This emphasizes the need to focus on the effectiveness of education with properly chosen form and the need for establishing so called education plan. Evaluation of the perception of nursing care from the perspective of patients and nurses was the last part of the research. The results of the survey showed that nurses evaluated technical competence better than the humanistic approach to patients. It was also discovered that patients evaluated areas focused on performance of nurses better than creating a relationship of security and safety for patients. Finally, the results indicated that communication is also problematic area.

We managed to meet the set goals and gain both theoretical and practical recommendations. Analyzing the results, we found out that there is a need to support humanistic approach in nursing care for cardiac patients, communication and education. The suggested certified course, which is supposed to improve communication in nursing care, is a tangible output for nurses in the common clinical practice. The course is focused on communication techniques in the provision of nursing care in cardiology. Additionally, it is supposed to support the humanistic approach of nurses to patients in terms of deepening their knowledge of conceptual models and their use in practice. This activity also points out the necessity of lifelong education of nurses.

Keywords: humanism - holism - conceptual model - the patient - nursing care - Atrial fibrillation.

Prohlášení

Prohlašuji, že předkládanou disertační práci na téma „Ošetrovatelství v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s fibrilací síní“ 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 disertační 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 10. 9. 2015

.....
Zdeňka Pavelková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat mému školiteli doc. MUDr. et Mgr. Alanu Bulavovi, Ph.D. za odborné vedení disertační práce, za trpělivost, inspirativní náměty a laskavý přístup.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 9 |
| 1 Teoretická východiska | 11 |
| 1.1 Definice základních pojmů | 11 |
| 1.1.1 Ošetřovatelství | 11 |
| 1.1.2 Pečovatelství | 14 |
| 1.1.3 Humanizmus | 15 |
| 1.1.4 Holizmus | 16 |
| 1.1.5 „Carative factors versus curative factors“ | 16 |
| 1.1.6 Vztah sestry – pacient | 17 |
| 1.1.7 Transpersonální teorie | 17 |
| 1.2 Současné ošetřovatelství | 18 |
| 1.2.1 Nástroje ošetřovatelství | 21 |
| 1.2.2 Význam humanizmu a holizmu v ošetřovatelství | 24 |
| 1.2.3 Koncepční rámce | 25 |
| 1.3 Poruchy srdečního rytmu a jejich dělení | 28 |
| 1.3.1 Mechanismus vzniku arytmií | 29 |
| 1.3.2 Fibrilace síní | 30 |
| 1.4 Ošetřovatelství v kardiologii | 48 |
| 1.4.1 Kvalita života nemocného s fibrilací síní | 49 |
| 1.4.2 Vztah ošetřovatelské péče u pacientů s fibrilací síní a modelu Watsonové | 51 |
| 2 Cíle práce a hypotézy | 54 |
| 2.1 Cíle práce | 54 |
| 2.2 Hypotézy | 54 |
| 3 Metodika práce | 55 |
| 3.1 Výzkumný soubor | 55 |
| 3.2 Metody | 55 |
| 3.3 Statistické zpracování | 57 |
| 4 Výsledky | 58 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 4.1 | Hodnocení pohyblivosti..... | 60 |
| 4.2 | Hodnocení sebeděče | 61 |
| 4.3 | Vykonávání obvyklých činností | 62 |
| 4.4 | Bolest | 63 |
| 4.5 | Úzkosti a deprese | 64 |
| 4.6 | Posouzení edukace..... | 65 |
| 4.7 | Posouzení vnímání pečovatelského chování v ošetrovatelské péči..... | 68 |
| 4.8 | Shrnutí výsledků vnímání pečovatelského chování v ošetrovatelské péči (CBI 24)84 | |
| 4.9 | Hodnocení stanovených hypotéz | 87 |
| 5 | Diskuze..... | 91 |
| 5.1 | Uspokojování potřeb pacientů s FS v závislosti na intervenčním zákroku | 91 |
| 5.2 | Edukace pacientů s FS | 93 |
| 5.3 | Vnímání pečovatelského chování v ošetrovatelské péči | 95 |
| 5.4 | Návrhy a doporučení disertační práce | 99 |
| 6 | Závěr | 101 |
| 7 | Seznam obrázků, tabulek, grafů | 104 |
| 7.1 | Seznam obrázků..... | 104 |
| 7.2 | Seznam tabulek..... | 104 |
| 7.3 | Seznam grafů | 104 |
| 8 | Seznam použitých zdrojů | 107 |
| 9 | Přílohy | 118 |

Seznam použitých zkratk

- APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas (activated partial tromboplastin time)
- AV – atrioventrikulární
- BMI – výpočet stavu výživy z tělesné výšky a váhy (body mass index)
- CT – počítačová tomografie (computer tomography)
- CBI – Caring Behaviors Inventory (empirický nástroj na měření ošetrovatelské péče)
- DDD – stimulační režim dvoudutinového kardiostimulátoru
- EKG – elektrokardiogram
- FS – fibrilace síní
- IAS – interatriální septum
- INR – mezinárodně normalizovaný poměr (international normalized ratio)
- IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny
- LDPŽ – levá dolní plicní žíla
- LHPŽ – levá horní plicní žíla
- MR – magnetická rezonance
- MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- PSS – Patient Satisfaction Scale (empirický nástroj na měření spokojenosti pacientů)
- RFA – radiofrekvenční katérová ablace
- RTG – rentgen
- SA – sinoatriální
- SZO – Světová zdravotnická organizace
- TEE – transezofageální echokardiografie
- TS – transseptální sheath
- TTE – transthorakální echokardiografie
- VVI – jednodutinová komorová kardiostimulace

Motto: „Podstatu práce sester tvoří tři složky. Rozum, srdce a její ruka. Rozum ruku vede, srdce jí dává jemnost. Žádná z těchto složek nesmí přerůst, nesmí mizeti.“

(Prof. Arnold Jirásek)

Úvod

Na prahu 21. století dochází k velkým vědeckým a technickým pokrokům nejen v medicíně, ale i v oboru ošetrovatelství, které v současnosti vychází mnohem více z vědeckého poznání, než tomu bylo ve století předešlém. Výsledky výzkumných šetření se následně odráží i v praxi ve snaze dosahovat kvalitní ošetrovatelské péče. Hodnocení úrovně ošetrovatelské péče však není jednoduchým procesem, protože je zde mnoho determinant. Mezi ně můžeme uvést například rozdíly ve vnímání ošetrovatelské péče ze strany pacienta, rodiny, či zdravotnického personálu, podílejícího se na zajišťování ošetrovatelské péče a jejího kontinuálního zlepšování. Dále je nutné brát na zřetel pacientovy vědomosti, životní hodnoty, kulturu, interakci s prostředím a mnoho dalších faktorů ovlivňující přístup ke zdraví člověka. Jiným možným kritériem pro hodnocení úrovně ošetrovatelské péče je spokojenost pacientů, což je dáno posláním ošetrovatelství, které má za úkol uspokojovat potřeby pacienta se zaměřením na zachování, podporu či navrácení zdraví. V centru pozornosti současného ošetrovatelství stojí člověk, na kterého je nahlíženo jako na holistickou bytost s jeho problémy a potřebami. Rolí sestry je problémy identifikovat, stanovit stupeň jejich závažnosti a najít nejvhodnější způsob řešení. Takto koncipovaná péče předpokládá osobní zodpovědnost sestry a současně aktivní zapojení jak nemocného, tak jeho rodiny do samotného procesu ošetrování. Jednou z možností, jak aktivně zapojit nemocného a jeho blízké do péče, nabízejí ošetrovatelské modely, které obohacují teoretickou základnu ošetrovatelství jako vědní disciplíny, a v praxi řídí jak myšlení, tak i jednání sester v konkrétních situacích. Jejich užitečnost spočívá ve způsobu organizace myšlení, pozorování a interpretaci toho, co bylo zjištěno a viděno. Zároveň umožňují systematický přístup k praxi, řízení a výzkumu a stejně tak i usnadňují komunikaci mezi sestrami.

Vzhledem ke skutečnosti, že téma předkládané disertační práce je zaměřeno na ošetrovatelství v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s fibrilací síní, jeví se jako vhodné využití modelu Margaret Jean Watsonové podporující humanistický přístup k jedinci. Ošetrovatelská péče v kontextu s tímto modelem má za cíl zlepšení a posílení zdraví kardiologického pacienta s fibrilací síní, kdy je u něj potřeba vyvolat pozitivní změnu v péči o své zdraví úpravou životního stylu a eliminací rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Takový pacient potřebuje kvalifikovanou ošetrovatelskou péči, zakládající se na účinné komunikaci, empatickém přístupu a vzájemném učení vedoucí k pochopení a podpoře při uspokojování jeho tělesných, emocionálních, sociálních a spirituálních potřeb. Úlohou sestry je působit na pacienta s fibrilací síní pomocí svých odborných vědomostí, schopností, ale i dle poznání sebe sama a své vůle. Sestra musí pacienta akceptovat takového jaký je a jakým bude během jejího působení. Pocity pacienta s kardiologickým onemocněním by měla vždy vnímat a vytvořit s ním vztah založený na důvěře.

Vývoj moderní medicíny zvláště v odvětví kardiologie potvrzuje nutnost změnit chápání a postavení sestry v péči o pacienta a současně posílit prestiž a postavení sestry ve společnosti. Opodstatnění zmíněného spočívá také v tom, že ošetrovatelství jako vědní disciplína vyžaduje odborně vzdělané sestry, jež budou zajišťovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Filozofii těchto myšlenek je potřeba aktivně podporovat a rozvíjet i v praxi, především pak u pacientů se srdeční arytmií, u kterých jsou prováděny invazivní arytmiologické zákroky, jako je například radiofrekvenční ablace či endoskopické ablační výkony.

Uváděné informace předurčují zaměření empirické části této disertační práce, ve které se orientujeme na zmapování problémových oblastí u pacientů s fibrilací síní v návaznosti na moderní léčebné metody, konkrétně radiofrekvenční katérovou ablací. Další oblastí zájmu je zjištění vnímání ošetrovatelské péče jak z pohledu pacientů s kardiologickým onemocněním, tak i z pohledu sester o ně pečujících.

1 Teoretická východiska

V souvislosti se zvolenou problematikou této práce byla struktura teoretické části rozdělena na čtyři základní oblasti. První oblast je zaměřena na teoretická východiska ve smyslu charakterizování základních pojmů, s nimiž se bude pracovat v celé práci. V následující části je věnována pozornost současnému ošetřovatelství v obecné rovině, což dává podklad pro poslední specificky zaměřenou část, kterou je ošetřovatelství v kardiologii. Nedílnou součástí teoretického přehledu je i medicínská část zabývající se poruchami srdečního rytmu s akcentací problematiky fibrilace síní.

1.1 Definice základních pojmů

V kontextu předkládané problematiky se setkáváme s nepřehledným množstvím pojmů, které s ní souvisejí. Z tohoto množství byla vybrána jen některá teoretická východiska, jež jsou úzce spjata se zaměřením této práce. Budou zde charakterizovány pojmy jako je ošetřovatelství, pečovatelské, holismus, humanismus, „carative factors versus curative factors“, vztah sestry - pacient a transpersonální teorie tak, aby bylo možné s nimi následně pracovat a zasadit je do kontextu zkoumané problematiky.

1.1.1 Ošetřovatelství

Pod pojmem ošetřovatelství se podle encyklopedických údajů rozumí odborná péče o nemocné. Toto vyjádření je sice jasné, stručné a výstižné, ale ne zcela přesné. Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství tak, že se jedná o systém typicky ošetřovatelských činností zaměřených na jednotlivce, rodiny a skupiny, který jim má pomáhat, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu (Staňková, 1997; Šamáková et al., 2002). V souvislosti s tím je nutné zmínit i definici podle Americké asociace sester, jež charakterizuje ošetřovatelství jako ochranu, podporu a optimalizaci zdraví, prevenci

nemoci a úrazu, zmírnění utrpení, a to v péči o jednotlivce, rodinu, komunitu či populaci (Smith, 2008).

Vymezení pojmu ošetřovatelství není jednoduché. Je nutné sem zahrnout všechny oblasti, kterých se dotýká, aby bylo možné zajišťovat komplexní ošetřovatelskou péči jak ve zdraví, tak i v nemoci, a to u všech věkových skupin. Je nutné zmínit, že ošetřovatelství má velký význam nejen pro pokrok a úspěšnost medicínských oborů, ale má nezastupitelnou roli v oblasti morálně - etické. Snižování bolesti, utrpení a pocitů obav vede k dosažení kvalitního a spokojeného života bez neblahých prožitků. Jedinečnost ošetřovatelství tkví v tom, že se s ním potýká jedinec od svého narození až do konce života (Farkašová, 2007).

V publikacích Farkašové (2007) a Plevové (2011a) se můžeme setkat s mnoha úhly pohledu na definici ošetřovatelství. Ošetřovatelství je např. považováno za humanitní vědu, jejíž schopnosti a praxe se zakládají na vědeckých poznatcích. Ošetřovatelská praxe má tak nezávislé a kooperativní funkce mající za úkol zajišťovat pomoc jedinci, skupinám a rodinám, aby dosahovali optimálního stavu jak biologického, sociálního a osobního, tak i duchovního. Dále je ošetřovatelství charakterizováno jako integrovaná vědní disciplína, která má za úkol vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka, jež vznikly nemocí, a zajišťovat pomoc těm, kteří se o sebe nemohou, neumí či nechtějí starat. Toto lze také rámcově definovat jako nauku o uspokojování potřeb jedinců a skupin ve vztahu k jejich zdravotnímu stavu a podmínkám prostředí (Farkašová, 2007; Plevová, 2011a).

V České republice je koncepce ošetřovatelství ukotvena legislativními normami (zákon č. 96/2004 Sb. a vyhláška č. 424/2004 Sb.), jejichž součástí je i definice ošetřovatelství. Zde je charakterizováno ošetřovatelství jako zaměření se na udržení, podporu a navrácení zdraví. Zároveň se orientuje i na rozvoj soběstačnosti či zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se tak stává nedílnou součástí prevence, terapie a rehabilitace. Úkolem ošetřovatelského personálu je na podkladě předem zmíněného pomoci jedinci, rodinám a také skupinám, aby byl schopen samostatného uspokojování bio – psycho -sociálních a duchovních potřeb. Vedle těchto činností je zapotřebí vést jedince, rodiny a skupiny

k podpoře v oblasti sebepéče a působit také v oblasti edukace. V neposlední řadě je úkolem zdravotnického personálu zajišťovat profesionální ošetrovatelskou péči v těch případech, kdy o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat (Pochylá, 2005; Věstník MZČR, 2004).

V praxi lze pak ošetrovatelství charakterizovat jako ošetrovatelskou péči, která je vykonávána v určitém čase. Zároveň je orientovaná na osobu, jež je v určitém stavu zdraví a nachází se v určitém prostředí. Základem toho jsou metaparadigmatické koncepce ošetrovatelství, které se stávají výchozími procesuálními aspekty ošetrovatelské péče. Součástí metaparadigmatické koncepce je tedy osoba, zdraví a prostředí. Sestra za zmiňovaných podmínek vstupuje do interakce s osobou nacházející se v určité situaci zdraví a v určitém stavu prostředí. Toto vzájemné působení by mělo být vyvážené, aby vznikl prostor pro optimální bytí člověka a dosahovalo se tak co nejefektivnější ošetrovatelské péče. Aby byl zajištěn určitý standard a kvalita této péče, musí sestra vycházet z vědomostí vztahujících se k osobě, zdraví, nemoci a prostředí. Ve vztahu k osobě mluvíme o jejím vývoji, prožívání, chování, jednání a ovlivňujících determinantech lidského bytí. V přístupu ke zdraví by sestra měla mít vědomosti o zdraví, nemoci, onemocnění, odchylkách či determinantech zdraví. V neposlední řadě se jedná o vědomosti, které utvářejí celistvost dané problematiky procesu ošetrovatelství, a to je prostředí, ve kterém člověk žije, včetně ošetrovatelského prostředí (Farkašová, 2007; Plevová, 2011a).

Hannah Cooke ve své knize „Sociology in Nursing and Health Care“ popisuje, jaké jsou profesionální znaky ošetrovatelství. Patří zde například dovednosti získané na základě teoretických poznatků, zajišťování edukace a nácviku jednotlivých výkonů, existence profesních organizací, dodržování etického kodexu a také důraz na altruistické služby pro poskytování odborné a kvalitní ošetrovatelské péče ve zdraví i nemoci (Cooke et al., 2008).

1.1.2 Pečovatelsví

Při definování pojmu pečovatelsví je nutné se zaměřit na význam slova pečování (angl. caring). V anglickém výkladovém slovníku autorů Bláhy a Šemberové je pečování popisováno jako chování, které se zaměřuje na péči o zdraví a blaho klientů a zároveň se soustředí na ochranu lidské důstojnosti a ochranu lidského zdraví (Bláha et al., 2004).

V kontextu s ošetrovatelstvím je pečování považováno za jeho podstatu a za základní faktor, který udává rozdíl mezi sestrami a dalšími zdravotníky. Pojetí pečování v ošetrovatelství bylo definováno různými způsoby (Azizi, 2012). Watsonová pokládá pečování za morální ideál sestry, nejen za povinně orientované chování v péči o pacienta. Také jej popisuje jako mezilidský vztah mezi sestrou a jedincem, jehož cílem je ochrana lidské důstojnosti (Farkašová, 2006; Watson, 2008).

Morse zastává definování pečování podle 5 hlavních konceptů péče:

1. pečování jako lidská vlastnost,
2. pečování jako morální nezbytnost,
3. pečování jako afektivní dovednost,
4. pečování jako interpersonální interakce,
5. pečování jako ošetrovatelská intervence (Morse, 1991; Azizi, 2012).

Kromě toho se můžeme setkat ještě s jinými výklady, kdy pečování je chápáno jako interpersonální proces vyžadující odbornou úroveň ošetrovatelské péče a interpersonální vnímavost pro vytvoření vztahu důvěry mezi sestrou a pacientem. Pečování je souborem lidského chování, zahrnující úctu k ostatním, orientuje se na humanisticky zaměřenou péči, efektivní komunikaci, odborné vlastnosti a dovednosti a navíc vychází i z vlastních zkušeností (Finfgeld - Connett, 2008; Wilkin, 2004). Tato charakteristika se shoduje i s pojetím Jarošové, která uvádí, že pečování v kontextu s profesionální péčí je vnímáno jako lidské chování, které zahrnuje kognitivní, afektivní, psychomotorické a organizační dovednosti. Dále zmiňuje skutečnost, že pečování v ošetrovatelství by mělo obsahovat dvě základní složky – instrumentální a expresivní. V instrumentální složce spočívá zaměření se na fyzické a technické aspekty v pečování. Expresivní oblast se zabývá problematikou plnění psychosociálních a emocionálních potřeb pacienta. Pacientovo

vnímání pečovatelského chování se následně odráží ve spokojenosti s celkovou péčí ve zdravotnictví (Jarošová, 2010).

1.1.3 Humanizmus

Pojem humanizmus vychází z latinského slova „humanus“, jehož význam je definován jako lidský, lidskost, mravnost, ušlechtilost, dobročinnost či vzdělanost (Fajkus, 2005). Akademické slovníky cizích slov vykládají humanizmus jako filozoficky zdůvodněný názor, respektující a podporující důstojnost člověka jakožto svébytné duchovní i tělesné bytosti ve všech dimenzích jeho života, zaměřený proti jeho odcizení či proti duchovnímu a sociálnímu útisku (Kraus, 2006).

Další pohled na tuto problematiku nabízí ve své publikaci Pavlíková, která uvádí, že se jedná o filozofický směr, jenž uznává hodnotu člověka jako osobnosti, jeho právo na svobodu a štěstí, na rozvoj jeho sil a také jeho schopností. Dává do popředí význam schopností člověka. Do opozice staví poznání Boha vůči poznání člověka a přírody. Za normy vztahů mezi lidmi považuje zásady rovnosti, spravedlnosti a lidskosti. Zabývá se lidskými atributy a charakteristikami (Pavlíková, 2006).

V souvislosti s humanizmem je též popisován humanistický životní postoj, který je vysvětlován jako obrana člověka, zdůraznění lidské hodnoty a důstojnosti. Humanizmus, který klade, jak již bylo zmiňováno, do centra blaho člověka, musí v dnešní době více akceptovat solidaritu mezi lidmi než seberealizaci jednotlivých individuí. Tyto dva aspekty, solidaritu a seberealizaci, není však možné od sebe oddělovat (Henrik von Wright, 2001).

V ošetrovatelství opět začíná od 80. let minulého století převládat filozofie humanizmu s respektováním holistických principů jako odpověď na přetechnizovanou ošetrovatelskou praxi a zároveň i jako důsledek uplatňování vědeckých aspektů (Pavlíková, 2006).

1.1.4 Holizmus

Tento termín se odvíjí z řeckého slova „holos“, což znamená celý, úplný či nepřerušovaný. Jedná se filozofický směr, který je jednou z forem idealizmu (ten považuje vědomí, myšlení a psychiku za prvotní a hmotu, přírodu a fyzický svět za druhotné neboli odvozené). Holizmus vyzdvihuje prvenství celku v poměru k částem. Z toho vychází holistická filozofie, která se zaměřuje na celek a celistvost. Celek nesnižuje na pouhý souhrn částí, ale vidí mezi nimi vzájemný vztah a interakci. Tudiž změna jedné části celku má za následek změny v celku jako takovém a tím jej mění. Aplikace této filozofie na péči o lidi a jejich zdraví klade do popředí to, že sestra musí přistupovat k jedinci jako k celku a musí se snažit pochopit současně vztah částí ve vztahu k interakcím celku a zároveň i vztah celku k jeho částem. Celistvost jedince tedy charakterizují všechny stránky jeho životního stylu: tělesná zdatnost, primární prevence fyzických a emocionálních stavů, zvládnání stresu, reakce na prostředí, sebekoncepce a duchovno (Pavlíková, 2006).

1.1.5 „Carative factors versus curative factors“

Pojem „carative factors“ byl odvozen od slova „caring“, který již byl charakterizován v předešlých kapitolách jako pečování nebo pečovatelské. Watsonová ve své publikaci uvádí, že „carative“ neboli pečovatelské je filozofií a teorií péče o lidi. Tento termín zvolila záměrně a užívá jej namísto „curative factors“ (v překladu kurativní či léčebné faktory), aby zdůraznila rozdíl mezi ošetrovatelstvím a medicínou. Zatímco „curative factors“ neboli léčebné faktory se zaměřují na léčbu pacienta v době nemoci, tak „carative factors“ se zaměřují na pečovatelský proces, který má za úkol pomáhat jedinci dosáhnout nebo udržet zdraví či zajistit jedinci klidné umírání (Watsonová, 2008). Zmiňované „carative factors“ budou na základě uvedených skutečností označeny jako faktory pečovatelského chování, dle nichž Watsonová vytvořila svou teorii humanistické péče (Farkašová, 2006).

1.1.6 Vztah sestra – pacient

V publikacích se uvádí vymezení tohoto termínu v tom smyslu, že se jedná o vzájemný kontakt mezi sestrou a nemocným. V souvislosti s tímto kontaktem se vyžaduje od sestry, aby měla psychologické znalosti, empatický přístup, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, což následně proměňuje znalosti v umění správně jednat s nemocným (Plevová, 2011a). Jarošová v souvislosti s charakterizováním vztahu sestra – pacient uvádí, že sestra je ochránkyní zájmů pacienta (Jarošová, 2000). Obvykle má sestra s nemocným užší a častější kontakt než lékař (Bártlová, 2005), pomáhá pacientovi při dosahování uspokojování jeho potřeb a nahrazuje společenské vztahy. Nedílnou součástí tohoto vztahu je i efektivní komunikace, která má za úkol vést k identifikaci potřeb pacientů a k poznání, jak lze potřeby uspokojit přijatelným způsobem pro pacienta. Sestra se snaží pacientovi poskytovat vše nejen v ošetrovatelské péči, ale pomáhá mu vyrovnat se i s osobními situacemi, které jej v době nemoci provází. Jejím cílem je dosáhnout toho, aby nemocný byl aktivním účastníkem v péči o své zdraví (Jarošová, 2000).

1.1.7 Transpersonální teorie

Pro vymezení transpersonální teorie se musíme zaměřit i na význam slova transpersonální, které je vykládáno jako nadosobní, vycházející z nadvědomí, překračující hranice osobnosti (Kraus, 2006). Prusková charakterizuje ve své práci pojem transpersonální jako přístup „nad rámec vlastního ega“, jenž vede k dosažení hlubšího duchovního spojení mezi sestrou a pacientem s cílem podpory jeho pohodlí a vedoucí k jeho uzdravení. V této definici se opírá o poznatky a teorii Watsonové. Dále je tento výraz používán v kontextu transpersonální teorie péče, která uznává jednotu života a návaznost, která se soustředí na péči od jednotlivce k ostatním, ke komunitě, do světa až do vesmíru. Jejím cílem je ochrana, posílení a zachování lidské důstojnosti, lidskosti, celistvosti a harmonie myslí, těla a duše (Prusková, 2012).

Fawcettová (2005) v souvislosti s uváděnou problematikou uvádí pojetí transpersonální teorie péče dle Watsonové, které je popisováno z hlediska transakcí, na

něž Watsonová nahlíží jako kombinaci vědy a umění. Vysvětluje, že transpersonální transakce péče jsou vědecké, profesionální, etické, estetické, tvůrčí a individuálně zaměřené na vztah mezi sestrou a pacientem, což umožňuje kontakt mezi subjektivním světem lidí, které toto prožívají skrze oblast fyzickou, duševní a duchovní.

Watsonová toto pojetí dále vyjadřuje pomocí následujících tvrzení:

1. Umění transpersonální péče v ošetrovatelství stejně jako morální ideály jsou prostředky komunikace a vyjádření lidských pocitů skrze uvědomění si celého „já“ v ošetrovatelství.
2. Umění transpersonální péče umožňuje člověku se posunout směrem k větší harmonii, duchovnímu vývoji a dokonalosti.
3. Čím více umění je v transpersonální péči, tím lépe se definuje ideální péče s ohledem na její obsah a předmět ošetrovatelství.
4. Transpersonální péče je z velké části umění z důvodu, jakým způsobem se dotýká lidské duše a vnímání pocitů člověka, což vede k jeho posunutí k vyššímu sebevědomí a také vede k harmonii mysli, těla i duše (Fawcett, 2005).

1.2 Současné ošetrovatelství

Současné ošetrovatelství je disciplína založená na samostatnosti sestry a na týmové spolupráci s lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky. Od sestry se tedy očekává, že bude odborníkem ve sféře vlastního samostatného působení. Ošetrovatelství je dnes chápáno jako multidisciplinární obor s vlastní teoretickou základnou a její praktickou aplikací, kdy využívá poznatků a metod odvozených z humanitních věd, fyzikálních, biologických a behaviorálních věd, z teorií řízení a vedení a z teorií vzdělávání (Plevová, 2011a).

Moderní ošetrovatelství vychází ze své vlastní koncepce, je realizováno pomocí ošetrovatelského procesu, vychází z vědeckého poznání a zároveň má své charakteristické rysy. Do těchto rysů moderního ošetrovatelství řadíme: poskytování aktivní ošetrovatelské péče, poskytování individualizované péče realizované pomocí ošetrovatelského procesu, poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých

poznatků podložených výzkumem, holistický přístup k jedinci, preventivní charakter péče a poskytování péče ošetřovatelským týmem (Plevová, 2011a). Uvedené rysy jsou podkladem koncepce ošetřovatelství, která určuje směr oboru (Jarošová, 2000).

Na ošetřovatelství je možné nahlížet z mnoha úhlů pohledu. Jedním z nich je legislativní aspekt, který vychází z koncepce současného ošetřovatelství. Pojetí českého ošetřovatelství uvedené ve Věstníku MZČR č. 9/2004, které vychází z koncepce ošetřovatelství České republiky z roku 1998, koresponduje s koncepcí stanovenou Světovou zdravotnickou organizací (dále jen SZO) a doporučeními Organizace spojených národů, Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester, Mezinárodní rady porodních asistentek a směrnic Evropské unie. Tato koncepce se především zaměřuje na udržení a podporu zdraví, navrácení a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení v terminální fázi nemoci a zajištění klidného umírání. Dále se také zaměřuje na péči o rodinu nemocného (Věstník MZČR, 2004; Vytejčková et al., 2011).

Koncepce ošetřovatelství klade vyšší nároky na práci ošetřovatelského personálu tím, že zdůrazňuje především jeho samostatnost a náročnost. Proto je nutností, aby sestry pracovaly na základě metody ošetřovatelského procesu, který musí být doprovázen řádně vedenou ošetřovatelskou dokumentací. Tento základ tvoří metodický postup pro ošetřovatelský personál, který poskytuje ošetřovatelskou péči, jak zdravým, tak i nemocným lidem, rodinám a sociálnímu prostředí (Pochylá, 2005).

Kvalita ošetřovatelské péče je dnes zajišťována pomocí tzv. indikátorů kvality, což jsou ošetřovatelské standardy, pomocí nichž se stanovují kritéria k poskytování péče a k jejímu hodnocení. Vyhodnocování kvality se naopak stává základním východiskem pro tvorbu koncepcí ošetřovatelské péče v jednotlivých klinických oborech (Pochylá, 2005).

Moderní ošetřovatelství je neustále dynamicky se rozvíjející vědní obor, který zohledňuje nové poznatky v oblasti medicíny i dalších humanitních věd a reaguje nejen na ně, ale i na změny v souvislosti s poskytovanou zdravotnickou péčí na základě požadavků společnosti (Schmidtová, 2008; Žiaková a kol., 2003). Pro ošetřovatelství jako obor je velmi důležité, aby bylo vědecky podložené a aby ošetřovatelské povolání bylo vytvářeno na vědeckých základech. Tímto se rozvoj ošetřovatelství stává jedním z východisek pro změny v oblasti ošetřovatelského vzdělávání a také následné

ošetřovatelské praxe. Teoretická východiska ošetřovatelství zahrnují: třídění informací do logických systémů; odhalování nedostatků ve vědomostech specifických úseků ošetřovatelského vzdělávání a následné praxe; možnosti poskytování logického návodu pro sběr relevantních údajů o zdravotním stavu pacienta; stanovení kritérií hodnocení ošetřovatelské péče a konečně iniciování a realizování výzkumu v ošetřovatelství (Farkašová, 2006; Mastiliaková, 1999).

Charakterizujeme-li ošetřovatelství jako vědní disciplínu, je nutností, aby i sestra zastávala svou roli výzkumnice. Toho lze dosáhnout prostudováním struktur ošetřovatelských znalostí a to na základě pochopení základních vztahů mezi filozofií, výzkumem a teorií ošetřovatelství. Jen málo publikací týkajících se definice teorie a výzkumu v ošetřovatelství se zabývá zkoumáním vazby mezi nimi a podobně bývá opomíjena i role filozofie v ošetřovatelství, jež je nezbytná pro odvozování znalostí a vztahů této vědní disciplíny (Alligood, 2010; Mary et al., 2009).

Stejně jako v medicíně, v níž je kladen důraz na význam a úlohu praxe založené na důkazech (Evidence Based Medicine), tak i v ošetřovatelství se snažíme dosahovat kvalitnější péče na základě důkazů z vědeckého zkoumání (Evidence Based Nursing, dále jen EBN). Ošetřovatelství založené na důkazech lze definovat jako proces klinického rozhodování sester využívajících pro svou praxi nejdostupnější výsledky výzkumu, klinické zkušenosti a preference pacienta na základě dostupných prostředků. Zpočátku bylo využito pro podporu osvědčených postupů, jako je rozvoj národních směrnic a hodnocení zdravotnických technologií, což je složitý a mnohostranný proces. Jsou-li využívány důkazy v ošetřovatelské praxi, je poskytována vysoká kvalita péče a jsou dosaženy nejlepší výsledky jak pro nemocného, tak i pro poskytovatele a systém (Staniszewska et al., 2013; Zeleníková a kol., 2013).

V souvislosti se zmiňovanými aspekty v ošetřovatelství je zároveň důležité uvést, kdo je příjemcem ošetřovatelství. Cílem a snahou současného moderního ošetřovatelství je dosáhnout u příjemce ošetřovatelské péče toho, aby byl zapojován do péče o sebe sama. Jako příjemci ošetřovatelství jsou označováni konzumenti, pacienti nebo klienti. Za konzumenty ošetřovatelské péče jsou považováni jednotlivci, skupiny či pospolitosti, využívající zdravotnických služeb nebo produktů zdravotnické péče. Pacientem je osoba,

očekávající nebo využívající medicínskou léčbu a péči. V tradičním pojetí se jedná o osobu přijímající zdravotnickou péči. Klient je chápán jako osoba přijímající radu nebo služby jiných, kteří mají odpovídající kvalifikaci pro poskytování těchto služeb. Mnozí příjemci zdravotnické péče však vždy nemusejí být nemocní, tudíž se více využívá název klient (Jarošová, 2000).

V kontextu této disertační práce budou spíše využívána označení jak pacient, tak i nemocný, jelikož se zaměřujeme na cílovou skupinu kardiologicky nemocných, přijímajících zdravotnickou péči.

1.2.1 Nástroje ošetrovatelství

Tato kapitola je zaměřena na ošetrovatelskou péči a její organizaci, dále na metodu poskytování ošetrovatelské péče, což je ošetrovatelský proces a nezbytnou součástí je i zaměření se na kvalitu poskytované péče.

Organizaci ošetrovatelské péče Mastiliaková charakterizuje jako ošetrovatelskou praxi, která je dynamická v kontextu respektování měnících se potřeb populace a požadavků měnících se systémů péče o zdraví. Jedinečnost ošetrovatelské péče je tak spatřována v umění sester propojit ošetrovatelské činnosti tak, aby docházelo k adekvátní reakci na potřeby jednotlivce, rodiny a komunit v různých životních situacích a v různém prostředí (Mastiliaková, 2002).

Ošetrovatelské činnosti sestry zahrnují poskytování ošetrovatelské péče a její řízení v oblasti ambulantní zdravotní péče, ústavní zdravotní péče, komunitní či domácí péče. Tím je naplňována podstata ošetrovatelské praxe. Ošetrovatelskou péči lze také charakterizovat jako odbornou činnost zaměřenou na zachování, upevňování a obnovu zdraví populace. Tato ošetrovatelská péče je poskytována na úrovni základní, komplexní a specializované, kdy sestra pracuje samostatně, ve spolupráci s lékařem nebo dle jeho indikace. Hlavním cílem je však vždy zajišťování kvalitní péče na podkladě nejnovějších vědeckých poznatků (Farkašová, 2006; Plevová, 2011a).

Ošetrovatelská péče musí být poskytována odborníky s patřičným vzděláním, jak je zakotveno v zákonech ČR vztahujících se na státní i nestátní zdravotnická a sociální

zařízení. Ošetrovatelská péče je tudíž zajišťována zdravotnickým personálem na podkladě Zákona č. 105/2011 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a dále pak Vyhláškou č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti na základě kompetencí pracovníků poskytujících zdravotní péči (Plevová, 2011a).

Dalším velmi důležitým faktem je skutečnost, že ošetrovatelská péče je poskytována formou ošetrovatelského procesu, který zohledňuje všechny oblasti lidského bytí a tím dosahuje efektivního uspokojování potřeb jedince (Plevová, 2011a).

V současnosti lze říci, že metoda ošetrovatelského procesu je poměrně známá a zároveň i zakotvena jak do klinické praxe, tak do výuky studijních oborů ošetrovatelství. Pomocí něj je možné zajišťovat systémový přístup k ošetrovatelské péči, jelikož jeho součástí jsou vzájemně propojené a podmíněné fáze. Jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu se skládají z posouzení, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení a to vše ve prospěch jednotlivce, rodiny či komunity (Plevová, 2011a).

Proces jako takový se skládá ze série činností, jež musejí být naplánovány a taktéž musejí být zaměřeny na dosahování určitého výsledku. Charakter ošetrovatelského procesu je směřován tak, aby docházelo k akceptování vědeckého a systémového přístupu v ošetrovatelství. Z praktického pohledu jde o systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jejím cílem je dosažení změny zdravotního stavu nemocného. Zmiňovanou sérii činností při zajišťování individuální ošetrovatelské péče ve prospěch nemocného mohou sestry vykonávat samy, nebo je-li to možné, tak ve spolupráci s nemocným. Tyto činnosti také umožňují sestřím samostatně se rozhodovat o tom, jaký způsob péče je pro nemocného nejvhodnější. Zároveň pomáhají sestřím v tom, aby byly schopny dosahovat stanovených cílů a tím změřit posun ve zdravotním stavu, kterého se dosáhlo společným úsilím sestry a nemocného (Allen, 1997; Mastiliaková, 2002). Jedná se o proces kontinuální, který dovoluje nemocnému spolupodílet se na péči (Šamánková, 2002).

Přínos realizace ošetrovatelského procesu spočívá v doplňování postupů ostatních profesí, jež se soustředí na jedince a jeho reakce na lékařský problém, na léčebný plán, či na změny, které nastaly v jeho každodenním životě. Tato realizace umožňuje ošetrovatelskému personálu adekvátně řešit aktuální i potencionální problémy

nemocného, tak aby bylo vše možné promítnout do individuálního plánu ošetrovatelské péče. Zároveň tak vyvstává požadavek na přesně vedenou dokumentaci vedoucí k eliminaci nežádoucích dopadů v souvislosti s možnostmi dopouštění se chyb, omylů a k předcházení opakujících se určitých postupů. Práce formou ošetrovatelského procesu v souvislosti se zajišťováním ošetrovatelské péče přináší svá pozitiva jak nemocnému, tak i sestře (Tóthová, 2009).

Dnešní společnost uznává potřebu ošetrovatelství a prohlašuje ji za zákonnou službu (Grohar - Murray, 2003), ale je zpětně požadována zodpovědnost. Ošetrovatelskou praxi tak řídí profesní standardy a ty si mohou do určité míry samosprávné organizace upravovat. Dále v každé zemi existuje i právní rámec udělující na základě zákonů o poskytování ošetrovatelské péče sestřím právo vykonávat ošetrovatelskou praxi. Za zdraví populace nese zodpovědnost vláda, jež vytváří státní pravidla a nařízení týkající se poskytování zdravotní péče. Ošetrovatelská péče pak také podléhá těmto pravidlům a nařízením. Ošetrovatelství tedy musí respektovat a dodržovat nejen právní, ale i etické zásady zakořeněné v profesních, organizačních a osobních hodnotách, jež dávají ošetrovatelské praxi další rozměr. Na základě těchto uvedených faktorů se vytváří hodnocení kvality ošetrovatelské péče (Grohar - Murray, 2003).

Definice kvality ošetrovatelské péče je hojný počet. Například Holčík se ve výčtu charakteristik kvality zdravotní péče zmiňuje o tom, že kvalitní zdravotní péče znamená schopnost uspokojovat zdravotní potřeby těch, kteří jsou na této péči závislí. Jako kvalita je brána taková forma a míra zdravotní péče, na jejímž základě se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku (Holčík a kol., 2005). Kvalita je v těchto souvislostech chápána jako integrální součást celé společnosti představující proces, jenž má za úkol plnit očekávání pro vytvoření efektivního zdravotnického systému ve vztahu s výkonem, realizací a ekonomickými možnostmi země. Součástí procesu zajišťování kvality by měly být i sestry, které musí charakterizovat kvalitu ošetrovatelské péče (Eisenberger et al., 2012; Kilíková, 2013).

Za kvalitní péči je možné považovat takovou péči, která je účinná ve vztahu k zdravotnímu stavu pacienta, je jí pozitivně přijata a respektuje možné využití zdrojů. Kvalita ošetrovatelské péče se dále vyznačuje tím, že je poskytována na základě

ošetřovatelského procesu, jenž zajišťuje dobře motivovaný a odborně připravený ošetřovatelský personál. Práce ošetřovatelského personálu musí být týmová i mezioborová, aby bylo dosaženo stanovených cílů. Opomíjeny by taktéž neměly být další znaky kvality péče jako je dostupnost, vhodnost péče, přijatelnost, efektivita a rovnocennost (České ošetřovatelství 2, 1998; Farkašová, 2006).

Kvalita ošetřovatelské péče je dána shodou mezi poskytovanou ošetřovatelskou péčí a mezi existujícími standardy, což jsou kritéria optimální péče. Ošetřovatelské standardy jsou charakterizovány jako dohodnutá profesní úroveň kvality. Kontrolním mechanismem těchto standardů je audit zaměřující se na dodržování ošetřovatelských standardů a tím se podílející na hodnocení kvality poskytované ošetřovatelské péče s ohledem na její účinnost, efektivnost a etickou přiměřenost (Farkašová, 2006; Šamánková, 2002).

1.2.2 Význam humanizmu a holizmu v ošetřovatelství

Humanizmu v ošetřovatelství se začala věnovat větší pozornost z důvodu reakce na technický pokrok pronikající do ošetřovatelské péče (Kozierová a kol., 1995; Berman et al., 2012). V polovině 20. století nastal ve zdravotnictví tzv. kult technologie, který vychází z filozofických základů materializmu. Do vztahu mezi sestrou, lékařem a pacientem vstoupily technologie a přístroje v takové míře, že to vedlo k orientovanosti na prostou techniku výkonů a na biologickou stránku člověka. V reakci na uváděnou „přetechnizovanost“ medicínské i ošetřovatelské praxe i jako důsledek vědeckého poznání se od 80. let minulého století začíná prosazovat snaha zaměřit se více na humanistickou filozofii s respektováním holistických principů (Pavlíková, 2006). Humanizmus v ošetřovatelství má hlavní význam v tom, že se zabývá postoji a přístupy k pacientovi a jeho blízkým, kdy je potřeba v nich vidět lidské bytosti se svými potřebami a ne jen jejich část. Do humanistických projevů se řadí například vcítění se do situace druhých, soucit, lítost, milosrdenství či vážení si života. To všechno je velmi důležité pro profesi sestry a vůbec celého zdravotnického týmu tak, aby byla poskytovaná ošetřovatelská péče kvalitní. Sestra s humanistickým přístupem k ošetřovatelské péči

musí brát v úvahu všechna známá fakta o pacientovi, to znamená jeho myšlenky, pocity, hodnoty, zkušenosti, náklonnosti, touhy, chování, jakož i fyzickou oblast (Kozierová a kol., 1995; Berman et al., 2012).

1.2.3 Koncepční rámce

Koncepční rámce a modely otevírají cestu ke konceptualizaci ošetřovatelství v jasných a srozumitelných pojmech (Kozierová a kol., 1995). Koncepční rámec je chápán jako soubor myšlenek, prohlášení a koncepcí (Berman et al., 2012; Fawcett, 2005). Zahrnují nejen koncepce, ale i propozice a tvrzení, která vyjadřují vztah mezi jednotlivými koncepcemi (Kozierová a kol., 1995). Konceptuální modely jsou popisovány jako soubory abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Jedná se o organizaci jednotlivých ošetřovatelských teorií tak, aby je sestra uměla následně aplikovat v praxi (Příloha 1, Berman et al., 2012). Konceptuální model nabízí specifický rámec a zároveň ukazuje, co pozorovat, čemu věnovat pozornost, o čem přemýšlet, jak vnímat svět, a které aspekty brát v úvahu, čímž ovlivňuje naše vnímání reality. Tyto modely v ošetřovatelství obohacují teoretickou základnu ošetřovatelství jako vědní disciplíny a v praxi řídí jak myšlení, tak i jednání sester v konkrétních situacích (Fawcett, 2005; Pavlíková, 2006). Jejich užitečnost spočívá ve způsobu organizace myšlení, pozorování a interpretaci toho, co bylo zjištěno a viděno. Zároveň umožňují systematický přístup k praxi, řízení a výzkumu a stejně tak i usnadňují komunikaci mezi sestrami. Modely se dle základního neboli klasického třídění rozlišují na systémové, vývojové, interakční a humanistické (Berman et al., 2012; Žiaková, 2007).

1.2.3.1 Model humanistické péče Margaret Jean Watsonové

Jedním z humanistických modelů je i model „Filozofie a vědy ošetřovatelství“ autorky Margaret Jean Watsonové. Tento model je zde záměrně zmiňován, jelikož se opírá

o filozofii humanizmu a v praxi byl již mimo jiné aplikován i u pacientů s kardiologickým onemocněním (u hypertoniků).

Konceptuální model Watsonové se opírá o teorii, která se zakládá na transpersonální teorii péče, pečovatelském momentu či pečovatelské příležitosti, pečovatelském uvědomění a na klinických pečovatelských procesech (Watsonová, 2008). Uplatňuje zde poznatky o empatii, interpersonálních a transpersonálních kvalitách jako rovnocenných, o lidském chování, vzájemném porozumění, sebepoznání, objasňování pocitů a postojů a lidském přístupu ve snaze jedince změnit směrem k péči o sebe a vlastnímu osobnímu růstu (Farkašová, 2006).

Cílem ošetřovatelství je dle Watsonové ulehčení jedinci dosáhnout vyššího stupně harmonie mysli, těla a duše, která vychází z poznání sebe samého, úcty k sobě, vede k uzdravování a procesu péče o sebe. Toho lze dosáhnout procesem péče člověka o člověka a vzájemnou interakcí mezi nimi (Watsonová, 2008; Farkašová, 2006).

Watsonová ve svém modelu vychází z deseti základních faktorů, uváděných také jako „carative factors“:

1. Zformulování humanisticko-altruistických hodnot. Tento faktor lze charakterizovat jako uspokojení z dobrého pocitu ze sebe samého a vytváření vzájemného pochopení a vstřícnosti.
2. Vytváření důvěry a naděje – zde proniká humanismus a altruismus do hodnoty, kterou lze upevnit holistickým přístupem.
3. Pěstování citlivého postoje k sobě a k ošetřovaným jedincům.
4. Vytvoření vztahu pomoci a důvěry mezi sestrou a pacientem.
5. Akceptování a podpora pozitivních, ale i negativních projevů ve vzájemné interakci.
6. Používání smysluplného a tvořivého přístupu v ošetřovatelské péči pomocí ošetřovatelského procesu.
7. Edukování jedince do takové míry, aby byla informovanost přiměřená a byl zodpovědný sám za sebe a za své zdraví.
8. Zabezpečení podpůrného, ochranného a pozitivního duševního, tělesného, kulturně-sociálního a duchovního prostředí.

9. Napomáhání uspokojování lidských potřeb.
10. Pochopení sebe a druhých s citlivostí k existenčním, fenomenologickým a spirituálním silám (Berman et al., 2012; Farkašová, 2006).

Uváděné faktory dle jejich autorky by měly sestry umět integrovat do humanistické ošetrovatelské péče, vedoucí jedince k lepšímu rozvoji v oblasti uchování a podpory zdraví. Aby bylo možné dosáhnout zmíněného, je nutné si uvědomit, že jedinec vyžaduje kvalifikovanou péči, jejíž výsledek by měl být pozitivní změnou a sestra by měla považovat poskytovanou péči za hodnotu, za níž zodpovídá (Farkašová, 2006).

1.2.3.2 Vztah modelu Watsonové a empirického nástroje ošetrovatelské péče Wolfové

Zane Wolfová ve své knize „Exploring rituals in nursing joining art and science“ uvádí, že teorie péče dle Watsonové získala bezpochyby celosvětové pozornosti, protože klade důraz na péči založenou na etice, znalostech či vědomí a na transpersonálním vztahu. Zároveň je i odpovědí na touhu po lidském přístupu sester v zajišťování ošetrovatelské péče u pacientů. Tato teorie je založena na bázi laskavého přístupu a na základě hodnot (Wolf, 2013).

Zane Robinson Wolfová navázala na práci Watsonové a vyvinula empirický nástroj na měření ošetrovatelské péče. Jeho koncepčně teoretický základ byl odvozen z modelu Watsonové, a to zejména z transpersonální teorie péče. Koncepční definice ošetrovatelské péče jsou zde charakterizovány jako intersubjektivní, interaktivní a interpersonální proces mezi sestrou a pacientem v období nemoci. Zmiňovaný nástroj je následně označován zkratkou CBI (Caring Behaviors Inventory). Na základě jeho neustálého testování došlo ke zdokonalování tohoto nástroje, který dnes představuje jeden z mála nástrojů v hodnocení ošetrovatelské péče poskytující důkazy pro empirickou validaci transpersonální teorie Watsonové. Jedná se o zhodnocení vnímání pečovatelského chování mezi sestrou a pacientem. Nástroj CBI je v souladu s postojem, že se péče koná v určitých momentech zranitelnosti pacienta a proces péče zároveň zahrnuje morální závazek vůči příjemci (Watson, 2009). CBI je výborně aplikovatelný na cílovou skupinu kardiologických pacientů, jelikož i tito pacienti touží po humanisticky zaměřené péči,

protože v oboru kardiologie došlo k markantnímu technickému rozvoji a tím i k ovlivnění péče o nemocné.

1.3 Poruchy srdečního rytmu a jejich dělení

Vzhledem k zaměření práce v této kapitole uvedeme základy arytmiologie se zaměřením na diagnostiku a léčbu fibrilace síní.

Činnost srdce je charakteristická tím, že si srdce samo vytváří svůj pravidelný rytmus, což je nazýváno srdeční automacií. Normální srdeční činnost je označována jako sinusový rytmus, který vzniká v sinoatriálním uzlu (dále jen SA uzel) v pravé srdeční síni. O SA uzlu se hovoří jako o fyziologickém pacemakeru, jelikož jeho funkce působí jako primární udavatel rytmu a to ve fyziologickém rozhraní 60 - 90 tepů minutu (Hradec a kol., 2001). Odtud jde vzruch do atriventrikulárního uzlu (jinak zvaný Aschoffův – Tawarův) a poté se přes Hisův svazek dostává do pravého a levého Tawarova raménka. Tato raménka se dále větví ve stěnách komor, kde tvoří množství vláken, která uskutečňují simultánní podráždění myokardu komor a na této úrovni se označují jako Purkyňova vlákna. Pokud dojde k odchylce od fyziologického sinusového rytmu, jedná se o arytmiie nebo též dysrytmie (Kopecká a kol., 2007; Navrátil a kol., 2008).

Z klinického hlediska je proto možné rozdělit poruchy srdečního rytmu na dvě základní skupiny, a to na tachyarytmie a bradyarytmie (Ascherman, 2004; Eisenberger et al., 2012). Tachyarytmie lze charakterizovat jako koordinovanou zrychlenou srdeční akci nebo nekoordinovanou srdeční akci vyznačující se frekvencí nad 100 tepů za minutu (Kapounová, 2007; Klener a kol., 1997). Bradyarytmii je pak možné chápat jako nefyziologicky zpomalenou srdeční frekvenci pod 50 tepů za minutu a to v důsledku poruchy tvorby či vedení elektrického vzruchu (Weber et al., 2003; Zeman, 2005).

V praxi je dále možné se setkávat s dalšími možnými klasifikacemi arytmií podle toho, z jakého pohledu jsou hodnoceny, např. dle anamnestických, anatomických, elektrofyzilogických, hemodynamických a dalších hledisek. Rozlišujeme např. arytmiie benigní - tedy nezávažné nebo na maligní - život ohrožující, dále asymptomatické - bez jakýchkoliv příznaků nebo symptomatické, kdy nemocný vnímá „přeskakování“, rychlé

bušení srdce, čili palpitace nebo dokonce zastavování srdeční akce s řadou doprovodných jevů, jako je nauzea, závrat' či poruchy vědomí. Podle vlivu na tepový a minutový srdeční objem je další možné dělení na hemodynamicky nevýznamné - bez vlivu na krevní tlak a srdeční výkon, nebo na hemodynamicky významné - ovlivňující krevní tlak ve smyslu jeho poklesu, někdy dokonce vedoucí k srdečnímu selhání (Zeman, 2005).

1.3.1 Mechanismus vzniku arytmií

V myokardu je možné rozlišovat dva typy buněk. Jedná se jednak o buňky převodního systému, které jsou nadané automacií a jednak o buňky pracovního myokardu (Hradec a kol., 2001). Buňky převodního systému se vyznačují tím, že mají nejrychlejší spontánní depolarizaci a jejich funkce spočívá v řízení elektrické činnosti srdce. Za normálních okolností vzruch vzniká v SA uzlu. Mohou však vznikat ektopické rytmy, kdy vzruch vzniká jinde než v sinusovém uzlu, což se děje na základě několika základních mechanismů. Do těchto mechanismů patří uniklé rytmy z nižších center, abnormální automacie jiných částí převodního systému než sinoatriálního uzlu a mechanismus reentry (návrtný vzruch), (Hradec a kol., 2001).

Uniklé rytmy z nižších center vlivem vzestupu napětí parasymptiku způsobují snižování rychlosti spontánní depolarizace sinusového uzlu a to má za následek zpomalení srdeční frekvence. Buňky nadané automacií mohou mít v některých částech převodního systému vyšší frekvenci spontánních depolarizací než tomu tak je v sinoatriálním uzlu, což pak způsobí, že se stávají náhradním místem tvorby vzruchu (Dítě et al., 2007; Hradec, 2001).

Abnormální automacie vzniká na základě změny průběhu akčního potenciálu tak, že je dříve dosaženo prahového potenciálu pro spuštění depolarizace i ve tkáni, která za fyziologických podmínek toho není schopna. Za tento stav má odpovědnost zvýšený tonus sympatiku nebo ischémie myokardu (Eisenberger et al., 2012; Hradec, 2001).

Nejčastějším arytmogenním mechanismem je **reentry mechanismus**, kdy dochází ke kroužení vzruchu po definované dráze v myokardu okolo anatomické či funkční bariéry.

Anatomickou bariéru tvoří trvale přítomná nevodivá část, jako například jizva myokardu nebo některá ze srdečních chlopní. Funkční bariéra se však vyskytuje jen v některých situacích, jako je přítomnost ischemie myokardu, aplikace léků ovlivňujících vodivost tkáně, iontová dysbalance nebo dosažení určité frekvence kroužícího vzruchu. Mimo zmiňované překážky je další podmínkou vzniku reentry tachykardie oblast tzv. pomalého vedení, v níž dochází ke zpomalení vzruchu, díky němuž tzv. „čelo“ kroužící vlny nemůže dostihnout tzv. „chvost“ vlny předchozí. Mnohočetné proměnlivé reentry okruhy se tak stávají podkladem pro vznik různých druhů arytmií včetně síňové fibrilace (Eisenberger et al., 2012; Hradec, 2001).

1.3.2 Fibrilace síní

Fibrilaci síní (FS) je nejčastější supraventrikulární arytmií (Ascherman, 2004; Hradec a kol., 2001). Její výskyt má v populaci za posledních dvacet let tendenci výrazného stoupaní. Na vzrůstajícím výskytu této poruchy srdečního rytmu má značný vliv stárnutí populace a také lepší přežívání jiných kardiovaskulárních onemocnění, jako je například akutní koronární syndrom (Táborský a kol., 2013; Táborský, 2011a).

FS je popisována jako rychlá, nekoordinovaná, chaotická aktivita síní. Na elektrokardiografickém záznamu (dále jen EKG) je čitelná absence vlny P a jsou přítomny tzv. fibrilační vlnky, které se kontinuálně mění vzhledem, amplitudou i vektorem. Tyto vlnky se mohou do jisté míry zpravidelnit a zvětšit a tím může dojít k záměně s jinou arytmií, například fluttrem síní. Typická je také zcela nepravidelná komorová odpověď, která je závislá na převodních vlastnostech atrioventrikulárního uzlu, tonu sympatiku a vagu (Ascherman, 2004; Dítě et al., 2007).

1.3.2.1 Klasifikace fibrilace síní

Klasifikací této poruchy srdečního rytmu se v publikacích uvádí řada. Existuje dělení dle morfologie a frekvence síňových vln, dle frekvence komorové odpovědi, četnosti atak fibrilace síní a přítomnosti jiného kardiálního onemocnění, či rizika trombembolie.

Dále je možné se setkávat s označením tzv. izolovaná neboli „lone“ FS vyskytující se bez přítomnosti jiného kardiovaskulárního onemocnění nebo může být FS idiopatická, což vyjadřuje absenci jasné vyvolávající příčiny či známého onemocnění. V literatuře je také zmiňována takzvaná non - valvulární FS, kdy je popisována porucha srdečního rytmu bez známek přítomnosti závažné chlopenní vady nebo náhrady, jejíž význam spočívá v posuzování rizika tromboembolie (Ascherman, 2004).

Dle současných doporučení se FS z klinického hlediska dělí na následující typy:

1. Prvně diagnostikovanou FS – patří sem každý nemocný, který má nově diagnostikovanou FS, bez ohledu na délku trvání arytmie nebo na přítomnost a tíži příznaků.
2. Paroxysmální FS – spontánně končící do 7 dní od jejího vzniku, nejčastěji do 48 hodin.
3. Perzistující FS – porucha srdečního rytmu trvající delší dobu než 7 dní nebo vyžadující kardioverzi.
4. Dlouhodobě perzistující FS – tato arytmie trvá déle než jeden rok před rozhodnutím o volbě postupu kontroly rytmu.
5. Permanentní FS – dlouhodobě trvající arytmie, která je akceptovaná jak pacientem, tak i lékařem jako trvalá, bez dalších pokusů o zajištění sinusového rytmu (Pellock, 2006; Táborský a kol., 2013).

1.3.2.2 Epidemiologie fibrilace síní

FS je v současnosti považována za epidemii 21. století, jejíž prevalence a incidence stále narůstá. Tuto arytmiu lze i označit jako velmi starou, jelikož byla poprvé popsána v roce 1909 a má tak za sebou více jak stoletou historii, přesto je získávání poznatků o jejích příčinách vzniku, rizikových faktorech i léčbě stále ve vývoji. I přes významný pokrok v léčbě FS stále zůstává tato arytmie významným onemocněním zvyšujícím morbiditu a mortalitu (Šedivá, 2011).

Za nejdůležitější zdroj epidemiologických informací je považována „Framinghamská studie“, která začala v roce 1948 a trvala 38 let. Studie se zúčastnilo 5209 mužů a žen

ve věkovém rozmezí 28-62 let a během této studie bylo zjištěno, že prevalence FS stoupla od 0,5 % ve věkové skupině 50-80 let, do 8,8 % u nemocných ve věku nad 80 let. Na rozdíl od této dlouhodobě citované studie další publikace uvádí, že reálný výskyt této arytmie v současné populaci je více než dvojnásobný. Stoupající prevalence je dávana do souvislosti s celkovým stárnutím populace a výskytem dalších kardiovaskulárních onemocnění. V České republice je evidováno pravděpodobně více než 200 000 nemocných s FS. Pokud by se počítali i nemocní s asymptomatickou formou této poruchy srdečního rytmu, byl by konečný počet přibližně kolem 500 000 jedinců (Benjamin et al., 1994; Táborský, 2011b).

V Evropě byla provedena také studie zabývající se prevalencí tohoto onemocnění (Rotterdam study). Jednalo se o prospektivní studii provedenou na 6808 jedincích ve věkovém rozmezí 55 a více let. Výskyt FS zde činil 5,5 %, v rozmezí 0,7 % ve věkové skupině 55-59 let, až po 17,8 % ve skupině do 85 let. Prevalence byla udávána vyšší u mužské populace se zastoupením 6,0 %, než tomu bylo u žen. Tam činila 5,1 % (Táborský a kol., 2013).

1.3.2.3 Rizikové faktory fibrilace síní

Rizikové faktory podněcující vznik FS lze rozdělit na dvě skupiny: na faktory nekardiální a na faktory kardiální. Do první skupiny se řadí věk (rostoucí věk), pohlaví (častější výskyt u mužů), obezita, obstrukční spánková apnoe, hyperfunkce štítné žlázy, intoxikace alkoholem, užití cholinergních léků a plicní choroby spojené s hypoxií. Mezi kardiovaskulární onemocnění podílejících se na FS patří ischemická choroba srdeční, hypertenze, chlopenní vady (především mitrální stenóza), kardiomyopatie, akutní infarkt myokardu a kardiochirurgické zákroky (Dítě, 2007; Táborský a kol., 2013).

1.3.2.4 Patofyziologie a mechanismus vzniku fibrilace síní

Teorie mechanismu vzniku FS se opírají o fakt, že existuje jedno nebo více ektopických spouštěcích ložisek a jeden či více reentry okruhů (Haissaguerre et al., 2000).

V jednodušší podobě lze říci, že je FS u zdravého srdce spouštěna a zároveň i udržována ektopickou aktivitou z jednoho či několika ložisek v oblasti jedné nebo několika plicních žil. Ektopické zdroje mohou vznikat mnohočetně a zároveň se mohou vyskytovat i mimo plicní žíly, například v oblasti koronárního sinu nebo Marshallově žíle, v ústí horní duté žíly, v oblasti levé síně mezi bází ouška a levostrannými plicními žilami, v síňovém septu, či jinde ve volné stěně síní. Jak již bylo řečeno, na mechanismu vzniku této poruchy srdečního rytmu se podílí jak ektopická aktivita, tak i mnohočetná reentry aktivita (Eisenberger et al., 2012; Hwang et al., 2000). Zjednodušeně je možné konstatovat, že ektopická aktivita má význam a převahu u paroxysmální FS a to s absencí strukturálního postižení srdce, oproti tomu reentry aktivita se spíše podílí na perzistentních formách FS za přítomnosti strukturálního postižení srdce (Chen et al., 2002). Pro spouštění a trvání této poruchy srdečního rytmu má také význam autonomní nervový systém (Sanders et al., 2004; Scherlag et al., 2005).

FS snadněji vzniká tam, kde došlo ke strukturálním a geometrickým změnám, jako tomu je například u fibrotizace myokardu, či dilatace s přetížením síní (Eisenberger et al., 2012; Fiala et al., 2010). Na základě vzniku této arytmie se také aktivují další neurohumorální procesy, známy též u srdečního selhání. Délka trvání FS, tak udává výskyt strukturálních změn, což znamená, že čím déle trvá, tím větší jsou strukturální změny. Obnovení rytmu tak závisí na reverzibilitě těchto změn (Goette et al., 2000; Kostin et al., 2002).

1.3.2.5 Klinický obraz pacientů s fibrilací síní

Klinický obraz u FS může být dvojího charakteru. Buď se jedná o asymptomatickou, nebo symptomatickou formu. Projev této arytmie závisí na frekvenci, pravidelnosti aktivity komor, délce trvání poruchy srdečního rytmu, přítomnosti kardiovaskulárního onemocnění a především na individuální vnímavosti nemocného. Častým projevem jsou palpitace, bolest na hrudi, dušnost, únava a závratě. Mezi první projevy může také patřit mozková příhoda či exacerbace srdečního selhání. U nemocných, kde je pomalejší a vyrovnanější funkce komor, dochází k mírnějším klinickým projevům. Symptomatická

forma bývá spíše u paroxysmální FS, především v jejím počátku. U nemocných vyššího věku pak může docházet ke zhoršení kognitivních funkcí na podkladě snížené perfúze mozku vlivem opakovaných mozkových embolizací. Nepoznané mikroembolizace u nemocných s FS vedou k předčasné demenci (Ascherman, 2004; Čihák a kol., 2004). Jedinci postižení FS mívají sníženou kvalitu života. Na kvalitě života se taktéž výrazně podílí i léčba s jejími komplikacemi. Pro názornost je možné uvést například nutnost častých lékařských kontrol parametrů srážlivosti krve při dlouhodobé antikoagulační terapii, která je zatížena řadou krvácivých komplikací a riziky v souvislosti s vykonáváním některých fyzicky náročnějších povolání či sportovních aktivit (Ascherman, 2004; Čihák a kol., 2004).

1.3.2.6 Vyšetřovací metody u pacientů s fibrilací síní

Vstupní vyšetření u nemocných s FS či se suspektní FS by mělo být vždy zaměřeno na zjišťování symptomů poruchy srdečního rytmu a na další přidružená onemocnění. Také by mělo směřovat na zjišťování komplikací této arytmie a v neposlední řadě zohlednění rizikových faktorů trombembolie. Na podkladě této diagnostiky je stanovena klasifikace arytmie a navržena strategie dalších postupů v terapii (Čihák a kol., 2004; Čihák et al., 2011).

Prvotním článkem všech vyšetřovacích metod je vždy řádně odebraná anamnéza. U FS se v anamnestických údajích zaměřuje pozornost na zjištění familiárního výskytu FS a dále se bere zřetel na výskyt základních symptomů, jako jsou dušnost, palpitace, únavnost, snížená tolerance zátěže, synkopy. Velmi důležité je zmapování spouštěcích faktorů FS, do nichž se řadí zátěž, psychický stav nemocného a abúzus alkoholu. Významnou roli zde mají i přidružená onemocnění, a to jak kardiovaskulární (například hypertenze, srdeční selhání, ischemická choroba srdeční), tak i další onemocnění, například diabetes mellitus, cévní mozková příhoda, onemocnění periferních tepen, onemocnění štítné žlázy, chronické plicní onemocnění. Nedílnou součástí anamnézy je i sběr informací ohledně předchozí a stávající farmakoterapie (Čihák et al., 2011; Klener et al., 2006).

Další důležitou součástí diagnostiky je fyzikální vyšetření zahrnující zjištění hodnoty krevního tlaku, hmotnosti, výšky, včetně hodnoty body mass indexu (BMI). V laboratorní diagnostice kromě základního biochemického vyšetření krve včetně iontů se také zjišťují hodnoty hormonů štítné žlázy, koncentrace kreatininu, glykémie, lipidového spektra, krevní obraz a základní hemokoagulace. Kromě výše uvedených diagnostických postupů je nezbytné také provést elektrokardiografické vyšetření (EKG), kdy se hodnotí základní rytmus, ischemické změny, hypertrofické změny levé komory, raménkové blokády, preexcitace, převodní intervaly (PR, QRS, QT), (Čihák a kol., 2004; Čihák et al., 2011). Mezi řadou zobrazovacích metod, které se využívají v kardiologické diagnostice, jako jsou například počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR), má nejvýznamnější postavení echokardiografie. Pro posouzení diagnostiky FS se využívá transthorakální echokardiografie (TTE), kdy se hodnotí funkce levé komory, velikost síní, tloušťka stěn a chlopenní vady. Pro upřesnění nálezu transthorakálního ultrazvuku srdce se využívá metoda transezofageálního ultrazvuku (TEE), což slouží také pro vyloučení intrakardiální trombózy před elektrickou kardioverzí či katérovou ablací (Táborský et al., 2011b; Táborský et al., 2013).

V některých případech je u nemocných indikováno zátěžové vyšetření neboli ergometrie, především u podezření na ischemickou chorobu srdeční, či pro kontrolu frekvence komor při zátěži. Ambulantní monitorace EKG se provádí u nemocných, kde je podezření na FS, k záchytu nemocného s touto arytmií, či u pacientů s opakovanými synkopami. Nejčastěji je dnes využívána kontinuální, takzvaná Holterovská monitorace, kdy záznam bývá 24 hodinový a může být až 7 denní. Další možností trvalých monitorací EKG je pomocí transtelefonních epizodických záznamníků. Smyčkové externí záznamníky jsou schopny poskytnout až několikátýdenní záznam. Arytmii lze diagnostikovat i z implantovaných kardiostimulátorů, defibrilátorů či implantabilních záznamníků (Čihák a kol., 2004; Čihák et al., 2011).

V souvislosti s vyšetřovacími metodami stojí za zmínku, že Evropská kardiologická společnost ve svém doporučení z roku 2012 navrhuje, aby byl prováděn oportunistický screening v diagnostikování FS na základě palpce a EKG záznamu u lidí nad 65 let, pro

včasné odhalení této poruchy srdečního rytmu a tím snížení výskytu komplikací s ním spojených. Především se jedná o cévní mozkovou příhodu (Camm et al., 2012).

1.3.2.7 Základní terapeutické cíle u pacientů s fibrilací síní

V terapeutických přístupech došlo u pacientů s FS na základě technických a vědeckých pokroků k rozvoji moderních léčebných metod. Proto má terapie této poruchy srdečního rytmu široký záběr jak v oblasti farmakoterapie, tak i nefarmakologických postupů, jako je například radiofrekvenční katéťrová ablace, elektrická kardioverze či chirurgická léčba. V následujících kapitolách bude v této práci věnováno více pozornosti radiofrekvenční katéťrové ablaci oproti jiným léčebným metodám. Tato metoda bude dána do kontextu s ošetrovatelskou péčí, potřebami nemocného a kvalitou jeho života.

Cíle léčby FS vycházejí z doporučení, která vytvořila americká (American Heart Association a American College of Cardiology) a evropská (European Society of Cardiology) kardiologická společnost, které byly následně také přínosem pro tvorbu či aktualizace doporučení, jež vydává česká kardiologická společnost (Táborský et al., 2011a).

Jedním z cílů terapie nemocného s FS je prevence tromboembolických příhod (Ascherman, 2004). Vlastní léčba této arytmie se poté ubírá dvěma směry, což je obnovení a udržení sinusového rytmu (takzvaná kontrola rytmu) a optimalizace srdeční frekvence (takzvaná kontrola frekvence), (Čihák a kol., 2004; Táborský et al., 2011a). Metody uplatňující se v léčbě fibrilací síní se dělí na farmakoterapii a nefarmakologické metody. Do první skupiny se řadí farmakologické ovlivnění pro kontrolu rytmu, kontrolu frekvence a prevence tromboembolie. Součástí druhé skupiny je elektrokardioverze, kardiostimulace, implantabilní síňové defibrilátory, katetrizační ablace a chirurgická terapie (Ascherman, 2004).

Farmakologická léčba fibrilace síní

Obecně lze říci, že konzervativní přístup v terapii by měl být takzvaně „ušitý na míru“ neboli „patient-tailored“. Tento zvolený postup musí být opakovaně obnovován dle změn zdravotního stavu nemocného a také se musí zohlednit dosavadní reakce na léčbu. Proto jsou kladeny i požadavky na informovanost o aktuálních možnostech léčby včetně její účinnosti a možných nežádoucích účincích a to za použití všech alternativ terapie (Čihák et al., 2011; Táborský a kol., 2013).

Prvním krokem léčby u všech nemocných, kteří jsou vyšetřováni pro nově vzniklou FS, bývá zpravidla kontrola srdeční frekvence. Na základě rychlé komorové odpovědi dochází u této arytmie k hemodynamické nestabilitě, která se musí rychle řešit. Dále se při obnovování sinusového rytmu zvyšuje u dlouhodobě trvající FS možnost vzniku embolizační příhody. Proto je vhodné odložit jak elektrickou, tak i farmakologickou verzi. V těchto případech se spíše terapie zaměřuje na kontrolu frekvence komor a je zahájena antikoagulační léčba warfarinem, kdy je potřeba dosáhnout terapeutické hodnoty INR v rozmezí 2-3 po dobu minimálně 4 týdnů. Poté je možné provést kardioverzi. V akutních případech je možné aplikovat intravenózně verapamil 5 – 10 mg, a má-li nemocný známky srdečního selhání, dává se přednost aplikaci digoxinu 0,25 – 0,5 mg taktéž do žíly. U hemodynamicky stabilních nemocných je na prvním místě léčby betablokátor, jelikož jeho účinek působí jak v klidu, tak i při zátěži nemocného. Kromě zmiňované digitalizace a podávání verapamilu se zde také užívá amiodaron (Dítě et al., 2007; Táborský et al., 2011b).

V postupu léčby pro kontrolu rytmu je hlavní motivací pro volbu antiarytmické terapie minimalizace symptomů FS. V našich podmínkách se do této indikační skupiny řadí propafenon, amiodaron, sotalol a nově je možné sem zařadit i dronedaron (Václavík, 2010). Propafenon lze podávat nemocným, u nichž není přítomno strukturální onemocnění srdce a zároveň není přítomno srdeční selhání. Podávání propafenonu by mělo být vždy kombinováno buď s betablokátor, nebo kalciovými blokátory, aby nedocházelo ke zrychlení srdeční frekvence při změně FS na flutter síní. Amiodaron má využití v prevenci opakujících se FS, výhodou je také podání nemocným se srdečním

selháním, či strukturálním onemocněním srdce. Dronedaron je podáván, aby zabránil recidivám FS, ale jeho účinnost v prevenci recidiv je významně nižší než u amiodaronu. Výhodou je na druhou stranu menší výskyt nežádoucích účinků. Betablokátory mají zde menší využití, jelikož vliv na zabránění recidiv FS je u nich malý. Jejich účinek se spíše využívá u FS, které jsou vyvolané námahou. V nasazování farmakoterapie bychom měli postupovat vždy od nejbezpečnějšího antiarytmika a následně přistupovat k účinnější formě, i když méně bezpečné. U nemocných, kteří nemají strukturální postižení srdce, jsou na prvním místě propafenon a sotalol. U nemocných s arytmií vznikající v souvislosti s fyzickou a psychickou zátěží je lékem volby betablokátor. Vždy je také nutné léčit základní strukturální onemocnění, pokud je přítomno (Dítě et al., 2007; Táborský et al., 2011b).

V rámci prevence tromboembolických komplikací je využívána antitrombotická terapie. Je důležité si uvědomit, že riziko vzniku tromboembolických komplikací je u všech forem FS stejné, jak u paroxysmální, tak i perzistující či permanentní. Antikoagulační terapie snižuje relativní riziko těchto komplikací oproti antiagregační léčbě přibližně až o 40%, což dokládají data řady studií (Hart et al., 2007; Táborský et al., 2011b). Mezi rizikové tromboembolické faktory se řadí srdeční selhání, vyšší věk, hypertenze, diabetes mellitus, předchozí cévní mozková příhoda, cévní onemocnění či ženské pohlaví. Prevence spočívá v podávání warfarinu, kdy je požadovaná terapeutická hladina INR 2 - 3. Tímto způsobem by měli být léčeni nemocní s FS ve věkové skupině nad 65 let. U mladších nemocných je indikace v případě přítomnosti alespoň jednoho z výše zmiňovaných rizikových faktorů. Nevýhodou u mladých jedinců je však jejich aktivní život s větší možností úrazu a následkem toho může dojít k protražovanému krvácení (Čihák a kol., 2004; Dítě et al., 2007).

V souvislosti s antikoagulační terapií musíme zmínit i nová antikoagulantia, která jsou brána jako přelom v prevenci tromboembolických komplikací FS. V současné době jsou k dispozici dvě skupiny látek, které mohou sloužit jako alternativa doposud používaného warfarinu. Jedná se o perorální přímé inhibitory trombinu (tzv. gatrany) a perorální přímé inhibitory aktivovaného hemokoagulačního faktoru Xa (tzv. xabany). K prevenci tromboembolických komplikací u nemocných s FS byly na základě klinických studií

zaregistrovány následující látky: dabigatran (Pradaxa), rivoroxaban (Xarelto) a apixaban (Eliquis). Výhody léčby pomocí těchto nových antikoagulancií jsou rychlý nástup účinku, fixní dávkování, minimální interakce s jídlem, nižší procento lékové interakce a nulová nutnost monitorování účinku. Tato nová antikoagulancia mají stejný účinek nebo dokonce vyšší než warfarin a to při stejné, či větší bezpečnosti (Táborský et al., 2013).

Nefarmakologická léčba fibrilace síní

Tento způsob léčby je především indikován u nemocných s FS, kteří adekvátně nereagují na dostupnou farmakoterapii a také u pacientů, kde dochází k opakovaným trombemboliím, popřípadě u pacientů s hemodynamickou nestabilitou. Řadí se sem elektrická kardioverze, kardiostimulace, radiofrekvenční katérová ablace (RFA) a chirurgická léčba (Kolář, 2009).

Elektrická kardioverze je léčebnou metodou, která se využívá pro stabilizaci sinusového rytmu (Brignole, 2003; Carlsson et al., 2003). Ačkoliv poslední studie ukazují, že prognóza kontroly srdeční frekvence a kontroly srdečního rytmu jsou stejné, další analýzy poukazují na fakt, že sinusový rytmus bez ohledu na použitý postup má vliv na lepší funkci levé komory, nižší úmrtnost a samozřejmě dosahování vyšší kvality života člověka (Hagens et al., 2005, Hohnloser et al., 2000; Lukl, 2009). Za nejúčinnější je považována kardioverze v prvních 7 dnech trvání FS. Výkon je prováděn v krátkodobé celkové anestezii. Jeho indikace se dělí na akutní u hemodynamické nestability, anebo na elektivní u plánované terapie kontroly rytmu. Před vlastním provedením je potřeba řádně informovat nemocného včetně toho, že musí k výkonu dát svůj souhlas. Další příprava spočívá v lačnění, adekvátní hodnotě INR pro výkon a zároveň je i potřeba, aby nemocný měl normální sérové hodnoty iontů. K dispozici musí být lůžko s vybavením pro kardiopulmonální resuscitaci, vybavení k monitoraci nemocného a zajištění žilního vstupu. Kardioverzi je možné vykonávat i ambulantně za podmínky nejméně tříhodinové monitorace nemocného po ukončení verze. Preferovaný výboj při provádění verze je bifázický o energii 100-150 Joulů (dále jen J) a druhý výboj o energii 200 J, popř. maxima 360 J. Před výbojem je důležitá příprava kůže, aby nedošlo k popálení. Mezi jednotlivými

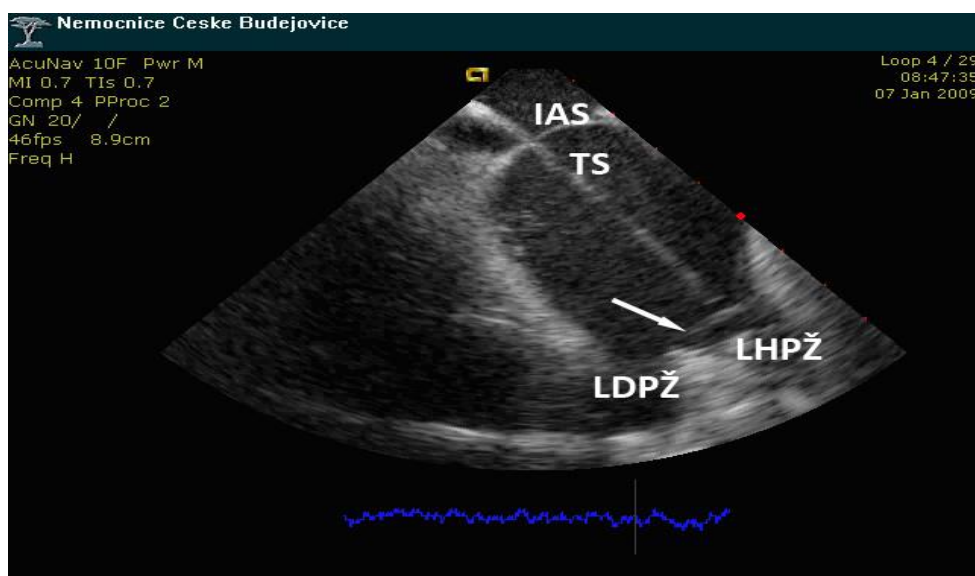
výboji je potřeba dodržovat odstup nejméně tři minuty. Okamžitá úspěšnost této terapeutické metody je přibližně kolem 85-95%, přičemž je možné vyšší úspěšnosti dosahovat na základě premedikace antiarytmiky. Kromě zevní transtorakální verze je možná i verze intrakardiální, kdy je elektroda zavedena přímo do srdce oblasti koronárního sinu či do levé větve plicnice. Výhodou je zde účinnost nízké energie výboje (3-15 J) a pozitivně je hodnocena i menší bolestivost. Není třeba celkové anestezie, což je přínosem pro nemocné, kde celková anestezie znamená rizikovost v souvislosti s výskytem komplikací (Hutyra, 2011).

Kardiostimulace je dnes používána v terapii FS výhradně z bradykardických důvodů. V případě chronické FS je indikována stimulace VVI (R) a u paroxysmální poruchy srdečního rytmu je volena stimulace DDD (R, P). Stejně jako kardiostimulátory je možné implantovat kardiovertery – defibrilátory, jejichž hlavním cílem je detekování FS a případná verze za pomoci nízkoeenergetického výboje. Úspěšnost je v tomto případě vysoká, dosahuje 90 – 95 %, ale nevýhodou je bolestivé vnímání výbojů. Uplatnění síňových kardioverterů pro výše zmíněné a zároveň i ekonomickou náročnost není v ČR žádné (Čihák et al., 2011; Lee et al., 2003).

Radiofrekvenční katérová ablace (RFA) FS je jednou z léčebných metod, která prošla od svého vzniku významným pokrokem a to především technickým. Rozvoj RFA měl přínos pro poznání patofyziologie těchto arytmii a tím bylo dosaženo velkého pokroku v rozvoji této metody (Bulava, 2009). RFA je využívána buď jako výkon paliativní, nebo jako léčebný. Jako paliativní je chápána neselektivní ablace AV junkce, která se provádí u výrazně symptomatických nemocných v pokročilém věku, kdy je cílem provést přerušení AV uzlu s následnou implantací kardiostimulátoru v režimu VVI (R). Hlavním pozitivem neselektivní ablace je její jednoduchost a 100 % úspěšnost. Dosahuje se tím zlepšení kvality života a také zlepšení funkce levé komory. V případech, kde není výraznější strukturální postižení srdce a také u mladších nemocných se zvažuje kurativní forma tohoto výkonu. Tato tzv. selektivní katetrizační ablace si klade za cíl vyléčit arytmiu nebo směřovat k trvalé redukci záchvatů. Zpočátku byla prováděna ablace ektopických ložisek v plicních žilách. Nyní se selektivní ablace zaměřuje na úplnou elektrickou izolaci plicních žil od levé síně, zároveň jsou narušeny i důležité reentry okruhy kolem plicních

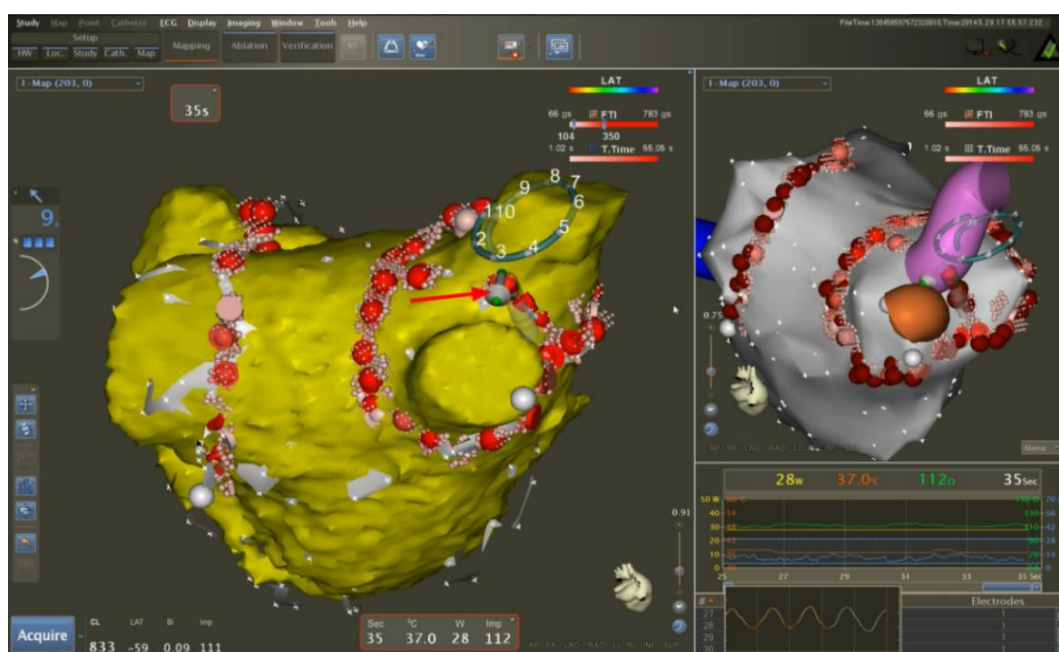
žil (Haissaguerre et al., 1998). Stejně tak je důležité a přínosné provedení RFA nervových plexů a ganglií, které jsou v blízkosti plicních žil. Při směřování katétrů se dnes hojně využívá intrakardiální ultrazvuk (Obrázek 1).

Obrázek 1. Použití intrakardiální echokardiografie při radiofrekvenční katérové ablacii fibrilace síní. Zobrazen je transseptální sheath (TS) procházející interatriálním septem (IAS). Cirkulární mapovací katétr Lasso (šipka) je umístěn v antru levé horní plicní žíly (LHPŽ) a rovina ultrazvukového paprsku prochází levou síní tak, že je dobře patrné i ústí levé dolní plicní žíly (LDPŽ).



Nejčastějším postupem při RFA je mapování a aplikace radiofrekvenční energie bod po bodu kolem celého obvodu stejnostranných plicních žil pomocí říditelného katéru a trojrozměrných elektroanatomických mapovacích systémů, kdy se využívá registrace s anatomickým tvarem síní získaným z CT, MR, eventuálně z rotační angiografie (Obrázek 2). Je také možné využít cirkulární či polocirkulární katétrů, které umožňují dosáhnout izolace plicních žil několika „páleními“, neboť radiofrekvenční energie je dodána téměř po celém obvodu katéru umístěného v antru plicních žil. K témuž účelu je možno také použít mrazící balónky, které ničí tkáň zmrazením hluboko pod bod mrazu.

Obrázek 2. Příklad izolace plicních žil „bod po bodu“ za použití ablačního katétru SmartTouch™ a 3D elektroanatomického systému CARTO3. Kolem plicních žil je cirkulárně vytvořená kontinuální série ablačních lézí, což vede k jejich elektrické izolaci od svaloviny levé síně. Pohled na levou síň je zezadu a ablační katétr (červená šipka) nyní směřuje na hranu mezi pravou horní a pravou dolní plicní žílou. Mapovací katétr Lasso (označen čísly 1-10) je zaveden do pravé horní plicní žíly a díky snímaným potenciálům z tohoto katétru lze kontrolovat dosažení elektrické izolace žíly. O kontaktu ablačního katétru s tkání levé síně svědčí kontaktní vektor (šipka se zelenou špičkou) a indikovaný přítlak 9 g. V pravé části obrazovky je patrná samotná geometrická rekonstrukce levé síně bez integrace s CT obrazem.



RFA stejně jako každý jiný invazivní výkon může být spjat s výskytem komplikací. Komplikace se ale vyskytují v méně než 5 % případů a naštěstí se většinou jedná o vcelku banální lokální cévní komplikace v místě vpichu. Možné komplikace specifické pro radiofrekvenční ablací FS byly shrnuty v mezinárodním registru (Tabulka 1).

Tabulka 1. Možné komplikace při katetrizačních ablacích fibrilace síní
(adaptováno podle Cappato et al, 2005)

| Komplikace | Výskyt |
|---|---------------|
| Srdeční tamponáda/perikardiální efúze | 0,5 – 3 % |
| Tromboembolické příhody | 0 – 7 % |
| Stenóza plicních žil | 0,5 – 2 % |
| Paréza bráničního nervu | 0,1 – 0,5 % |
| Atrioesofageální píštěl | ~ 0,25 % |
| Periesofageální vagové poškození | 1 % |
| Lokální vaskulární komplikace | 0 – 13 % |
| Uzávěr a. circumflexa | 0,002 % |
| Uvíznutí katétru v aparátu mitrální chlopně | 0,01 % |

Úspěšnost RFA pro FS je s odstupem času v řádu měsíců až let udávána přibližně 60 – 90%, podle závislosti na typu arytmiie a použité strategie. Všechny zdroje ať už časných či pozdních recidiv, lze odstranit opakovaným provedením RFA. I když údaje poskytnuté celosvětovým registrem předkládají vyšší úspěšnost u paroxysmálních arytmií, centra, ve kterých se uplatňuje komplexní ablační strategie, následně předkládají informace o srovnatelné úspěšnosti obou typů FS (Čihák et al., 2011). Každopádně je účinnost RFA v udržení sinusového rytmu značně vyšší, než tomu je při farmakoterapii antiarytmiky (Bulava, 2010). Současně s tím se dá předpokládat, že po katetrizační ablacii se zvyšuje i kvalita života. RFA jako součást nefarmakologické léčby se stala jednou z nejdynamičtějších oblastí terapie poruch srdečního rytmu. Na základě velmi rychlého rozvoje technologií těchto metod je možné očekávat podstatné zjednodušení výkonů, jejich vyšší úspěšnost a možnost rozšíření indikací (Kolář et al., 2009; Lukl a kol., 2001).

Chirurgická léčba je také součástí léčby arytmií. James L. Cox vyvinul na základě mapování FS léčebnou metodu, která se nazývá „MAZE“ operace. Jedná se o mnohočetné incize obou síní, které mají za úkol zabránit vzniku reentry okruhů (Cox et al., 1995). Tento operační výkon má několik druhů, jejichž označení je MAZE I – III.

V současnosti se spíše než incize provádějí perioperační ablace (tento výkon se nazývá MAZE IV), přičemž se používají různé ablační linie, a to většinou v oblasti levé síně. Při těchto ablacích se využívá radiofrekvenční energie, ale lze využít i kryoenergie, či další možnosti energetických zdrojů. Výkon se provádí v návaznosti na jinou kardiologickou operaci na otevřeném hrudníku (Ascherman, 2004) nebo se provádí izolovaně za pomoci torakoskopických metod speciálním instrumentáři (Bulava 2015).

1.3.2.8 Specifika ošetrovateľskej péče u pacientů s fibrilací síní

Pro pacienta s FS znamená toto kardiologické onemocnění nejen zhoršení kvality života, ale často i horší toleranci zátěže. Úkolem sester je umět adekvátně uspokojovat potřeby těchto pacientů a snažit se poskytovat humanisticky a holisticky zaměřenou ošetrovateľskou péči. Proto, aby bylo možné zajišťovat takovou péči, lze zde využít např. prvků modelu humanistické péče dle Watsonové. V souvislosti s realizací ošetrovateľské péče u pacientů s FS by měla sestra svou pozornost věnovat na řešení příslušných ošetrovateľských diagnóz. Příkladem je možné zmínit úzkost v souvislosti s arytmiemi, aktivitu (riziko intolerance v důsledku arytmií), neznalost pojmu a strach z invazivního výkonu či porušenou adaptaci (Sovová a kol., 2004; Sovová a kol., 2014). Vlastní ošetrovateľská péče se tak odvíjí od formy onemocnění a zvoleného způsobu léčby.

Ošetrovateľská péče spojená s elektrickou kardioverzí

Je-li zevní elektrická kardioverze plánovaným výkonem, je nutná pečlivá příprava nemocného po medicínské stránce, kdy je prováděna úprava minerálního metabolismu, především hypokalémie, popřípadě hypovolémie nebo hypoxémie. Dále se zajišťuje u nemocného s FS trvající déle jak 24 hodin účinná antikoagulace. Součástí přípravy nemocného je podrobné vysvětlení výkonu lékařem a podepsání informovaného souhlasu s výkonem. Sestra je v tomto případě zodpovědná jak za přípravu nemocného na výkon,

tak za přípravu pomůcek. V rámci přípravy nemocného sestra natočí 12 svodové EKG, zajistí monitoraci fyziologických funkcí a žilní přístup zavedením periferní žilní kanyly a aplikuje dle ordinace lékaře fyziologický roztok či 5% glukózu. Dále zajistí odběr laboratorních vyšetření. Také dohlédne na to, aby byl nemocný alespoň 4 hodiny před výkonem lačný. U nemocných se zubní protézou ji před výkonem nesmí zapomenout vyjmout. Taktéž se nesmí opomenout psychický stav nemocného. Úlohou sestry je nemocného zklidnit. Tomu napomáhá vhodná komunikace na podkladě vyslechnutí obav nemocného a poskytnutí adekvátních informací, které se týkají průběhu výkonu a doby po něm. Další činnosti sestry jsou směřovány na přípravu pomůcek a asistenci lékaři během výkonu. Sestra připraví všechny pomůcky k intubaci nemocného, defibrilátor, EKG gel, léky k anestezii, ambuvak s napojením na kyslík z centrálního rozvodu. Po navození anestezie je nemocný ventilován ambuvakem a lékař přikládá dostatečně nagelované elektrody na hrudník nemocného do oblasti vpravo od sternu zhruba do 2. mezižebří a vlevo v oblasti axiální čáry do 5. - 6. mezižebří. Po provedení výboje se kontroluje EKG křivka a eventuálně se celý proces opakuje (Kapounová, 2007). Je-li verze úspěšná, sestra nemocného očistí od gelu a nanese na místa, kde byly přiloženy defibrilační elektrody, kalciovou mast. Poté natočí 12 svodové EKG a zajistí podávání kyslíku kyslíkovou maskou. Následně jsou monitorovány a zaznamenávány fyziologické funkce nejméně další 2 - 4 hodiny po výkonu. Po uplynutí této doby je možné přijímat stravu a pití. Ve většině případů je po úspěšné verzi nemocný propuštěn domů, kdy je poučen, že nesmí ten den řídit motorová vozidla a také je vybaven zprávou pro svého ošetřujícího lékaře. Nemocný je také informován o další kontrole (Kolář et al., 2009; Pachulová, 2008).

Ošetrovatelská péče spojená s katetrizační ablací pro fibrilaci síní

RFA jako jedna z moderních léčebných metod FS je taktéž spojena s ošetrovatelskou péčí, kdy je potřeba připravit nemocného na tento výkon a zároveň se účastnit na péči při něm a po něm. Každý nemocný bývá zpravidla vyšetřen a poučen o výkonu v arytmiologické ambulanci. Na tomto úkolu se podílejí jak lékaři, tak i sestry. Příprava

a péče o nemocného s FS spočívá v psychické a fyzické přípravě. Stabilizace psychického stavu nemocného má velký vliv nejen na onemocnění, ale i na průběh léčebného procesu, spolupráci a vztah s ošetřujícím personálem. Nemocného je zapotřebí vyslechnout a zjistit, jaký je důvod jeho obav a co by mu pomohlo. Stejně tak je důležité si všimnout jeho chování a projevů úzkosti. Hlavním článkem, který pomáhá v této oblasti, je efektivní a empatická komunikace. Nedílnou součástí je informovanost nemocného o výkonu, jeho průběhu a také nastínění, co bude následovat po zákroku. Nemocný je vždy seznámen s tím, co ho čeká, tedy s průběhem a nutností provedení výkonu, kdy tyto informace podává jak sestra, tak i lékař, který poté dává nemocnému podepsat informovaný souhlas (Eisenberger et al., 2012; Kapounová, 2007). Do přípravy před ablací je zahrnuto natočení 12 svodového EKG, kontrola chrupu nemocného, v případě potřeby vyjmutí zubní protézy, zajištění základního laboratorního vyšetření, sundání šperků a zajištění, aby byl nemocný lačný od půlnoci před výkonem. Před vlastním provedením výkonu je zapotřebí udělat klidové EKG, někdy se provádí i echokardiografie. Nemocný má vyholené pravé i levé tříslu, dále je mu zavedena periferní žilní kanyla a dle zvyklostí pracoviště je podána premedikace. Poté je nemocný předán do péče arytmiologickému týmu k samotnému výkonu (Slezáková a kol., 2010; Sovová a kol., 2004).

Po výkonu se péče o nemocného zaměřuje na monitorování vitálních funkcí, kontrolují se místa vpichu a prokrvení dolních končetin. Ve většině případů je nemocný umístěn na oddělení intermediální péče nebo na standardní kardiologické oddělení, kde sestra provádí veškeré výkony v kontrole vitálních funkcí a zaznamenává je do dokumentace. Velkou pozornost věnuje místu vpichu, aby nedošlo ke komplikacím, například ke krvácení. Proto sestra musí nemocného poučit o nutnosti dodržování přísného klidu na lůžku. Ten spočívá v tom, že nemocný musí být v poloze na zádech nejméně 8 hodin, nesmí se otáčet na bok, ani pokrčovat dolní končetiny. Omezená hybnost je také dána funkční kompresí, která se provádí po odstranění zavaděčů z třísel. Komprese třísel je tlaková, ta se ponechává 4 - 6 hodin a obvazová, která se nechává až do druhého dne. I v tomto období je nutné s nemocným vhodně komunikovat, aby respektoval omezení, která jsou na něj kladena po zákroku, aby dobře spolupracoval a dodržoval klid na lůžku

(Kapounová, 2007). Sestra také musí informovat nemocného o možných komplikacích při nedodržení. Vždy by měla zvolit vhodnou techniku komunikace, aby nevyvolala v nemocném ještě větší obavy a strach. O včasné mobilizaci nemocného rozhoduje lékař. Druhý den po výkonu se provádí převaz třísla a kontrola místa vpichu. Po zhodnocení celkového stavu je nemocný propuštěn do domácího ošetření. Důležité je ještě nemocného edukovat o možné další farmakoterapii, pokud ji má ordinovanou. V neposlední řadě je nemocný informován o další kontrole (Sovová a kol., 2004; Šafránková a kol., 2006).

Ošetrovatelská péče spojená s chirurgickou léčbou fibrilace síní

Problematika ošetrovatelské péče u chirurgické ablace FS je spojena s oblastí předoperační a pooperační péče. Jako všechny kardiochirurgické výkony i tento vyžaduje řádnou předoperační přípravu, která spočívá v diagnostice onemocnění, zjištění dalších přidružených onemocnění a zhodnocení celkového stavu. Řádně provedená příprava nemocného vede ke snížení výskytu komplikací v pooperačním období. Tohoto procesu se účastní lékař i sestra společně. Přípravu a péči o nemocného lze rozdělit dle časových období na dlouhodobou, která zahrnuje diagnostiku onemocnění, interní a kardiologické vyšetření, jenž u plánovaného výkonu nesmí být starší 14 dnů. Zde se provádí EKG, RTG vyšetření srdce a plic, klinické a laboratorní vyšetření. Do krátkodobé přípravy patří především úkony provedené 24 hodin před vlastním kardiochirurgickým výkonem, zaměřené na fyzickou přípravu, anesteziologickou a psychickou přípravu. Důležitou roli zde hraje psychický stav nemocného. Je nutné, aby se sestra zaměřila na minimalizaci strachu a stresu z operace, na informovanost nemocného a snažila se jej uklidnit. Nesmí však nikdy bagatelizovat výkon, aby nedošlo ke ztrátě důvěry. Dalším úkolem sestry je zlepšení celkového stavu nemocného, kdy své ošetrovatelské intervence zaměřuje například na upravení stavu výživy, redukci hmotnosti, eliminaci kouření. U kardiochirurgických výkonů se sestra také musí soustředit před provedením vlastního výkonu na edukaci nemocného, naučit ho jak správně dýchat a odkašlávat po operaci. Do této přípravy je možné zapojit také fyzioterapeuty. Dále sestra dohlédne, aby byl nemocný

před výkonem lačný a nekouřil. Posledním článkem předoperační přípravy je bezprostřední péče o nemocného před operací, to je v časovém horizontu 2 hodin před výkonem. V této fázi je důležitá kontrola dokumentace a příprava operačního pole. Sestra jej může připravit tím, že v případě ochlupení hrudníku ho oholí. Dále provede bandáž dolních končetin, zkontroluje chrup nemocného, případně vyjme zubní protézu a dle požadavků lékařů provede další úkony (Slezáková a kol., 2010; Valenta a kol., 2003).

V pooperačním období zůstává nemocný pod intenzivním dohledem. Bezprostředně po výkonu je pozornost zaměřena na monitorování vitálních funkcí, zpočátku na reanimačních neboli „dospávacích“ pokojích, a poté je nemocný předán na jednotku intenzivní péče. Zde jsou sledovány fyziologické funkce, sestra provádí ordinace dle lékaře, sleduje dýchání nemocného a bolest. Poté následuje intermediální péče, která zahrnuje sledování oběhových a respiračních parametrů a sledování fyziologických funkcí. Ošetřující personál se postupně zaměřuje na mobilizaci nemocného. Zpočátku je součástí mobilizace rehabilitace na lůžku, nejprve pasivní a poté přechází v aktivní se zaměřením na končetiny a dechovou rehabilitaci. Nakonec je potřeba zmínit období časně rekonvalescence, kdy se podobně jako v předchozích fázích pozornost zaměřuje na prevenci komplikací a nemocný je propuštěn do domácího ošetření (Slezáková a kol., 2010; Valenta a kol., 2003).

1.4 Ošetřovatelství v kardiologii

Ošetřovatelství v kardiologii se zaměřuje na podporu zdraví, prevenci a rehabilitaci, akutní a chronickou péči a paliativní péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním. Ošetřovatelský personál se snaží vést jednotlivce, rodiny i komunity k tomu, aby byli schopni samostatně uspokojovat bio-psycho-sociální a duchovní potřeby. Podporují kardiaka v oblasti sebepéče a edukují jej i jeho blízké (Doležel, 2010). Stejně jako v jiných oborech i ošetřovatelská péče v kardiologii by měla vycházet z humanistického přístupu k jedinci, zakládající se na empatii, vzájemném porozumění, sebepoznání, interpersonálních a transpersonálních vztazích a podpoře procesu uzdravování a péče o sebe samé (Farkašová, 2006). To vyplývá také z humanistického modelu Watsonové,

který je v této práci zmiňován a aplikován v ošetrovatelské péči o kardiaky, protože cílem péče dle tohoto modelu je zlepšení a posílení zdraví, a také kvality života jedince.

1.4.1 Kvalita života nemocného s fibrilací síní

Stejně jako v ošetrovatelství, tak i v dalších vědních oborech zabývajících se kvalitou života dochází k různorodosti přístupů a definic. Ošetrovatelství se ztotožňuje s tvrzením, že kvalita života je těžce uchopitelný pojem především pro její komplexnost a multidimenzionálnost. Na první pohled se může zdát tato oblast kvality života jako jednoduchá. Hlavní otázky spočívají v její pozorovatelnosti a měřitelnosti (Čeledová a kol., 2010). Kvalita života se dotýká oblastí lidské existence, smyslu života a samozřejmě zahrnuje problematiku samotného lidského bytí. Tyto oblasti korespondují i se zaměřením a teoretickými východisky humanistického modelu dle Watsonové. Oblast zkoumání kvality života se tak směřuje na materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zajištění zdravého a šťastného života člověka (Gurková, 2010; Velemínský a kol., 2010).

V dnešní době se traduje v mnoha oblastech medicíny všeobecný názor týkající se potřeby sledovat kvalitu života jako součást medicínských a zdravotnických intervencí. Sleduje se například souvislost kvality života a nemoci, či dopad terapie. Proto se těžiště zkoumání kvality života dostává do oblasti psychosociálního a fyzického zdraví, tudíž se zde využívá pojem „Health related quality of life“, což je kvalita života ovlivněná zdravím. V praxi je to popisováno jako evidování nejen klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu zvolené léčby, ale sledují se i subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu nemocného. Do těchto oblastí je možné například zahrnout intenzitu únavy, bolesti, schopnost sebeobsluhy, zvládání stresových situací, úzkosti či napětí. K měření zdravím ovlivnitelné kvality života byla vyvinuta celá řada měřících metod, především dotazníků. Jako takzvaný „zlatý standard“ je možno uvést dotazník SF-36 (36 - Item Health Survey), jehož zaměření je obecné a lze jej aplikovat především ke zjišťování dopadu zvolené léčby na kvalitu života nemocných. Toto lze velmi dobře využít v modifikované formě ve sledování dopadu terapeutických metod u nemocných

s fibrilací síní. Dále je možné uvést i dotazník WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Questionnaire), který se zabývá 6 oblastmi kvality života, jehož původní verze byla 100 složková a ta byla modifikována na 26 složkovou verzi. Existuje řada dalších dotazníků pro hodnocení kvality života, které jsou dále specificky zaměřené dle druhu onemocnění nemocného (Payne a kol., 2005).

V ošetrovatelské oblasti je kvalita života nejčastěji charakterizována čtyřmi až pěti doménami, do kterých se řadí tělesná pohoda, psychická pohoda, sociální vztahy, somatické aspekty související s onemocněním a léčbou, včetně zaměření se na spiritualitu (Gurková, 2010). Existuje několik studií zkoumajících kvalitu života u pacientů s FS. Starší práce byly uskutečněny u nemocných s FS, u nichž byla provedena ablace atrioventrikulárního (AV) uzlu. U nemocných, kde byla provedena ablace AV uzlu a implantace kardiostimulátoru, bylo dosaženo vyšší kvality života, než tomu bylo u kontrolních skupin. Na těchto nemocných bylo ukázkově demonstrováno, že jsou-li potlačeny důvody k subjektivním potížím jako je nepravidelnost srdeční akce či vysoká tepová frekvence, kvalita života narůstá, ačkoliv fibrilace přetrvává. Je ovšem nutné zmínit, že se jedná o vysoce selektované skupiny menších počtů nemocných (Lukl et al., 2009). Dorian a kolektiv prezentoval data získaná u širší populace nemocných s paroxysmální FS v počtu 152 případů, u nichž v porovnání s kontrolní skupinou použitím dotazníku SF-36 zjistil významně horší kvalitu života (Dorian et al., 2000). V jiné studii tentýž autor prokázal, že celkový pocit zdraví je vyšší u nemocných, u kterých na antiarytmické léčbě nebyla zaznamenána tato porucha srdečního rytmu, než tomu bylo u nemocných, kteří měli recidivy (Dorian et al., 2002). Jiné studie zase neprokazují, že by byl rozdíl v kvalitě života mezi nemocnými, kteří byli léčeni buď dle strategie kontroly srdečního rytmu, nebo mezi těmi léčenými dle strategie kontroly srdeční frekvence (Lukl et al., 2009). U nemocných, kteří jsou léčeni dle strategie kontroly srdečního rytmu, by zřejmě mohly kvalitu života snižovat vedlejší účinky farmakoterapie antiarytmiky. Proto je důležité uvést, že dle subanalýzy studie AFFIRM je kvalita života nemocných se sinusovým rytmem hodnocena jako vyšší než tomu je u nemocných s FS, a to bez ohledu na to jaká byla zvolena strategie terapie. Zlepšení kvality života nemocného s FS se jeví jako stabilní a dlouhodobé v závislosti na udržení

sinusového rytmu (Čihák et al., 2011). Kvalita života se tak zlepšuje po úspěšné ablaci jak u FS paroxysmální, tak i perzistentní (Eisenberger et al., 2012; Lukl et al., 2009).

1.4.2 Vztah ošetrovatelské péče u pacientů s fibrilací síní a modelu Watsonové

Ošetrovatelská péče v kontextu s humanistickým modelem Watsonové má za cíl zlepšení a posílení zdraví kardiologického pacienta s FS, kdy je potřeba u něj vyvolat pozitivní změnu v péči o své zdraví ve smyslu úpravy životního stylu a snahu eliminovat rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Takový pacient potřebuje kvalifikovanou ošetrovatelskou péči, zakládající se na účinné komunikaci, empatickém přístupu, vzájemném učení, vedoucí k pochopení a podpoře při uspokojování tělesných, emocionálních, sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Úlohou sestry je působit na pacienta s FS pomocí svých odborných vědomostí, své zručnosti, ale i dle poznání sebe sama a své vůle. Sestra musí pacienta akceptovat takového jaký je a jakým bude během jejího působení. Vždy by měla vnímat pocity tohoto kardiologického pacienta a vytvořit s ním vztah založený na důvěře. Zároveň je sestra v souvislosti se zajišťováním ošetrovatelské péče zodpovědná za své počínání a také své působení neorientuje pouze na výkon a uspokojování tělesných potřeb, ale i na duši a mysl pacienta, aby bylo dosaženo jeho harmonie a tím i humanistické péče (Farkašová, 2006).

O současné době je možné říci, že je „přetechnizovaná“ a tím dochází k navyšování nároků v oblasti vědomostí a dovedností, jež jsou kladeny na sestry. Technický rozvoj tak zasáhl řadu odvětví ve zdravotnictví, kdy lze s jistotou tvrdit, že se to týká také oblasti kardiologie, protože ta ve své diagnostice a terapii využívá velkého množství moderních metod. I přes tyto pokroky však dochází k zvyšování počtu chronicky nemocných (Juřeníková, 2010).

Nemocný, který přichází do zdravotnického zařízení, se v novém prostředí hůře orientuje, a to je pro něho často stresující. Stres se poté může navršovat na základě nedostatku kvalitních informací o vyšetřovacích postupech, navržených způsobech léčby či doporučení týkajících se zdravého životního stylu, které by měl v rámci péče o nemocného zajišťovat zdravotník. Úlohou sester se tak stává umožnění nemocnému

získávat takové vědomosti, dovednosti a návyky, které vedou ke zlepšení či obnově zdraví. Tím se ujímají své role edukátorky (Juřeníková, 2010).

Kardiologicky nemocný, kterému se na základě onemocnění změnila životní podmínky, se musí naučit se změnami žít. Lékař, ale především sestra, může pacientovi pomoci vybudovat si nové stereotypy a k tomu je využíván edukační proces. Efektivní výchova a vzdělávání nemocných přináší i snížení nákladů na zdravotní péči, protože edukovaný nemocný je aktivnější ve vztahu ke svému zdraví, tím i léčbě a lze i předpokládat, že léčba bude mít lepší výsledky a rekonvalescence se tak zkrátí. Aby k tomu došlo, je nutné u nemocného s FS působit v oblasti změny životního stylu a stravovacích návyků. Pacienta je nutné upozornit na rizika, jako je obezita, kouření, alkohol, nadměrná konzumace kávy a klást důraz na šetření svého srdce. Stejně tak se edukace zaměřuje i na oblast snižování stresu, poučení o dodržování léčebného režimu stran farmakoterapie, v tomto případě užívání antiarytmik a antikoagulancií. Nedílnou součástí je však motivace nemocného, což nebývá snadný úkol, jelikož dospělý jedinec má určité zvyklosti zafixovány a těžce přistupuje ke změně (Svěráková, 2012).

Aby bylo možné říci, že se jedná o edukaci nemocného, je důležité provádět edukační proces v pěti základních krocích (Bašková a kol., 2010). Fáze tohoto procesu jsou počáteční diagnostika zaměřená na úroveň vědomostí, dovedností, na návyky a postoje nemocného, následuje plánování dosahování cíle edukace, poté je realizace tohoto procesu, po které přichází upevnění a prohloubení vědomostí a dovedností a nakonec je zpětná vazba, což je hodnocení dosažených výsledků (Juřeníková, 2010; Nemcová a kol., 2009).

Edukační působení sestry na nemocného s FS začíná již v době poskytování ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu. Prvním krokem úspěšnosti edukace je, aby sestra nemocného trpělivě vyslechla a snažila se pochopit nemocného i jeho rodinné příslušníky. V souvislosti s tímto procesem sestra plní nejen jednotlivé kroky edukace nemocného, ale zároveň sleduje a vyhodnocuje další potřeby nemocného, čímž usiluje o zmenšení pocitu nejistoty, úzkosti a snaží se pomoci nemocnému pochopit, jakou roli zaujímá v péči o své zdraví a v míře své zodpovědnosti. Své intervence sestra zaměřuje na motivaci ke spolupráci, poskytuje veškeré potřebné informace ohledně

diagnostických postupů, léčby a ošetrovatelské péče, seznamuje nemocného s dechovou rehabilitací v souvislosti s kardiochirurgickou operací, která je jednou z možností léčby FS, eventuálně s dalšími cviky pro zlepšení kondice nemocného, také se zaměřuje na intervence ohledně změny životního stylu a farmakoterapie spojené s FS (Prachtová, 2012).

Edukace se u nemocného s FS musí zaměřit mimo jiné i na užívání antikoagulační léčby. Nemocného je nutné informovat o významu této léčby, který spočívá v prevenci trombembolických komplikací. Nemocný s FS musí být upozorněn na možné interakce s dalšími léky, které mohou účinek antikoagulancií snížit či zvýšit. Vždy je vhodná konzultace v užívání vitamínových přípravků, které mohou obsahovat vitamín K. Nemocnému je také vhodné vysvětlit, že i skladba stravy může ovlivnit účinek těchto léků. Jelikož účinek antikoagulancií spočívá ve snížení účinku vitamínu K, jeho denní příjem by měl být do 250 mikrogramů. Z toho vyplývá, že by měl být omezen příjem potravinových suplementů jako je Ginkgo biloba, různých bylinných čajů a konzumace především listové zeleniny. Nemocný má být také edukován o možnostech výskytu krvácivých komplikací při užívání antikoagulancií. Dále sestra musí poučit nemocného o jeho povinnosti hlásit skutečnost této léčby před každým vyšetřením a ošetřením invazivního typu (Kapounová, 2007).

Na závěr lze o edukaci nemocných říci, že poskytuje možnost volby k uspořádání života jedince v období nemoci. Naučí ho, jak se stát vyrovnanějším, což má vliv i na sebevýchovu v oblasti změny životního stylu, chování, názorů a postojů, které ovlivňují dále citovou a kognitivní stránku. Edukace tak ulehčuje adaptaci na změnu v životě, kterou přináší onemocnění (Nemcová a kol., 2009). Zde se opět promítá jeden z faktorů modelu Watsonové zaměřující se na edukaci, kdy cílem edukování jedince je, aby byl schopen převzít zodpovědnost za svou pohodu, zdraví, péči o sebe a svůj osobní růst (Fawcett et al., 2012).

2 Cíle práce a hypotézy

Hlavním výzkumným záměrem disertační práce bylo zjistit, jak je vnímáno pečovatelské chování sestrami a pacienty u radiofrekvenční katéetrové ablace (RFA) pro fibrilaci síní (FS), jaký vliv má RFA na kvalitu života pacientů s FS a jaká je úroveň edukace u pacientů s FS? Pro jeho zodpovězení byly stanoveny níže uvedené cíle práce.

2.1 Cíle práce

1. Zjistit problémové oblasti v uspokojování potřeb u pacientů s FS před RFA.
2. Zjistit problémové oblasti v uspokojování potřeb u pacientů s FS po RFA.
3. Zjistit, jak pacienti s FS vnímají poskytovanou ošetrovatelskou péči.
4. Zjistit, jak sestry vnímají ošetrovatelskou péči o pacienty s FS.
5. Zjistit vliv edukace u pacienta se srdeční arytmií.

2.2 Hypotézy

1. Pacienti v rámci ošetrovatelské péče před RFA lépe hodnotí uspokojování svých fyzických potřeb oproti potřebám psychickým.
2. Pacienti v rámci ošetrovatelské péče po RFA lépe hodnotí uspokojování svých fyzických potřeb oproti potřebám psychickým.
3. Pacienti s FS vnímají více pozitivně poskytovanou ošetrovatelskou péči v souvislosti s intervenčními zákroky než sestry.
4. Sestry pečující o pacienty s FS se více zabývají technickou (pragmatickou) oblastí než humanistickou.
5. Sestry se více orientují na výkony než na vytvoření vztahu jistoty a bezpečí pro pacienty.
6. Pacienti hodnotí u edukace v rámci ošetrovatelské péče lépe obsahové zaměření než její formu.

3 Metodika práce

Prováděný výzkum byl rozdělen do dvou fází. V **první fázi** výzkumného šetření bylo provedeno dotazníkové šetření zaměřené na posouzení potřeb pacientů s FS *před a po* RFA. **Druhá fáze** se zaměřila na zjišťování stavu po 1 roce od provedení RFA, zde bylo hodnoceno vnímání ošetrovatelské péče spojené s RFA a edukace pacientů.

3.1 Výzkumný soubor

Výzkum probíhal v letech 2012 – 2014 a výzkumný soubor tvořily dvě skupiny respondentů. První skupinou byli pacienti z kardiocentra Nemocnice České Budějovice, a.s. s FS podstupující RFA. Celkový počet respondentů prvního výzkumného souboru činil 264 pacientů. Druhý výzkumný soubor tvořily sestry, pracující na kardiologickém oddělení a pečující o pacienty s FS před a po RFA. Tento vzorek respondentů pocházel z kardiocentra Nemocnice České Budějovice a.s. a Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze. Výzkumu se zúčastnilo celkem 92 sester.

3.2 Metody

K získání dat byl v **první fázi** použit nestandardizovaný dotazník, který měl za úkol posouzení potřeb pacientů s FS *před a po* RFA s odstupem 1 roku. Tento patientský dotazník obsahoval 11 jednoduchých otázek a jednotlivé oblasti se zaměřovaly na identifikaci pacientů a posouzení jejich potřeb před výkonem (Příloha 2). V **druhé fázi**, která zkoumala pouze stav po 1 roce od provedení RFA, byl ještě navíc použit standardizovaný dotazník CBI – 24 (Caring Behaviors Inventory) a společně s ním byl pacientům rozdán další formulář s otázkami, který zjišťoval edukaci pacientů a přístup sester po ablačních výkonech (Příloha 3). Dále byla data za použití dotazníku získána od sester, které pacienty v souvislosti s výkonem ošetrovaly (Příloha 4). Dotazník CBI-24 byl použit na základě souhlasu jeho autorky Zane Robinson Wolf.

Standardizovaný dotazník CBI – 24, je měřicí nástroj pro hodnocení pečovatelského chování v souvislosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Tento dotazník je rozdělen do čtyř dimenzí ošetrovatelské péče: oblast „jistoty“ (assurance), „znalosti a dovednosti“ (knowledge and skill), „respektování“ (respectfulness) a „propojenost“ (connectedness). **První dimenze** obsahuje 8 položek: jistota v jednání a pečování o pacienta; docházení za pacientem na pokoj ze své vůle; komunikování s pacientem; vyzývání pacienta k tomu, aby hlásil své problémy; pomáhání při tišení bolesti pacienta; projevování zájmu o pacienta; včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků; mírnění příznaků onemocnění pacienta. **Druhá dimenze** „znalosti a dovednosti“ obsahuje 5 položek: zručnost při podávání injekcí a jiných činnostech; ovládání profesních znalostí a dovedností; dovedné používání a ovládání přístrojů a pomůcek; důvěrné nakládání s informacemi o pacientovi; rychlé reagování na volání pacienta. **Třetí dimenzi** „respektování“ tvoří 6 položek: pozorné naslouchání pacientovi; individuální přístup k pacientovi; podporování pacienta; projevování empatie a ztotožnění se s pacientem; umožnění pacientovi vyjádřit své pocity o onemocnění a léčbě; plnění vyslovených i nevyslovených potřeb pacienta. Poslední **čtvrtá dimenze** „propojenosti“ obsahuje 5 položek: podávání informací a edukaci pacienta; trávení času s pacientem; pomáhání pacientovi v jeho rozvoji; projevování trpělivosti a vytrvalosti v péči o pacienta; zapojení pacienta do plánování jeho péče (Wu at al. 2006).

Jednotlivé otázky dotazníku byly hodnoceny pomocí modifikované Likertovy škály a to v šesti bodech: 1 = nikdy, 2 = téměř nikdy, 3 = výjimečně, 4 = obvykle, 5 = téměř vždy, 6 = vždy. Z důvodu zjednodušení pro následující rozbor byly odpovědi respondentů hodnoceny za **pozitivní** vnímání, pokud byla uvedena odpověď „vždy“ a „téměř vždy“, za **negativně** laděné byly považovány odpovědi „nikdy“, „téměř nikdy“ a „výjimečně“, za **neutrální** odpověď bylo považováno hodnocení „obvykle“.

Uskutečnění výzkumu bylo schváleno managementem obou nemocnic.

3.3 Statistické zpracování

Pro vyhodnocení změn kvality života a potřeb pacientů s FS, respektive k otestování změny veličin před a po provedení RFA byl přijat předpoklad, že sledované parametry (jako např. pohyblivost, sebeobsluha, atd.) jsou veličiny vnitřně spojité, které jsme však schopni měřit pouze s určitou mírou přesnosti pomocí použitých ordinálních stupnic. Po přijetí této premisy byl k otestování změny vnímání stavu pacientem před a po provedené ablaci využit Wilcoxonův znaménkový párový test. K otestování příslušných hypotéz (pro otestování odlišnosti postojů pacientů a sester) byl použit test homogenity multinomických rozdělení. K hodnocení výsledků byla použita popisná statistika, přičemž spojité proměnné jsou představeny jako průměr \pm směrodatná odchylka a četnosti jsou představeny v absolutní a relativní formě. Kategorické proměnné byly hodnoceny použitím χ^2 testu.

Veškeré provedené testy hypotéz jsou provedeny a interpretovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Numerické výsledky byly zpracovány pomocí statistického softwaru STATISTICA a PSPP spolu s programem MS Excel.

4 Výsledky

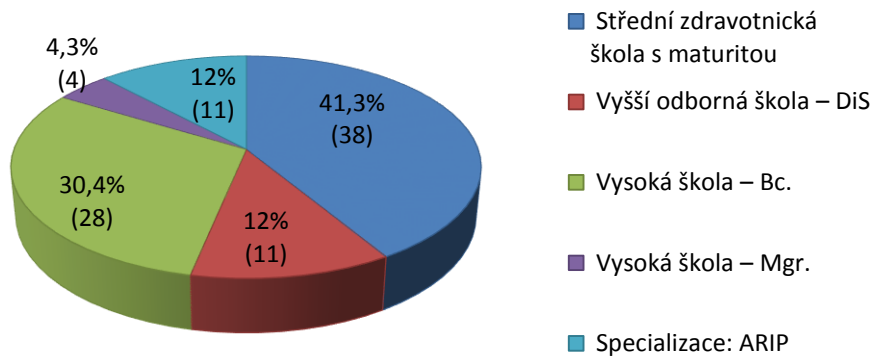
Studie se zúčastnilo celkem 158 mužů (59,8 %) a 106 žen (40,2 %) z celkového počtu 264 pacientů průměrného věku $63,6 \pm 9,6$ let. Přibližně polovina pacientů měla paroxysmální formu FS. Z přidružených onemocnění byla nejvíce zastoupena hypertenze a diabetes mellitus (tabulka 2).

Tabulka 2. Základní klinické charakteristiky výzkumného souboru pacientů.

| Demografická data | |
|--|-----------------------------|
| Celkový počet respondentů (n) | 264 |
| Muži/ženy | 158 (59,8 %) / 106 (40,2 %) |
| Průměrný věk (v letech) | $63,6 \pm 9,6$ |
| Pacienti s paroxysmální fibrilací síní | 139 (52,7 %) |
| Pacienti s persistentní fibrilací síní | 125 (47,3 %) |
| Přidružené nemoci | |
| Hypertenze | 182 (68,9 %) |
| Diabetes mellitus | 61 (23,1 %) |
| Hyperlipoproteinémie | 59 (22,3 %) |
| Cévní mozková příhoda | 16 (6,1 %) |
| Ischemická choroba srdeční | 46 (17,4 %) |

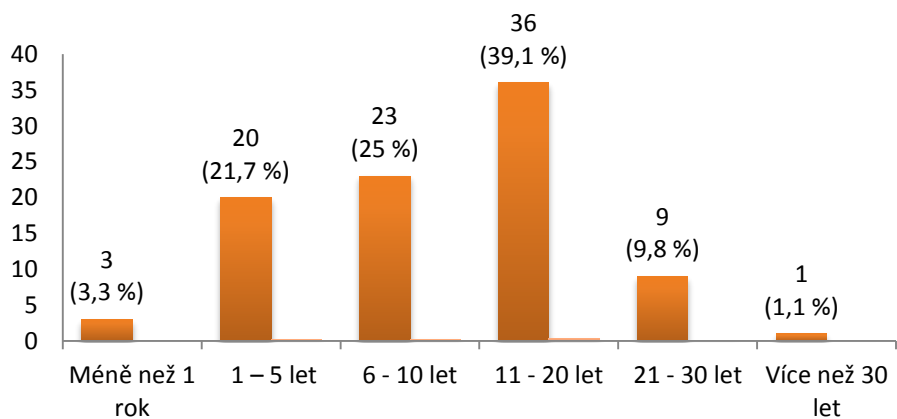
Dále se studie zúčastnilo celkem 92 respondentů z řad sester, z toho bylo 78 žen (84,8 %) a 14 mužů (15,2 %) s nejčastějším zastoupením ve věkové kategorii 31 – 40 let (46,7 %). Strukturu vzdělání sester zachycuje graf 1. Sestry nejvíce uváděly středoškolské vzdělání, a to v počtu 38 odpovědí (41,3 %). Druhé nejčastější bylo vysokoškolské bakalářské vzdělání (28; 30,4 %).

Graf 1. Struktura vzdělání sester.



Následující graf 2 zachycuje délku praxe sester. Z grafu vyplývá, že 39,1 % sester spadá do kategorie 11 – 20 let, druhou nejčastější odpovědí byla délka praxe v rozmezí 6 – 10 let, a to u 23 sester (25 %). Pouze jedna sestra se nacházela v kategorii více než 30 let.

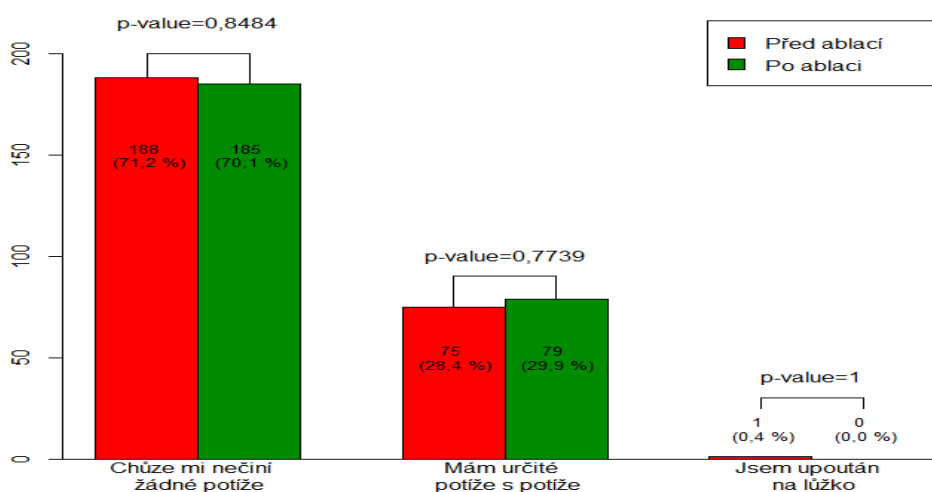
Graf 2. Délka praxe sester.



4.1 Hodnocení pohyblivosti

Výsledky první fáze výzkumu ukázaly, že chůze nečiní problémy většině pacientů před provedením ablace (188; 71,2 %), určité potíže zaznamenává 75 (28,4 %) respondentů a jeden respondent (0,4 %) byl upoután na lůžko. Po RFA byly výsledky velmi obdobné, kdy bez pohybových potíží bylo 185 (70,1 %) respondentů a určité potíže vykazovalo 79 (29,9 %) dotazovaných. Tyto rozdíly nebyly na stanovené hladině významnosti statisticky signifikantní ($p = 0,84$; $p = 0,77$; graf 3).

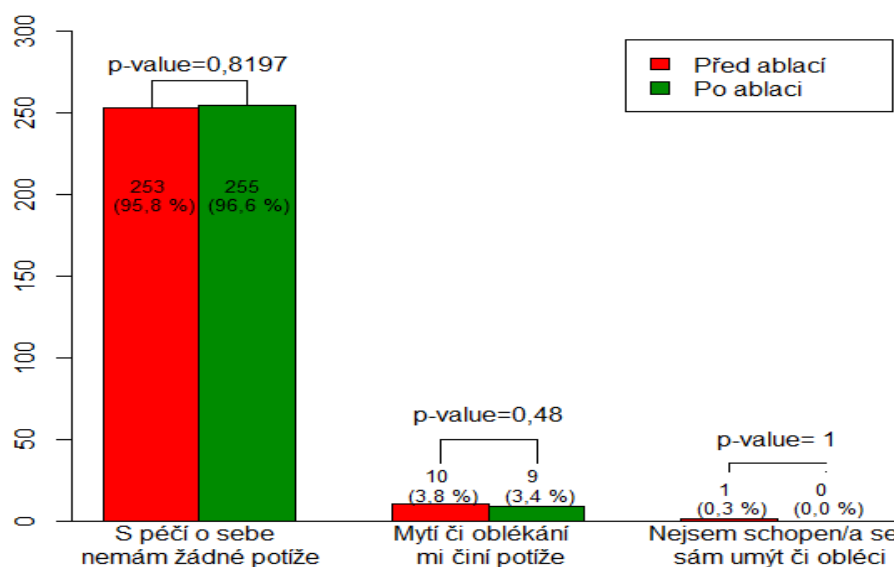
Graf 3. Pohyblivost pacienta před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace.



4.2 Hodnocení sebepěče

Před provedením RFA nevykazovala většina pacientů žádné potíže s péčí o sebe sama (253; 95,8 %). Pouze 10 (3,8 %) respondentů zaznamenávalo potíže při mytí či oblékání a jeden dotazovaný (0,3 %) nebyl schopen se sám obléci či umýt. Podobné výsledky byly získány od pacientů po provedení ablace, kdy 255 (96,6 %) respondentů nemělo žádné problémy se sebepéčí a pouze 9 (3,4 %) dotazovaných sledovalo potíže při mytí či oblékání. Tyto rozdíly nebyly na stanovené hladině významnosti statisticky signifikantní ($p = 0,81$; $p = 0,48$, graf 4).

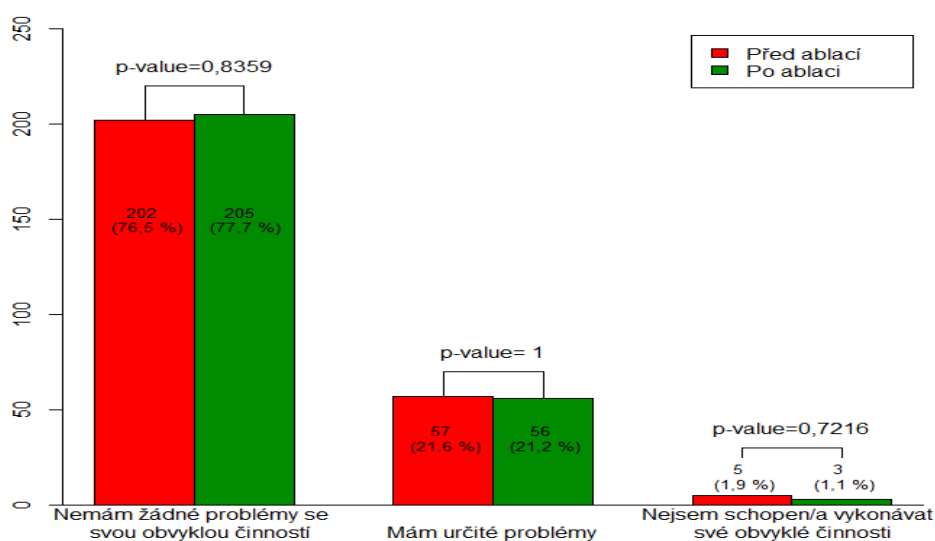
Graf 4. Sebestarost pacienta před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace.



4.3 Vykonávání obvyklých činností

Výsledky před provedením RFA ukazují na skutečnost, že 202 (76,5 %) respondentů nemělo problémy s obvyklou činností, určité problémy zaznamenalo 57 (21,6 %) dotazovaných a 5 (1,9 %) pacientů nebylo schopno obvyklé činnosti vykonávat. Po provedení RFA byly výsledky následující: žádné potíže neudávalo 205 (77,7 %) respondentů, částečné problémy mělo 56 (21,2 %) dotazovaných a pouze 3 (1,1 %) respondenti nebyli schopni vykonávat své obvyklé činnosti. Výše uvedené rozdíly nebyly na stanovené hladině významnosti statisticky signifikantní ($p = 0,84$; $p = 1$; $p = 0,72$, graf 5).

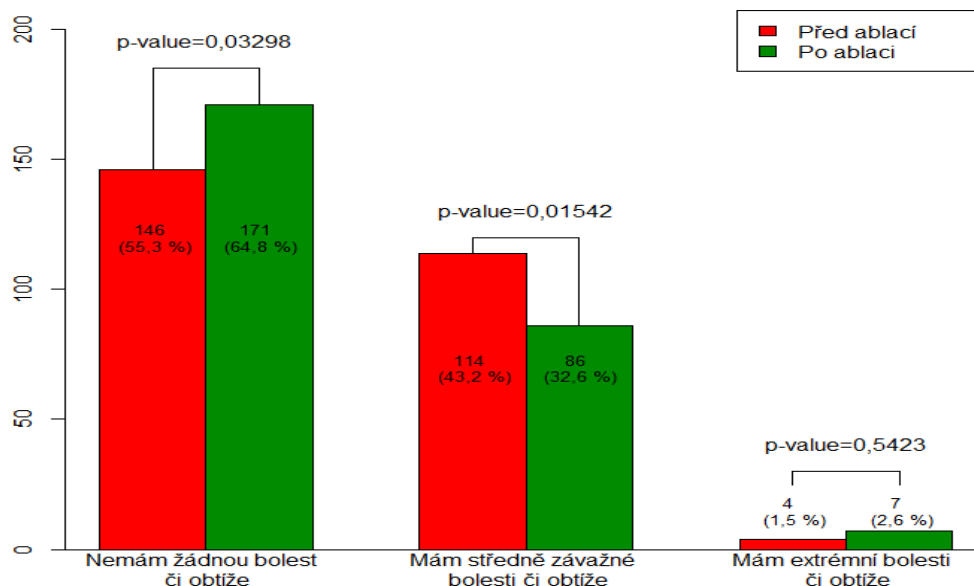
Graf 5. Vykonávání obvyklé činnosti pacienta před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace.



4.4 Bolest

Další část výzkumu se zaměřovala na výskyt bolesti a obtíží, které pacienti pociťují před a po provedení RFA. Před provedením ablace nevykazovalo žádné obtíže 146 (55,3 %) pacientů, středně závažné bolesti či obtíže zaznamenávalo 114 (43,2 %) respondentů a extrémní bolesti nebo obtíže udávaly 4 (1,5 %) pacienti. Po provedení RFA žádné bolesti či obtíže nepociťovalo 171 (64,8 %) respondentů, střední potíže vykazovalo 86 (32,6 %) a extrémní potíže mělo 7 (2,6 %) pacientů. Na stanovené hladině významnosti byly statisticky signifikantní rozdíly ve vnímání bolestí a obtíží před a po provedení ablace jak v pociťování na středně závažné úrovni ($p = 0,015$), tak i pokud se jednalo o pacienty nepociťující žádné obtíže či bolesti ($p = 0,033$). U hodnocení extrémních bolestí nebyly rozdíly statisticky signifikantní ($p = 0,54$, graf 6).

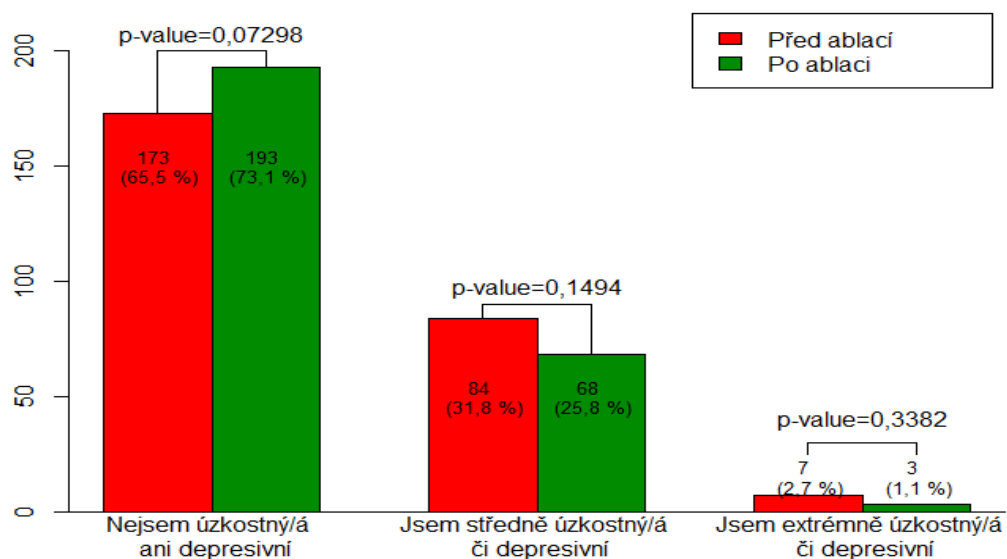
Graf 6. Bolesti a obtíže, které pociťují pacienti před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace.



4.5 Úzkosti a deprese

Bez úzkostí či depresí bylo 173 (65,5 %) respondentů před provedením RFA. Střední potíže pociťovalo 84 (31,8 %) pacientů před ablací a pouze 7 (2,7 %) respondentů uvedlo extrémně úzkostlivé či depresivní stavy. Po provedení RFA nepociťovalo úzkost či depresi 193 (73,1 %) respondentů, střední obtíže vykazovalo 68 (25,8 %) dotazovaných a extrémní úzkost či deprese byla zaznamenána pouze u 3 (1,1 %) pacientů. Na stanovené hladině významnosti nebyly rozdíly statisticky signifikantní, pouze v první kategorii byl zaznamenán trend ke zlepšení ($p = 0,07$; graf 7).

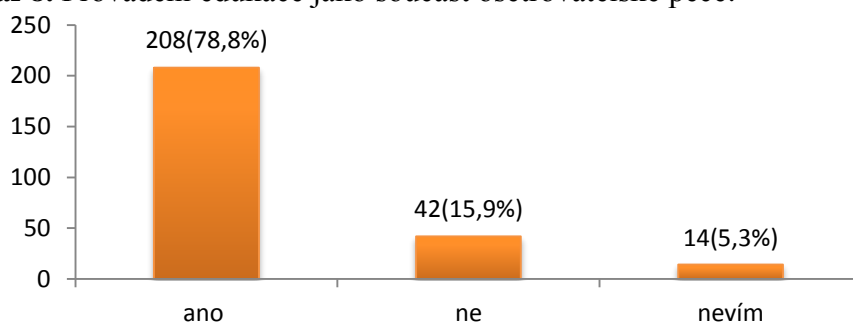
Graf 7. Úzkost a deprese, které pociťují pacienti před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace.



4.6 Posouzení edukace

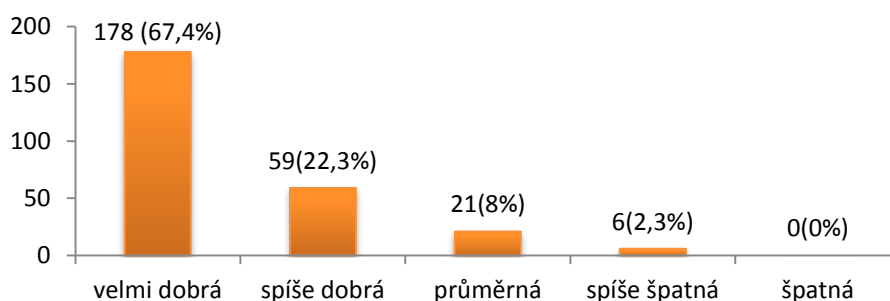
Následující výsledky se vztahují ke druhé fázi výzkumu a k hodnocení obsahu i formy edukace z pohledu pacientů. Z grafu 8, zachycujícího odpovědi pacientů na to, zda byla v rámci ošetrovatelské péče prováděna edukace, plyne, že většina pacientů souhlasila (78,8 %). Pouze 14 pacientů (5,3 %) odpovědělo záporně. Zajímavé je, že téměř 16 % pacientů nedovedlo zaujmout k této jednoduché otázce jasnou odpověď.

Graf 8. Provádění edukace jako součást ošetrovatelské péče.



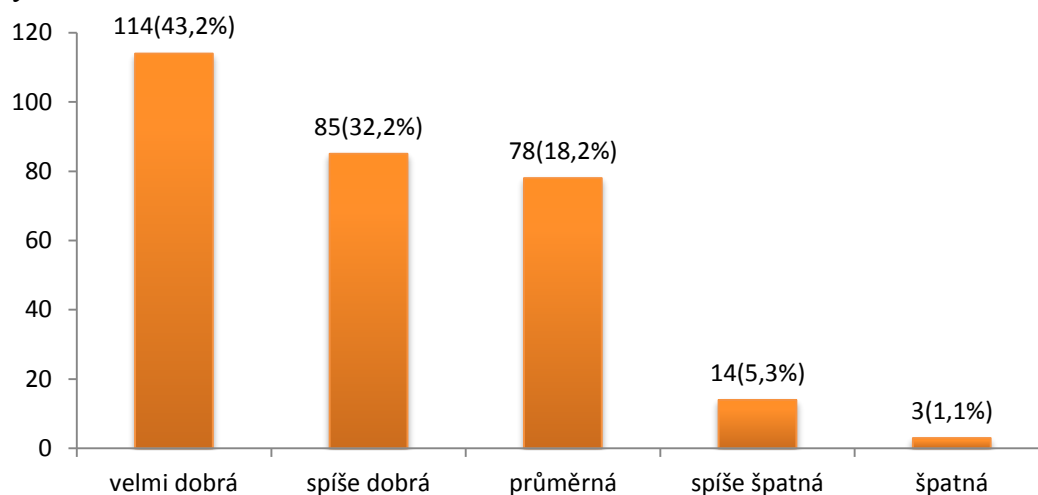
Naprostá většina pacientů hodnotila spokojenost s obsahem edukace za „velmi dobrou“. Pro tuto kategorii se vyslovilo 178 pacientů (67,4 %). Za „spíše dobrou“ ji pak považovalo dalších 59 (22,3 %) pacientů. Pouze 6 (2,3 %) pacientů se vyslovilo negativně pomocí hodnocení „spíše špatná“ (graf 9).

Graf 9. Zhodnocení spokojenosti s obsahovým zaměřením edukace u pacientů s fibrilací síní.



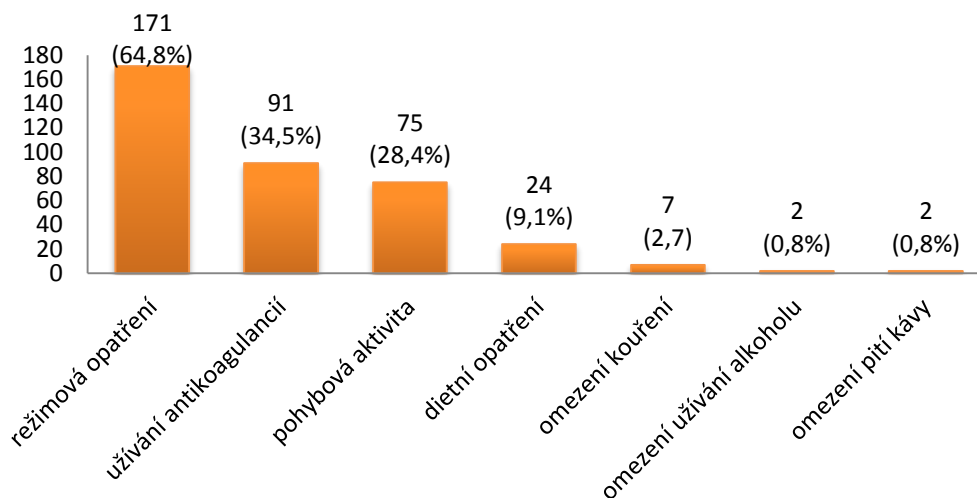
Následující graf 10 zachycuje odpovědi 264 pacientů na otázku týkající se spokojenosti s formou edukace poskytnuté sestrami v rámci ošetrovatelské péče po provedeném výkonu. Z tohoto grafu plyne, že většina pacientů je spokojena s formou edukace. Konkrétně 43,2 % pacientů ji hodnotilo prostřednictvím kategorie „velmi dobrá“, za „spíše dobrou“ ji pak považovala přibližně jedna třetina z nich. Negativní postoj vyslovilo necelých 7 % respondentů.

Graf 10. Zhodnocení spokojenosti s formou edukace sester v rámci ošetrovatelské péče po výkonu.



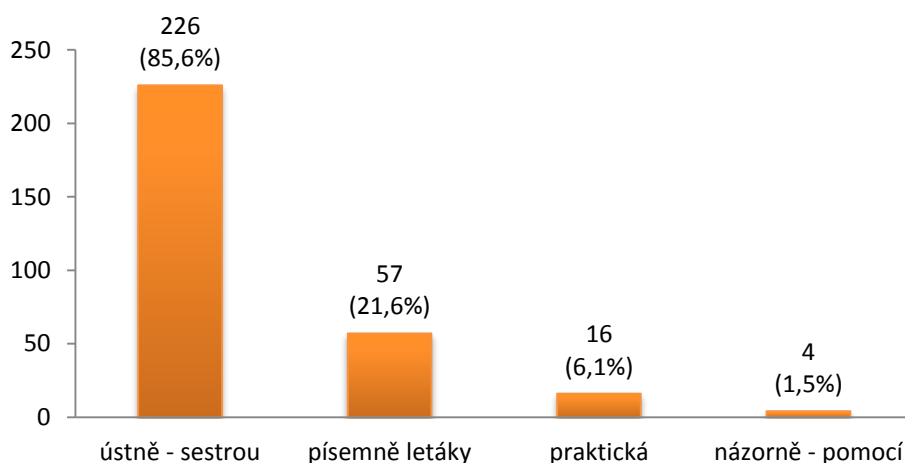
Na grafu 11 jsou zobrazeny odpovědi 264 pacientů na otázku týkající se zaměření edukace pacientů poskytnuté sestrami po provedeném výkonu. Většina pacientů uváděla, že se edukace zaměřovala na režimová opatření. Jen zhruba třetina pacientů uváděla edukaci v oblasti „užívání antikoagulancií“ a necelých 30 % pacientů uvedlo, že sestry se zaměřily na kategorii „pohybová aktivita“. V malém zastoupení byly poté uvedeny kategorie „dietní opatření“ (24 pacientů; 9,1 %), omezení kouření (7 pacientů; 2,7 %), užívání alkoholu (2 pacienti; 0,8 %) a omezení pití kávy (2 pacienti; 0,8 %).

Graf 11. Zhodnocení zaměření edukace pacienty.



Naprostá většina, tj. 85,6 % dotázaných pacientů, se vyjádřila k formě prováděné edukace pomocí kategorie „ústně sestrou“ (graf 12). Dále pak 57 respondentů zmínilo kategorie „písemně - letáky“. Minimální zastoupení měly kategorie „prakticky“ a „náznorně“.

Graf 12. Formy edukace pacientů s fibrilací síní.

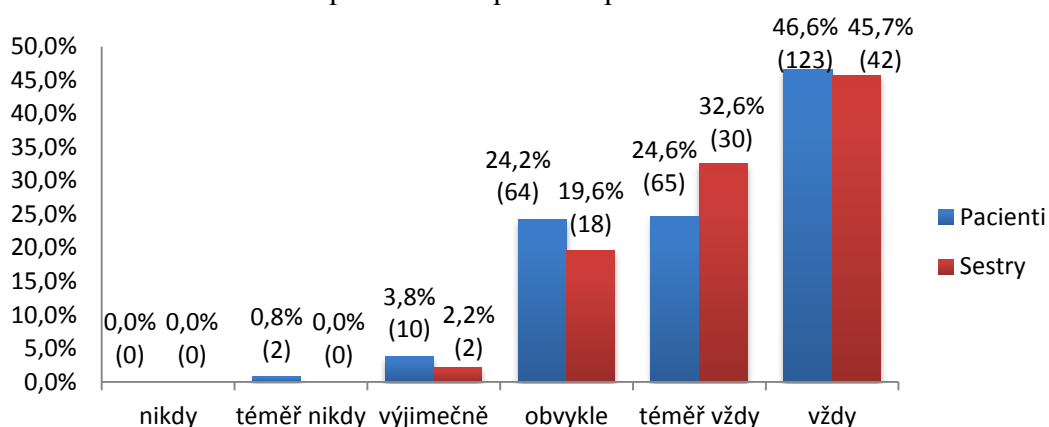


4.7 Posouzení vnímání pečovatelského chování v ošetrovatelské péči

Následující část je věnovaná analýze výsledků standardizovaného dotazníku CBI 24, který je využíván pro hodnocení vnímání pečovatelského chování v ošetrovatelské péči.

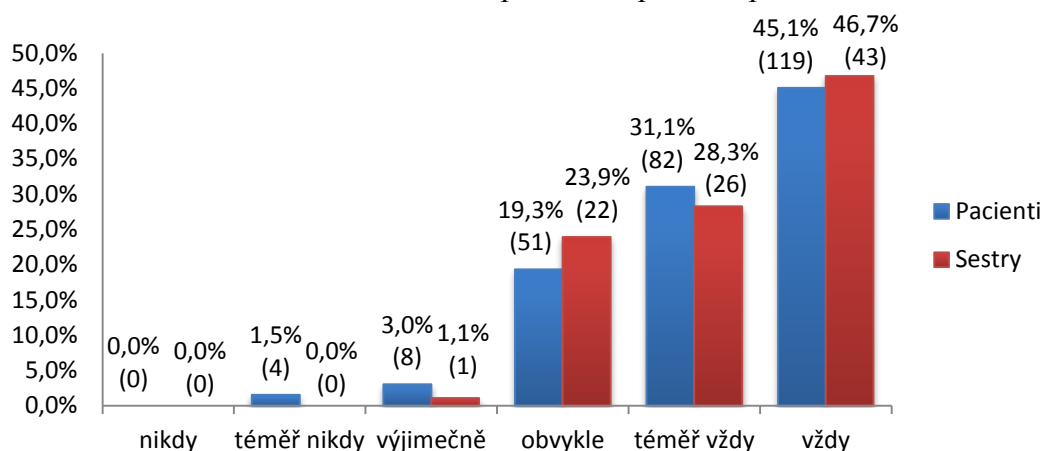
Z grafu 13 je patrné, že téměř tři čtvrtiny pacientů (71,2 %) hodnotily pozorné naslouchání sester kladně. Jako obvyklou činnost sester hodnotilo pozorné naslouchání 64 (24,2 %) respondentů z řad pacientů. Záporně vnímalo tuto oblast pouze 12 (4,6 %) dotazovaných pacientů. Oproti tomu záporné hodnocení vybraly pouze 2 (2,2 %) sestry. Kladně hodnotilo své naslouchání více než tři čtvrtiny sester (78,3 %). Pohled pacientů a sester na otázku ohledně „pozorného naslouchání pacientovi“ nebyl v žádné kategorii statisticky významně rozdílný ($p = 0,48$).

Graf 13. Pozorné naslouchání pacientovi z pohledu pacientů a sester.



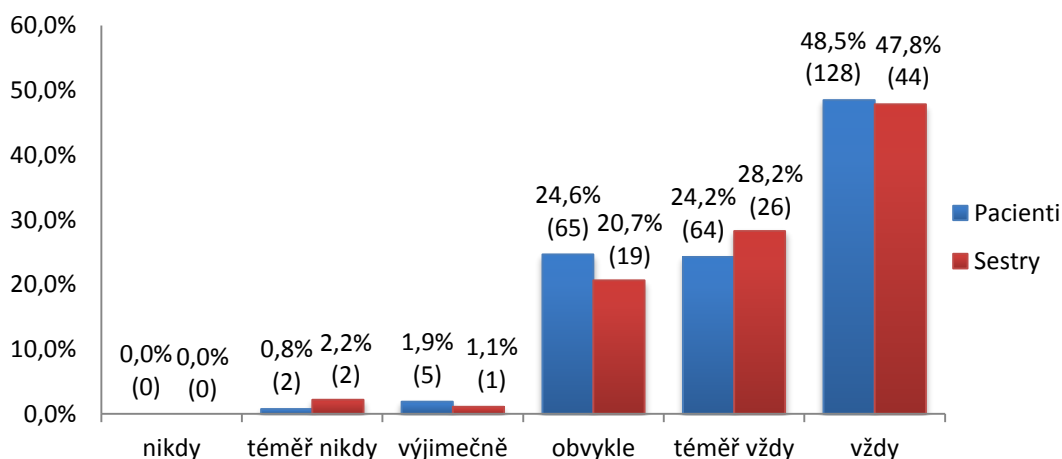
Podobně více než tři čtvrtiny (76,2 %) pacientů hodnotilo podávání informací a edukování pacienta sestrami kladně (graf 14). Jako obvyklou činnost sester uvedlo podávání informací a edukování 51 (19,3 %) respondentů. Záporně vnímalo tuto oblast pouze 12 (4,5 %) dotazovaných pacientů. Oproti tomu záporné hodnocení vybrala pouze 1 (1,1 %) sestra. Kladně hodnotilo podávání informací a edukaci tři čtvrtiny sester (75 %). Nepodařilo se prokázat, že by se pohled pacientů a sester na otázku „podávání informací a edukování pacienta“ statisticky významně lišil ($p = 0,5$).

Graf 14. Podávání informací a edukování pacienta z pohledu pacientů a sester.



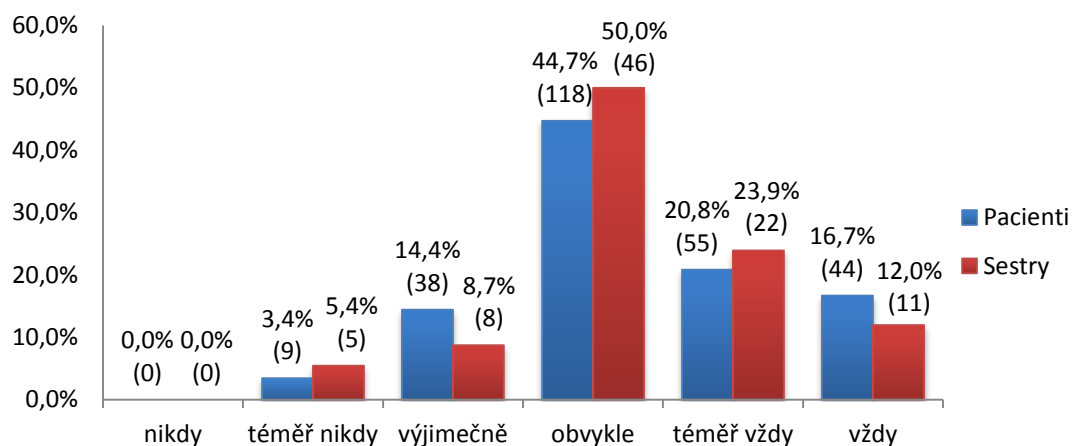
Většina, tj. 72,7 % dotázaných pacientů, se vyjádřila k otázce individuálního přístupu sester k pacientovi kladně. Jako obvyklou činnost tento přístup hodnotilo 65 (24,6 %) pacientů. Negativní postoj zaujalo pouze 7 (2,7 %) respondentů z řad pacientů. Sestry se kladně vyjádřily v obdobném zastoupení jako pacienti, tj. v 76 %. Oproti tomu záporně byl individuální přístup hodnocen pouze 3 (3,3 %) sestrami. Pohled pacientů a sester na otázku „individuálního přístupu k pacientovi“ nebyl statisticky významně rozdílný ($p = 0,67$). Grafické znázornění všech odpovědí je zachyceno na grafu 15.

Graf 15. Individuální přístup k pacientovi z pohledu pacientů a sester.



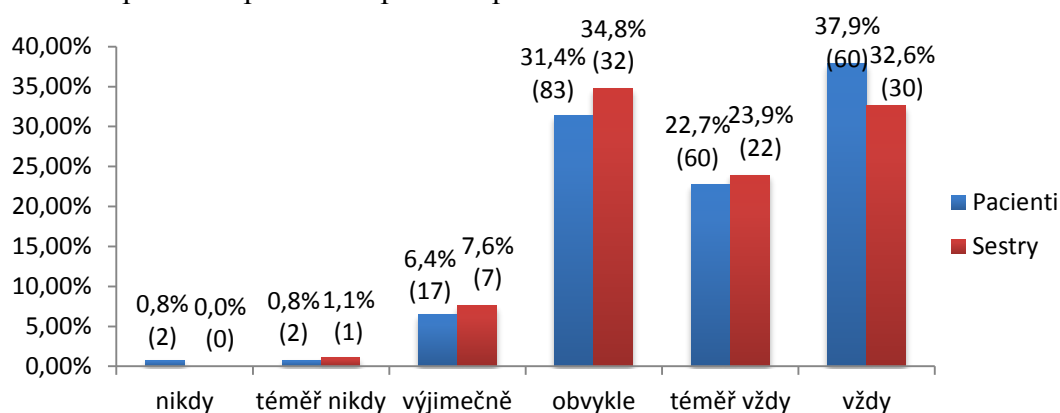
Dále bylo hodnoceno trávení času sestry s pacientem (graf 16). 118 (44,7 %) respondentů ze strany pacientů vyjádřilo neutrální postoj prostřednictvím odpovědi „obvykle“. Za obvyklou činnost toto považovaly i sestry, a to v 50 % odpovědí. Kladně hodnotilo tento přístup 99 (37,5 %) dotázaných pacientů a obdobně tomu bylo i u sester, kde pozitivní hodnocení představovalo 35,9 % odpovídajících sester. Záporně vnímalo tuto oblast pouze 47 (17,8 %) dotazovaných pacientů. U sester bylo záporné hodnocení u 12 (14,1 %) sester. Ani u těchto odpovědí nelze prokázat statisticky významný rozdíl mezi sestrami a pacienty ($p = 0,39$).

Graf 16. Trávení času s pacientem z pohledu pacientů a sester.



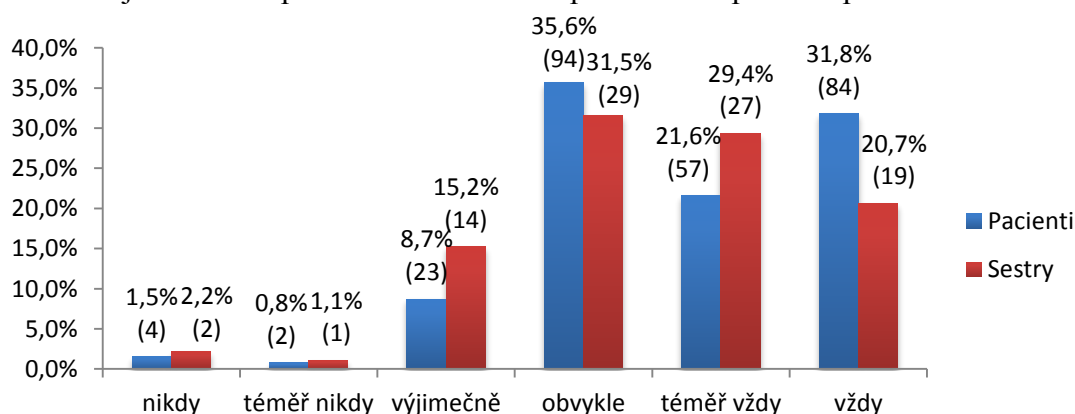
Na základě hodnot uvedených v grafu 17 lze říci, že většina, tj. 60,6 % dotázaných pacientů, se vyjádřila kladně ohledně podporování pacienta. Jako obvyklou činnost tento přístup hodnotilo 83 (31,4 %) pacientů. Negativní postoj zaujalo pouze 21 (8 %) respondentů z řad pacientů. Sestry se kladně vyjádřily v obdobném zastoupení jako pacienti, tj. v 56,5 %. Oproti tomu záporně byl individuální přístup hodnocen pouze 8 (8,7 %) sestrami. Pohled pacientů a sester na otázku ohledně „podporování pacienta“ nebyl statisticky významně odlišný ($p = 0,89$).

Graf 17. Podporování pacienta z pohledu pacientů a sester.



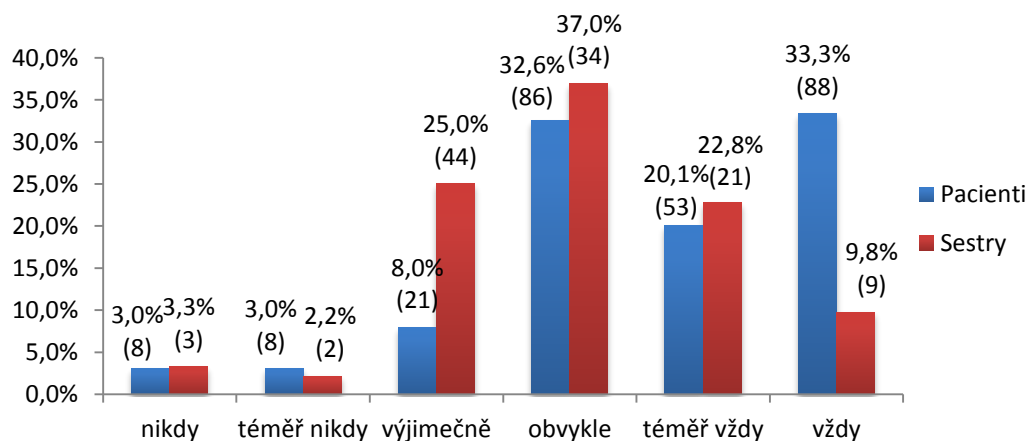
Graf 18 zobrazuje srovnání postojů respondentů v oblasti projevení empatie a ztotožnění se s pacientem. Z tohoto grafu je zřejmé, že 141 (53,4 %) respondentů ze strany pacientů se vyjádřilo pozitivně. Téměř shodné hodnocení bylo i od sester, a to v 50,1 % získaných odpovědí. Za obvyklou činnost toto považovalo 94 (35,6 %) dotazovaných pacientů. Sestry se hodnotily neutrálně v 31,5 %. Záporné vnímání zde bylo u 29 (11 %) pacientů. Sestry se záporně vyjádřily v 17 (18,5 %) odpovědích. Pohled pacientů a sester na otázku ohledně „projevení empatie a ztotožnění se s pacientem“ nebyl signifikantně rozdílný ($p = 0,15$).

Graf 18. Projevení empatie a ztotožnění se s pacientem z pohledu pacientů a sester.



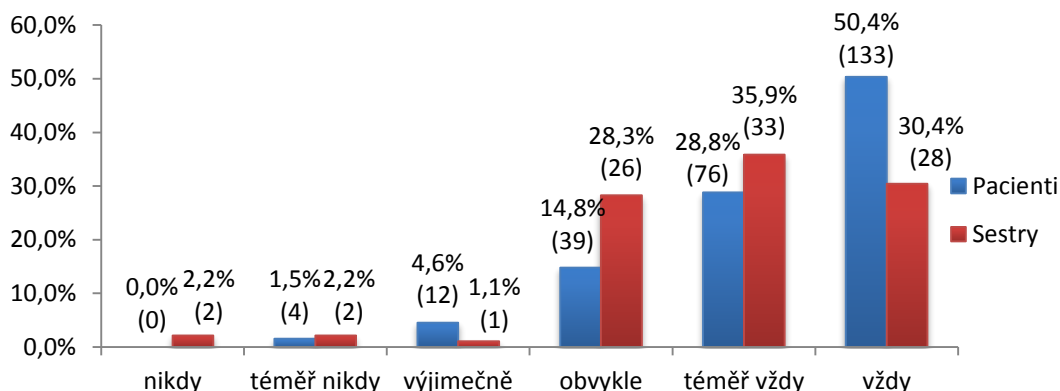
Následující graf 19 zobrazuje výsledky týkající se hodnocení pomoci pacientovi v jeho rozvoji. Nadpoloviční většina (141; 53,4 %) respondentů ze strany pacientů se v tomto ohledu vyjádřila pozitivně. Sestry se zde hodnotily pozitivně pouze ve 32,6 %. Za obvyklou činnost sester považovalo pomoc v rozvoji 94 (35,6 %) pacientů. Sestry se takto vyslovily v 37 %. Záporně vnímalo tuto oblast 37 (14 %) pacientů, oproti tomu se sestry záporně hodnotily v 28 (30,5 %) odpovědích. V tomto případě se jednalo o statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými skupinami respondentů, a to v případě odpovědí „vždy“ a „výjimečně“ ($p < 0,0001$).

Graf 19. Pomáhání pacientovi v jeho rozvoji z pohledu pacientů a sester.



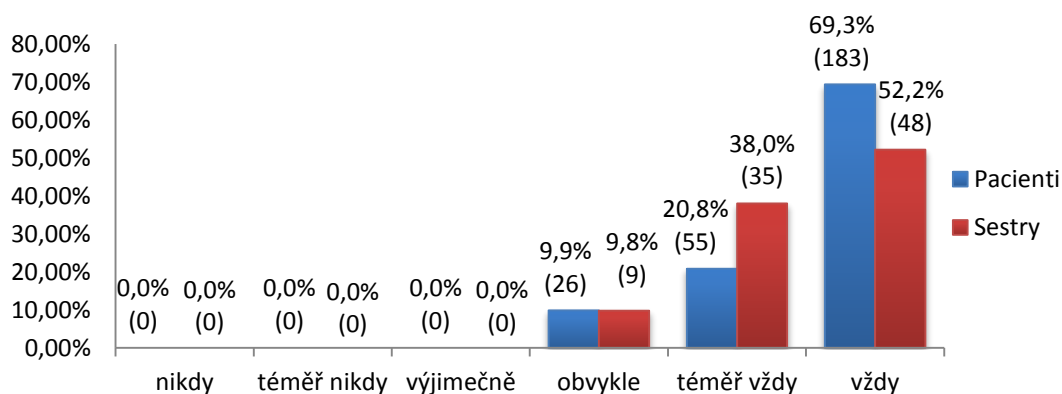
V oblasti projevování trpělivost a vytrvalosti v péči o pacienta se 79,2 % dotázaných pacientů vyjádřilo kladně (graf 20). Jako obvyklou činnost tento přístup hodnotilo 39 (14,8 %) pacientů. Negativní postoj zaujalo pouze 16 (6,1 %) těchto respondentů. Sestry se kladně vyjádřily v obdobném zastoupení jako pacienti, tj. v 66,3 %. Oproti tomu záporně byla trpělivost a vytrvalost hodnocena pouze 5 (5,5 %) sestrami. Jako statisticky významný byl hodnocen rozdíl v četnostech odpovědí „vždy“ ($p = 0,0005$). U ostatních kategorií odpovědí nelze považovat rozdíl za statisticky signifikantní.

Graf 20. Projevování trpělivosti a vytrvalosti v péči o pacienta z pohledu pacientů a sester.



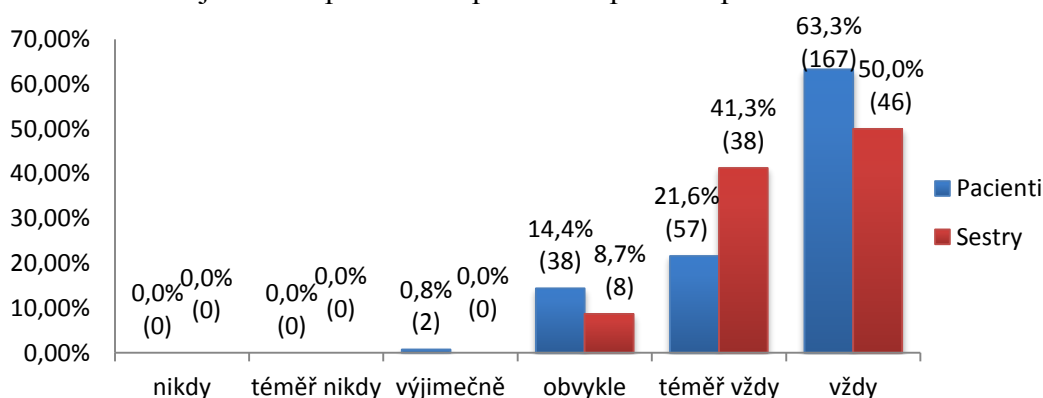
Přístupy v oblasti zručnosti při podávání injekcí a jiných činnostech byly hodnoceny naprostou většinou pacientů kladně (238; 90,1 %). Neutrální postoj zaujalo 26 (9,9 %) pacientů. Sestry se kladně vyjádřily také ve většině odpovědí (83; 90,2 %). Neutrálně byla jejich zručnost hodnocena pouze 9 (9,8 %) sestrami. Záporně nebyl přístup sester vnímán ani na straně pacientů, ani na straně sester. Pohled pacientů a sester na problematiku „zručnosti při podávání injekcí a při jiných činnostech“ byl v kategorii „téměř vždy“ statisticky signifikantně odlišný ($p = 0,0039$), avšak jednalo se pouze o nuanci pozitivně laděných kategorií. Grafické znázornění tohoto srovnání je zachyceno na grafu 21.

Graf 21. Zručnost při podávání injekcí a při jiných činnostech.



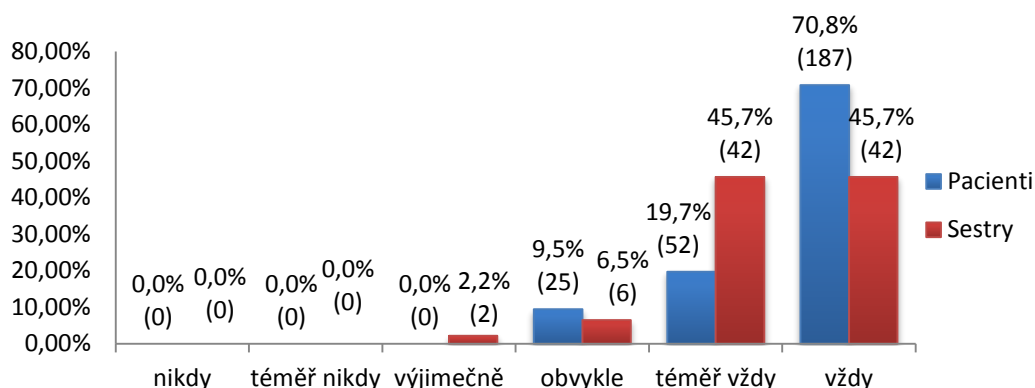
Hodnocení jistoty v jednání a pečování o pacienta je zobrazeno na grafu 22. Většina, tj. 84,9 % dotázaných pacientů, se v této oblasti vyjádřila kladně. Za obvyklou činnost tento přístup považovalo 38 (14,4 %) pacientů. Negativní postoj zaujali pouze 2 (0,8 %) respondenti z řad pacientů. Sestry se kladně vyjádřily v naprosté většině odpovědí, tedy v 91,3 %. Jako obvyklou činnost tento přístup hodnotilo pouze 8 (8,7 %) sester. Negativně svou činnost nehodnotila ani jedna sestra. Pohled pacientů a sester na otázku ohledně „jistoty v jednání a pečování o pacienta“ se statisticky významně lišil, a to zejména v kategorii odpovědi „téměř vždy“ ($p = 0,0025$). V ostatních kategoriích nelze prokázat statistickou signifikanci rozdílů na stanovené hladině významnosti.

Graf 22. Jistota v jednání a pečování o pacienta z pohledu pacientů a sester.



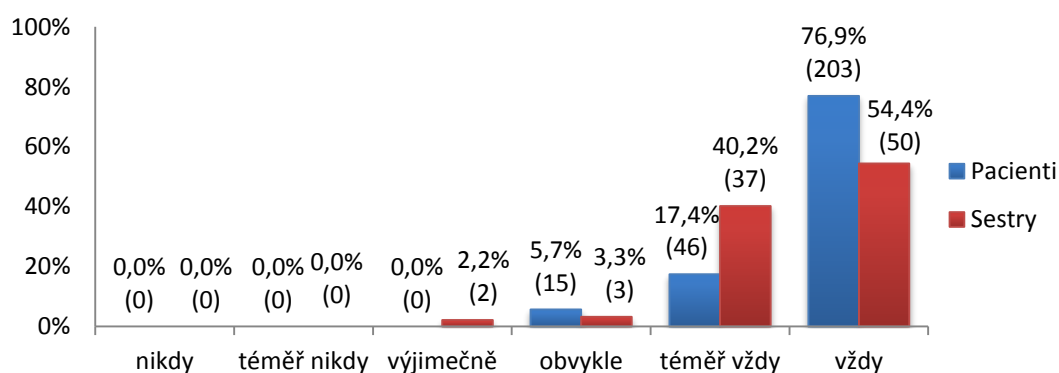
Další hodnocenou oblastí bylo ovládání profesních znalostí a dovedností (graf 23). Naprostá většina respondentů z řad pacientů (239; 90,5 %) vyjádřila kladný postoj. Obdobně tuto oblast hodnotily sestry, a to v 91,2 % odpovědí. Za obvyklou činnost toto považovalo 25 (9,5 %) pacientů. Sestry se neutrálně vyslovily v 6,5 %. Pouze 2 (2,2 %) sestry vnímaly tuto oblast záporně, přičemž ani v jednom případě je tak pacienti nehodnotili. Jako statisticky významný se jevil rozdíl odpovědí „téměř vždy“ ($p < 0,0001$). Opět jde ale o nuanci pozitivně laděných kategorií. Ostatní rozdíly nelze ohodnotit jako statisticky signifikantní.

Graf 23. Ovládání profesních znalostí a dovedností z pohledu pacientů a sester.



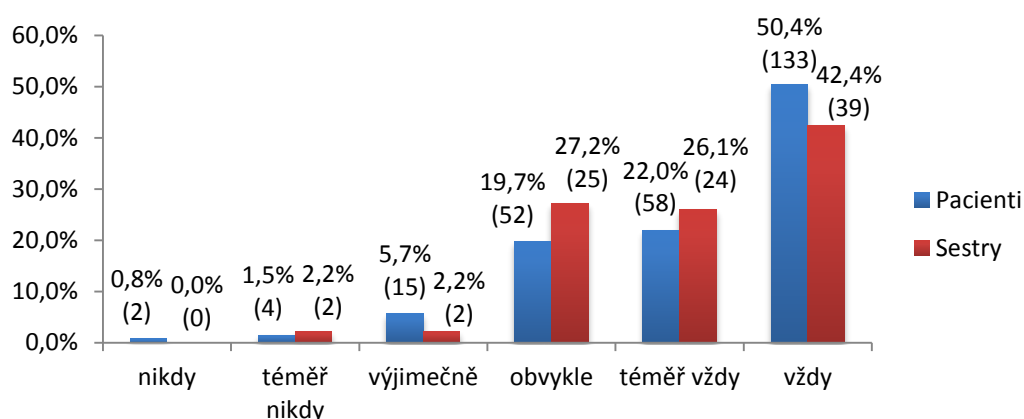
Graf 24 zobrazuje výsledky hodnocení dovedného používání a ovládání přístrojů. Naprostá většina pacientů (249; 94,3 %) i sester (87; 94,6 %) tuto oblast vnímala pozitivně. Neutrální postoj zaujalo 15 (5,7 %) pacientů a pouze 3 (3,3 %) sestry. Negativně hodnotily své dovednosti 2 (2,2 %) sestry, avšak z řad pacientů tuto problematiku nehodnotil nikdo záporně. Jako statisticky významný lze považovat rozdíl v kategorii odpovědi „téměř vždy“ ($p < 0,0001$). Ostatní kategorie odpovědí nelze hodnotit jako statisticky signifikantně rozdílné.

Graf 24. Dovedné používání a ovládání přístrojů a pomůcek z pohledu pacientů a sester.



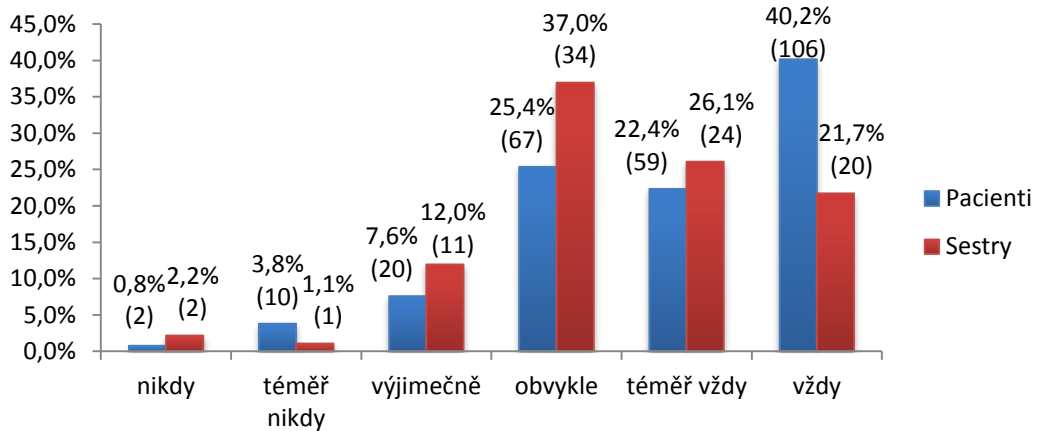
Jak umožňují sestry pacientům vyjádřit své pocity o onemocnění a léčbě dle respondentů je viditelné na následujícím grafu 25. 192 (72,4 %) pacientů hodnotilo tuto oblast kladně. Neutrálně se vyjádřilo 52 (19,7 %) a záporně 6 (2,3 %) respondentů z řad pacientů. Sestry vnímaly tuto činnost obdobně. Kladně se vyjádřilo 63 (68,5 %) sester, neutrálně 25 (27,2 %) a statisticky významné rozdíly ($p = 0,33$) nebyly zaznamenány ani mezi negativními odpověďmi, kdy pouze 2 (2,2 %) sestry hodnotily tuto oblast záporně.

Graf 25. Umožnění pacientovi vyjádřit své pocity o onemocnění a léčbě z pohledu pacientů a sester.



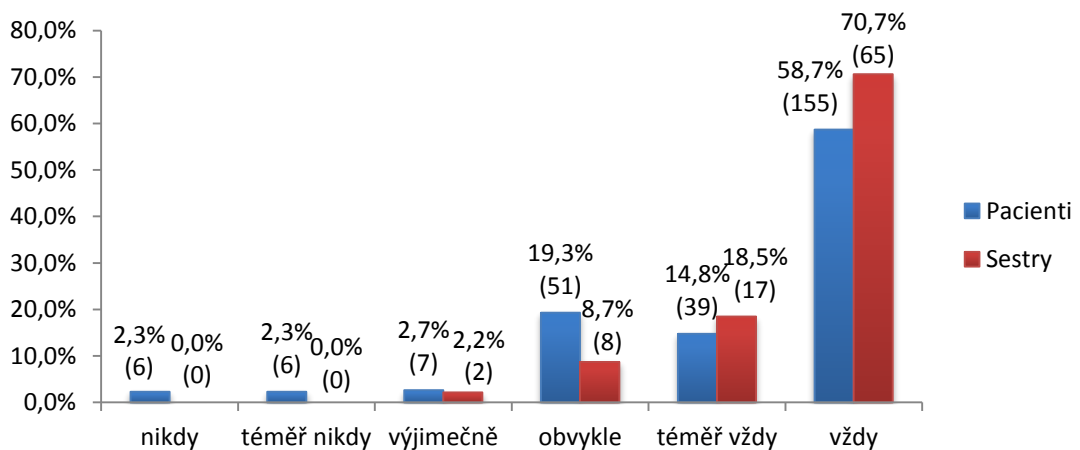
Na grafu 26 jsou zobrazeny výsledky hodnocení zapojení pacienta do plánování jeho péče. Pozitivní vnímání bylo zaznamenáno u 165 (62,6 %) odpovědí ze strany pacientů a u 44 (47,8 %) sester. Jako obvyklou činnost tento přístup hodnotilo 67 (25,4 %) pacientů a 34 (37 %) sester. Negativní postoj zaujalo 32 (12,2 %) respondentů z řad pacientů a obdobně tomu bylo i u sester, a to ve 14 (15,3 %) odpovědích. Jako statisticky signifikantní lze považovat rozdíl v kategorii pozitivně laděných odpovědích „vždy“ ($p = 0,013$). Ostatní kategorie odpovědí nelze hodnotit jako statisticky významně rozdílné.

Graf 26. Zapojení pacienta do plánování jeho péče z pohledu pacientů a sester.



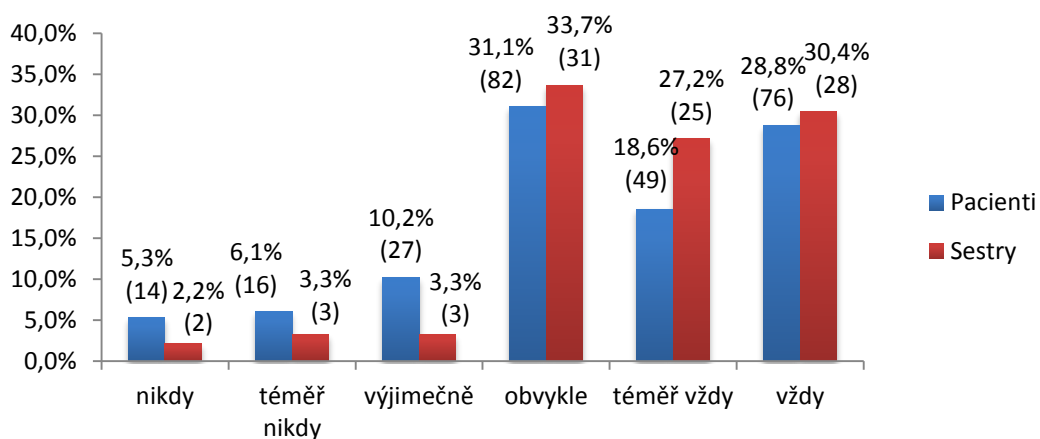
Hodnocení důvěrného nakládání s informacemi o pacientovi (graf 27) bylo u většiny pacientů kladné (194; 73,5 %). Pozitivněji tuto oblast hodnotily sestry (82; 89,2 %). Neutrální postoj k této kategorii byl u 51 (19,3 %) pacientů a u 8 (8,7 %) sester. Negativní hodnocení zvolilo 19 (7,3 %) respondentů z řad pacientů a pouze 2 (2,2 %) sestry uvedly odpověď “výjimečně“. Odpovědi na tuto otázku nebyly statisticky signifikantně rozdílné, přestože byl zde silný trend pro rozdíl v odpovědní kategorii ($p = 0,0502$).

Graf 27. Důvěrné nakládání s informacemi o pacientovi z pohledu pacientů a sester.



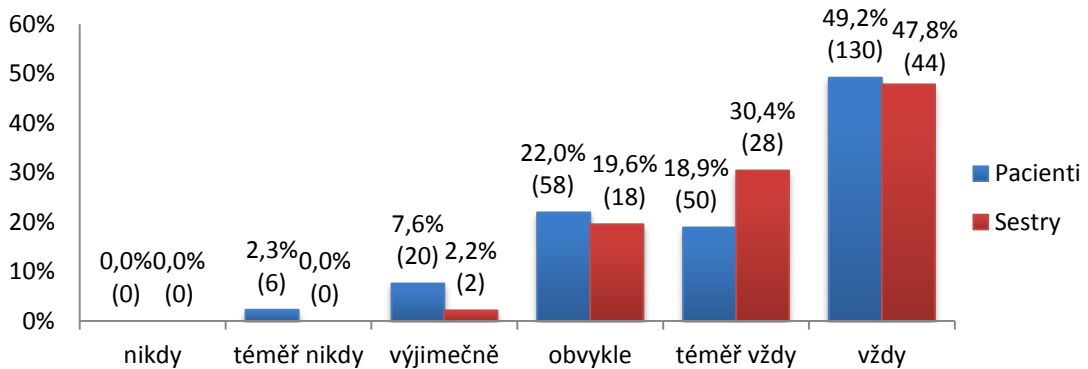
Na následujícím grafu 28 je zobrazeno hodnocení docházení za pacientem na pokoj ze své vůle. Pozitivní vnímání této činnosti mělo 125 (47,4 %) dotazovaných pacientů a 53 (57,6 %) sester. Za obvyklou činnost byla tato oblast považována 82 (31,1 %) respondenty z řad pacientů a 31 (33,7%) respondenty z řad sester. Statisticky významné rozdíly ($p = 0,11$) nebyly zaznamenány ani u negativních odpovědí na tuto otázku, kdy 57 (21,6 %) pacientů a 8 (8,8 %) sester vyslovili záporné odpovědi.

Graf 28. Docházení za pacientem na pokoj ze své vůle z pohledu pacientů a sester.



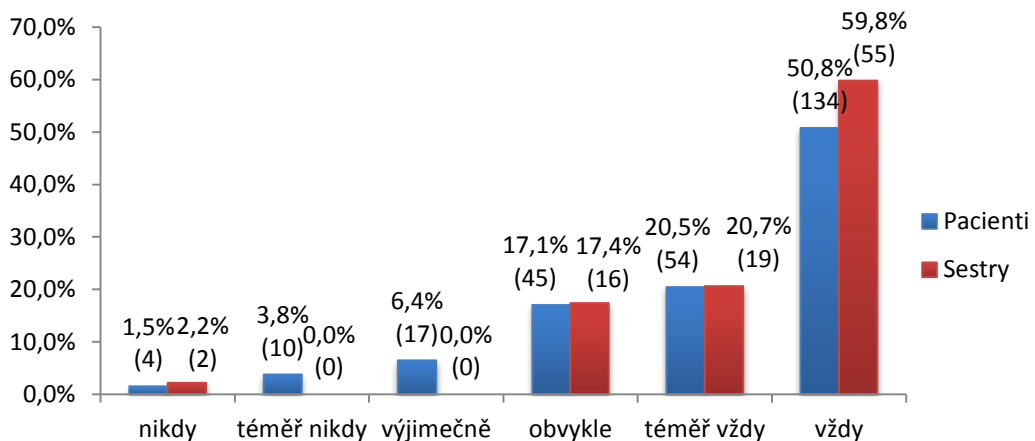
Hodnocení komunikace s pacientem je zobrazeno na grafu 29. Nadpoloviční většina, tj. 68,1 % dotázaných pacientů, se k této činnosti vyjádřila kladně. Za obvyklou ji hodnotilo 58 (22 %) respondentů z řad pacientů. Negativní postoj zde zaujalo 20 (9,9 %) pacientů. Sestry se v této oblasti kladně vyjádřily v 71 (78,2 %) odpovědích. Neutrální pohled sester byl v 19,6 %. Avšak záporné hodnocení oblasti komunikace uvedly pouze 2 (2,2 %) sestry. Statisticky signifikantní rozdíl vnímané oblasti byl v negativních odpovědích ($p = 0,046$).

Graf 29. Komunikování s pacientem z pohledu pacientů a sester.



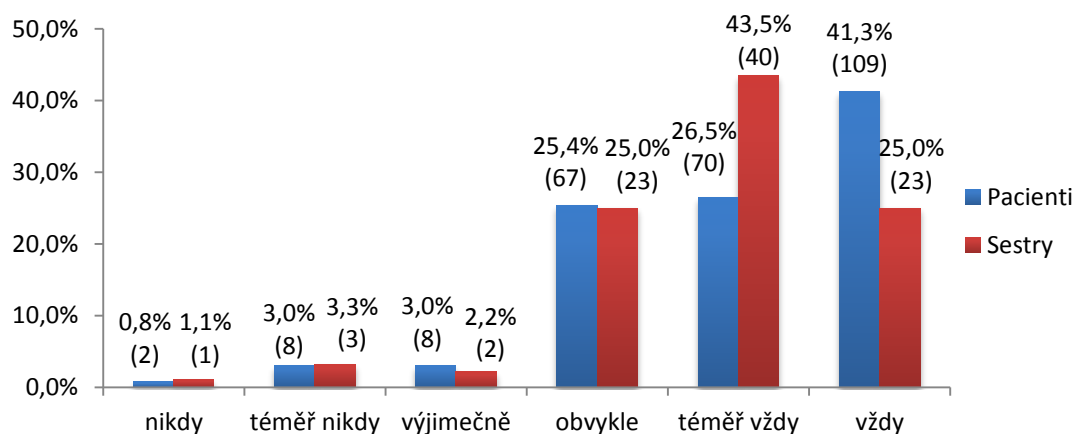
Graf 30 zobrazuje výsledky hodnocení ve vyzývání pacienta k tomu, aby hlásil své problémy. Pozitivně byla tato činnost vnímaná 188 (71,3 %) dotazovanými pacienty. Ze strany sester bylo kladné hodnocení zaznamenáno v 74 (80,5 %) případech. Neutrální postoj byl u obou skupin respondentů obdobný, pacienti zde hodnotili odpovědi „obvykle“ v 17,1 % a sestry v 17,4 %. Negativní přístup k této oblasti byl ze strany pacientů hodnocen 31 (11,7 %) respondenty. Sestry se negativně vyjádřily pouze ve 2 (2,2 %) odpovědích. Z uvedených odpovědí jednotlivých kategorií nebyl prokázán staticky signifikantní rozdíl ($p = 0,06$).

Graf 30. Vyzývání pacienta k tomu, aby hlásil své problémy z pohledu pacientů a sester.



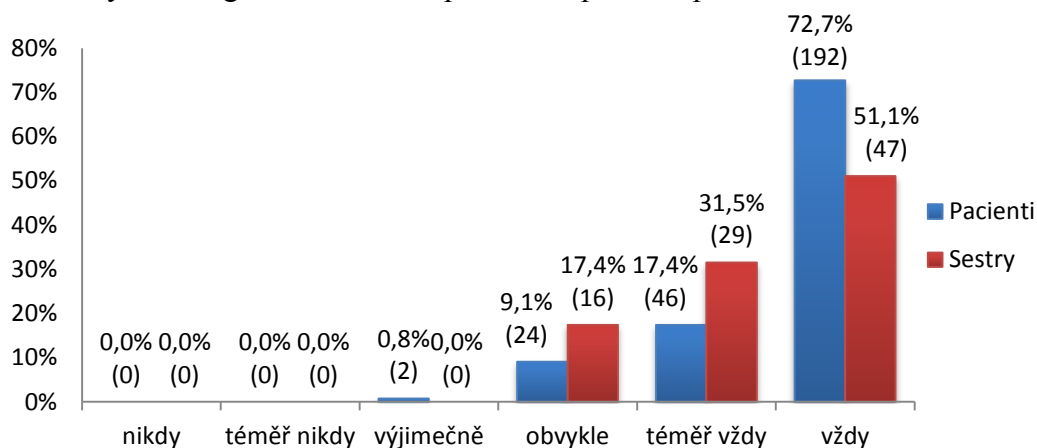
Další hodnocenou oblastí bylo plnění vyslovených a nevyslovených potřeb pacienta (graf 31). Výsledky byly u obou skupin respondentů velmi obdobné. Kladně bylo toto hodnoceno u 179 (67,8 %) pacientů a u 63 (68,5 %) sester. Neutrálně se k této oblasti postavilo 25,4 % respondentů z řad pacientů a sester taktéž 25 %. Záporně byla tato otázka vnímána 18 (6,8 %) dotazovanými pacienty a 6 (6,6 %) sestrami. Pohled pacientů a sester na otázku ohledně plnění potřeb byl v kategorii „téměř vždy“ statisticky signifikantně odlišný ($p = 0,042$), avšak v rámci odpovědí se jednalo pouze o nuanci pozitivně laděných kategorií. Rozdílnosti tedy další výsledky neovlivňovaly.

Graf 31. Plnění vyslovených a nevyslovených potřeb pacienta z pohledu pacientů a sester.



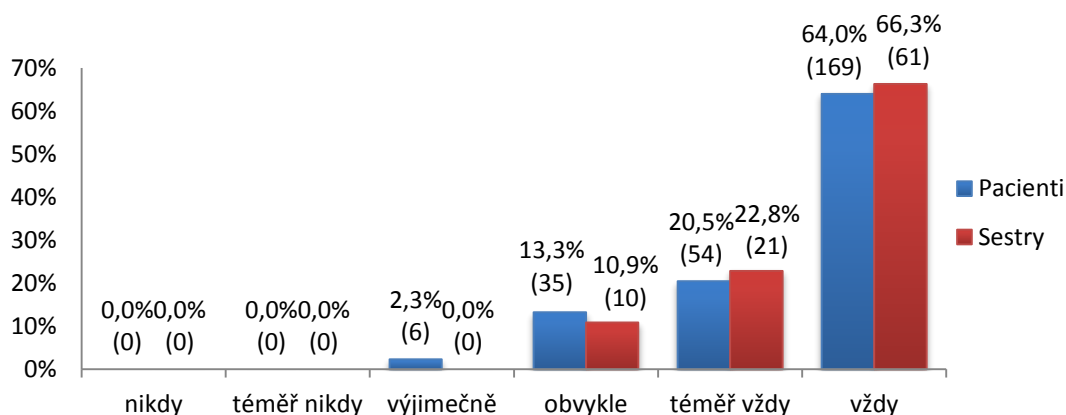
Následující graf 32 zobrazuje, že naprostá většina pacientů (238; 90,1 %) hodnotila kladně rychlé reagování na své volání. Sestry se kladně vyjádřily v 82,6 %. Možnost odpovědi „obvykle“ byla uvedena u 24 (9,1 %) pacientů a 16 (17,4 %) sester. Negativní postoj byl zaznamenán pouze u 2 (0,8 %) dotázaných pacientů. Pohled pacientů a sester na otázku ohledně rychlého reagování byl v kategorii „vždy“ a „téměř vždy“ statisticky signifikantně odlišný ($p = 0,001$), avšak v rámci odpovědí se jednalo pouze o rozdílnost pozitivně laděných kategorií.

Graf 32. Rychlé reagování na volání pacienta z pohledu pacientů a sester.



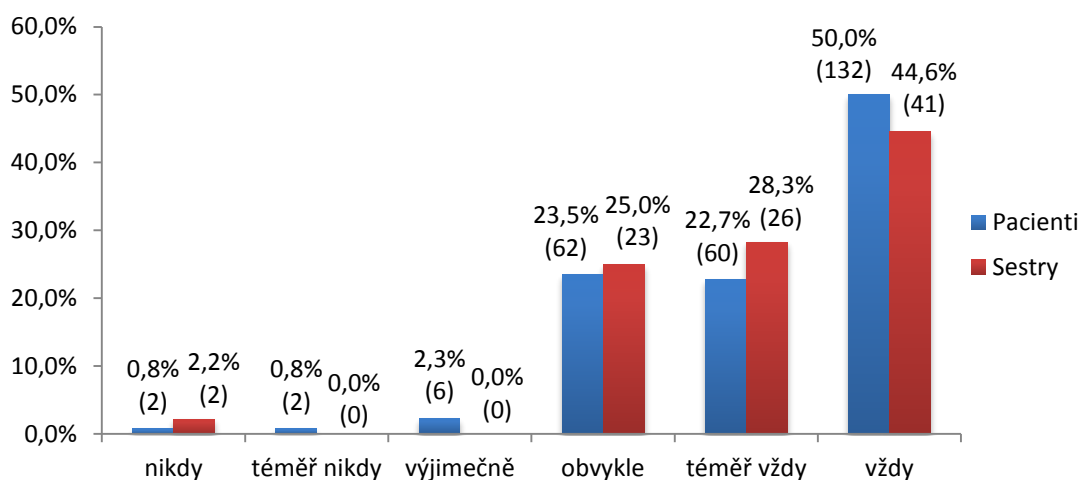
Pacienti dále poměrně kladně hodnotili pomáhání sester při tišení jejich bolesti (223; 84,5 %). Obdobně tuto činnost hodnotily i sestry (82; 89,1 %). Za obvyklý považuje tento přístup 35 (13,3 %) respondentů z řad pacientů. Sestry zvolily možnost „obvykle“ v 10 (10,9 %) případech. Negativní postoj zaujalo 6 (2,3%) respondentů z řad pacientů a žádná sestra. Pohled pacientů a sester v oblasti pomáhání tišení bolesti nebyl statisticky významně odlišný ($p = 0,45$). Graficky vyjádřené srovnání je zachyceno na grafu 33.

Graf 33. Pomáhání při tišení bolesti z pohledu pacientů a sester.



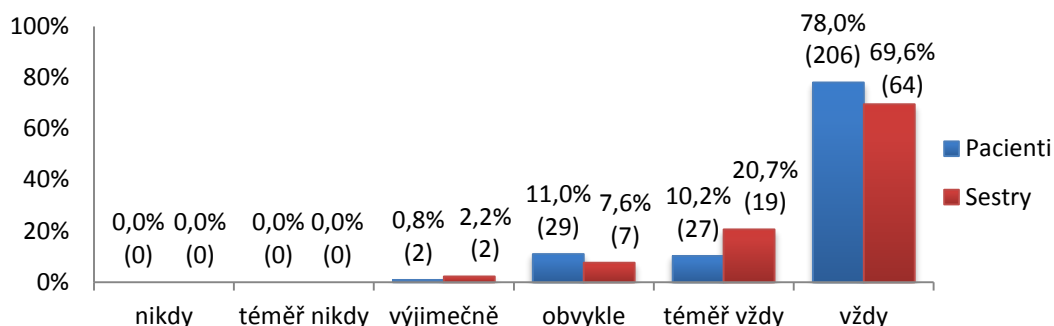
Kladné hodnocení bylo zaznamenáno i u hodnocení přístupu v projevování zájmu o pacienta (graf 34). V 82,7 % případů byla činnost kladně vnímaná pacienty, v 72,9 % sestrami. Neutrálně tuto oblast hodnotilo 23,5 % pacientů a 25 % sester. Oproti tomu záporný postoj byl zaznamenán pouze u 10 (3,9 %) pacientů a 2 (2,2 %) sester. Pohled pacientů a sester se tedy v této oblasti statisticky významně nelišil ($p = 0,37$).

Graf 34. Projevování zájmu o pacienta z pohledu pacientů a sester.



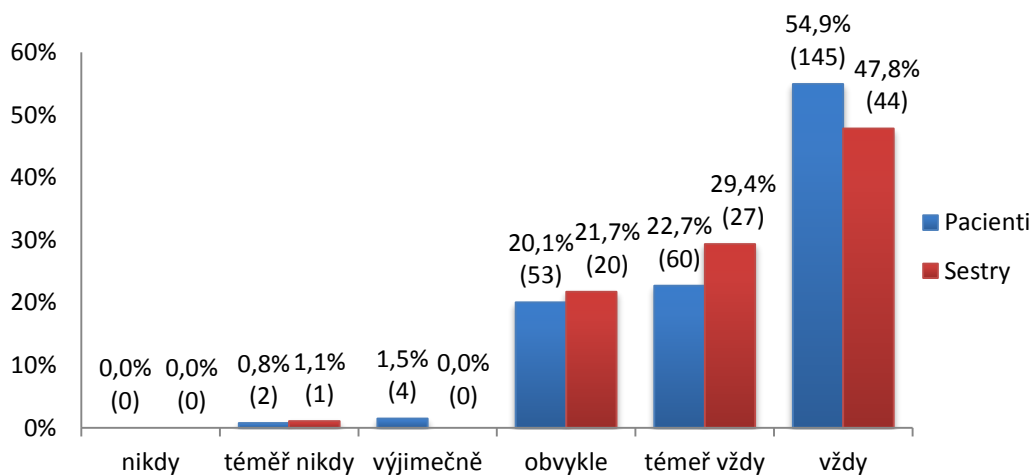
Včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků bylo taktéž hodnoceno velmi pozitivně (graf 35). Většina respondentů z řad pacientů, tj. 88,2 %, se vyjádřila kladně. Jako obvyklou činnost tento přístup vyhodnotilo 29 (11 %) pacientů. Negativní postoj vyjádřili pouze 2 (0,8 %) pacienti. Sestry se kladně vyjádřily v obdobném zastoupení jako pacienti, tj. 90,3 %. Za obvyklou tuto činnost považovalo 7,6 % sester. Záporný pohled byl sledovaný pouze u 2 (2,2 %) sester. V této otázce došlo ke statisticky významným rozdílům ve vnímání ze strany pacientů a sester ($p = 0,038$), avšak tento rozdíl je zaznamenán pouze v rámci pozitivně laděných odpovědí. U ostatních kategorií odpovědí nelze považovat rozdíl ve vnímání sledované oblasti za statisticky významný.

Graf 35. Včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků z pohledu pacientů a sester.



Oblast mírnění příznaků onemocnění byla hodnocena taktéž pozitivně (graf 36). Jak pacienti (77,6 %), tak sestry (77,2 %) se vyjádřili k této činnosti kladně. Stejně tak za obvyklou považovalo tuto činnost obdobný počet respondentů v obou skupinách (53; 20,1 % pacientů a 20; 21,7 % sester). Negativně hodnotilo pouze 6 (2,3 %) respondentů z řad pacientů a pouze jedna (1,1 %) sestra. Žádná z kategorií nevykazovala statisticky signifikantní rozdíly ve vnímání sledované oblasti ze strany pacientů, ani ze strany sester ($p = 0,49$).

Graf 36. Mírnění příznaků onemocnění z pohledu pacientů a sester.



4.8 Shrnutí výsledků vnímání pečovatelského chování v ošetrovatelské péči (CBI 24)

V následující podkapitole jsou data získaná standardizovaným dotazníkem analyzována sumárně podle jeho čtyř základních dimenzí. Jednotlivé dimenze byly hodnoceny nejprve z pohledu signifikance rozdílů ve vnímání na straně pacientů a sester. Následně byly odpovědím „nikdy“ až „vždy“ přiřazeny váhy 1 - 6 a otázky byly posuzovány na základě váženého průměru u obou skupin respondentů.

První dimenzí je **jistota**. V rámci této dimenze výsledky ukazují na velmi podobné vnímání na straně pacientů i sester, jelikož 5 z 8 položek v této dimenzi bylo vnímáno bez signifikantních rozdílů. Statisticky významné rozdíly byly zaznamenány v oblasti *jistota v jednání a pečování o pacienta, komunikace s pacientem* a v oblasti *včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků*. Průměrné hodnocení položky „jistota v jednání“ oběma skupinami bylo podobné (5,47 u pacientů a 5,41 u sester). Pokud by však byly pozitivně laděné odpovědi detailněji posuzovány, je detekovatelný rozdíl mezi kategoriemi „téměř vždy“ a „vždy“. V tomto případě byla jistota v jednání pozitivněji hodnocena pacienty, kteří uváděli možnost „vždy“ častěji než sestry. Signifikantní rozdíl byl však zaznamenán pouze u kategorie „téměř vždy“, kdy sestry tuto možnost označily vícekrát. Komunikace s pacientem byla statisticky významně rozdílná mezi zkoumanými skupinami respondentů v negativně laděných odpovědích („téměř nikdy“ a „výjimečně“). Celkově byla otázka hodnocena ve většině případů pozitivně, ale pozitivněji se posuzovaly sestry (pacienti v průměru 5,05 a sestry v průměru 5,24). Poslední rozdílnou oblastí bylo včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků. Celkově pacienti považovali tuto činnost za obvyklou nebo odpovídali s pozitivním hodnocením. Sestry uvedly negativní odpovědi ve větším zastoupení než pacienti. Průměrné hodnocení bylo však velmi podobné (5,66 u pacientů a 5,58 u sester). Signifikantní rozdíl byl zaznamenán v kategorii „téměř vždy“, kdy se sestry hodnotily lépe. Jak již bylo ale zmíněno, ostatní kategorie odpovědi tohoto přístupu však ukazují pozitivnější náhled pacientů a celkové hodnocení je tím vyváženo.

V oblasti druhé dimenze (**znalosti a dovednosti**) došlo k poměrně rozdílnému vnímání pacientů a sester u sledovaných oblastí, jelikož statisticky signifikantní rozdíly

byly zaznamenány u 4 položek z 5, přičemž u zbývajících položek lze hovořit o trendu pro rozdílné vnímání. Tyto statisticky významné rozdíly byly zaznamenány především v pozitivních odpovědích, konkrétně u kategorií „téměř vždy“. Oblast *zručnosti při podávání injekcí a jiných činností* byla celkově hodnocena jak pacienty, tak sestrami, velmi kladně, avšak mírně lepší hodnocení bylo zaznamenáno ze strany pacientů (5,59 u pacientů vs. 5,42 u sester). V rámci pozitivně laděných odpovědí jsou sestry celkově vnímány lépe pacienty, jelikož v kategorii „vždy“ jejich odpovědi převládají. Signifikantní rozdíl je však pouze v kategorii „téměř vždy“. Tuto odpověď zvolilo více sester než pacientů. Velmi podobný je pohled na položku *ovládání profesních znalostí a dovedností*, kde opět najdeme více kladně hodnocených odpovědí od sester než u pacientů v kategorii „téměř vždy“, ale v dalších kategoriích se sestry ohodnotily hůře, než jejich činnost viděli pacienti. Tyto další rozdílnosti však nebyly statisticky významné. Celkové hodnocení je tedy lepší ze strany pacientů (průměrně 5,61 vs. 5,35). Stejných výsledků bylo dosaženo při hodnocení kategorie *dovedné používání a ovládání přístrojů a pomůcek*. Další signifikantně rozdílné vnímání bylo v *rychlém reagování na volání pacienta*. Signifikantní rozdíl byl zaznamenán v kategorii „téměř vždy“, kde hodnotili práci sester pacienti hůře než ony samy. Opět zde ale vidíme větší počet odpovědí pacientů v kategorii „vždy“, tudíž i zde, jako v předchozích případech, lze celkové hodnocení pacienty považovat za pozitivnější. Průměrné hodnocení toto potvrzuje (pacienti v průměru 5,62, sestry v průměru 5,34). V třetí dimenzi **respektování** výsledky ukazují na téměř shodné vnímání na straně pacientů i sester, jelikož 5 z 6 položek v této dimenzi bylo vnímáno bez signifikantních rozdílů. Rozdíl lze najít pouze u oblasti *plnění vyslovených a nevyslovených potřeb*. Celkově byla tato oblast posuzována mírně lépe ze strany pacientů (průměrné hodnocení 4,98 u pacientů vs. 4,82 u sester), ale signifikantní rozdíl byl zaznamenán v kategorii odpovědi „téměř vždy“, kdy byla péče vnímána sestrami lépe než pacienty. Je zde ale nutné opět zmínit, že pacienti lépe hodnotili přístup sester v kategorii „vždy“, tudíž celkově je pohled pacientů opět mírně pozitivnější.

Výsledky v dimenzi **propojenost** ukazují poměrně rozdílné vnímání na straně pacientů a sester, jelikož 3 z 5 položek této dimenze vykazují signifikantní rozdíly v určitých kategoriích odpovědí. Oblast *pomáhání pacientovi v jeho rozvoji* je celkově

výrazně lépe hodnocena ze strany pacientů (průměrné hodnocení 4,64 u pacientů vs. 4,03 u sester). Sestry ve svých odpovědích spíše zaujímaly neutrální až negativní postoj, oproti tomu pacienti v nadpoloviční většině uváděli kladné hodnocení. Rozdílnosti v jednotlivých kategoriích nebyly statisticky signifikantní, kromě kategorií „výjimečně“, kde sestry uvedly větší počet odpovědí než pacienti, a v kategorii „vždy“, kdy tuto možnost uvedlo více pacientů než sester. To tedy opět potvrzuje jednoznačně negativnější postoj sester. Další rozdílný pohled byl zachycen ohledně *projevování trpělivosti a vytrvalosti v péči*. Celkově bylo hodnocení kladnější ze strany pacientů (průměrná známka 5,22 u pacientů vs. 4,85 u sester). Statisticky významně pozitivnější hodnocení pacienty bylo zaznamenáno v kategorii „vždy“. Ostatní kategorie nevykazovaly signifikantní rozdíly. Poslední položka, kde byl prokázán odlišný pohled pacientů a sester, se týkal *zapojení pacienta do plánování péče*. Celkové hodnocení této oblasti vykazuje pozitivnější vnímání pacienty (4,85 vs. 4,49). Pacienti posuzovali ve většině případů činnost sester neutrálně a pozitivně, oproti tomu nadpoloviční většina sester uváděla neutrální či negativně laděné odpovědi. Statisticky významný rozdíl byl zaznamenán v pozitivnějším vnímání pacienty v kategorii odpovědí „vždy“.

4.9 Hodnocení stanovených hypotéz

Ve vztahu k výzkumné otázce byly stanoveny hypotézy (viz Kapitola 2.2), které jsou v této kapitole hodnoceny v návaznosti na získané výsledky.

1. hypotéza – **Pacienti v rámci ošetrovatelské péče před RFA lépe hodnotí uspokojování svých fyzických potřeb oproti potřebám psychickým.**

Za fyzické potřeby byly považovány pohyblivost, sebeděče, vykonávání obvyklých činností a absence bolesti. Do oblasti psychických potřeb byla řazena úzkost a deprese. Na základě získaných výsledků výzkumu, které byly ještě následně ověřeny pomocí t - testu, je zřejmé, že v oblasti hodnocení uspokojování fyzických a psychických potřeb před ablací byl nalezen statisticky významný rozdíl ($p = 0,001$) a bylo prokázáno, že fyzické potřeby pacientů jsou hodnoceny lépe (tabulka 3). Hypotézu tedy **lze potvrdit**.

Tabulka 3. Srovnání fyzických a psychických potřeb pacientů s fibrilací síní před radiofrekvenční katéetrovou ablací.

| | Fyzické potřeby | Psychické potřeby |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| Průměrné hodnocení | 1,26 | 1,37 |
| t-test (párový) | $p = 0,001$ | |
| Průměrný rozdíl | -0,10 | |

2. hypotéza – **Pacienti v rámci ošetrovatelské péče po RFA lépe hodnotí uspokojování svých fyzických potřeb oproti potřebám psychickým.**

Rozlišení fyzických a psychických potřeb bylo identické jako u hypotézy 1. Z výsledků dále ověřených t-testem je zřejmé, že pozitivněji jsou hodnoceny po provedení výkonu fyzické potřeby oproti vnímání uspokojování psychických potřeb ($p = 0,025$, tabulka 4). Hypotézu tedy **lze potvrdit**.

Tabulka 4. Srovnání fyzických a psychických potřeb pacientů s fibrilací síní po provedené radiofrekvenční katérové ablaci.

| | Fyzické potřeby | Psychické potřeby |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| Průměrné hodnocení | 1,24 | 1,3 |
| t-test (párový) | p = 0,025 | |
| Průměrný rozdíl | -0,5 | |

3. hypotéza – **Pacienti s FS vnímají více pozitivně poskytovanou ošetrovatelskou péči v souvislosti s intervenčními zákroky než sestry.**

V této hypotéze bylo porovnáváno vnímání ošetrovatelské péče v souvislosti s intervenčními zákroky z pohledu pacientů a sester pomocí standardizovaného dotazníku CBI-24. Na základě celkového hodnocení poskytované ošetrovatelské péče z pohledu pacientů a sester nebyly t-testem zjištěny statisticky významné rozdíly ($p = 0,15$) ve vnímání sledovaných oblastí. Při vyhodnocení jednotlivých dimenzí, tzn. „jistoty“, „znalosti a dovednosti“, „respektování“ a „propojenosti“ bylo patrné, že statisticky signifikantní rozdíl mezi sestrami a pacienty byl ve vnímání v dimenzi „znalosti a dovednosti“ ($p = 0,04$) a v dimenzi „propojenost“ ($p = 0,003$), jelikož pacienti lépe hodnotili ošetrovatelskou péči oproti sestřám (tabulka 5). Hypotézu lze potvrdit pouze v některých oblastech (dimenze „znalosti a dovednosti“ a „propojenost“), kdežto v ostatních oblastech (dimenze „jistota“ a „respektování“) ji **potvrdit nelze**.

Tabulka 5. Hodnocení pečovatelského chování z pohledu pacientů a sester

| Dimenze | Pacienti (n = 264) | Sestry (n = 92) | p (nepárový t-test) |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Jistota | 5,2 ± 0,8 | 5,3 ± 0,6 | 0,17 |
| Znalosti a dovednosti | 5,5 ± 0,6 | 5,4 ± 0,5 | 0,04 |
| Respektování | 5,0 ± 0,8 | 4,9 ± 0,7 | 0,21 |
| Propojenost | 4,8 ± 0,8 | 4,5 ± 0,7 | 0,003 |
| Celkové hodnocení CBI-24 | 5,1 ± 0,7 | 5,0 ± 0,7 | 0,15 |

4. hypotéza - **Sestry pečující o pacienty s FS se více zabývají technickou (pragmatickou) oblastí než humanistickou.**

V rámci ověření této hypotézy byla porovnávána oblast technického zaměření sester a humanistického přístupu, kdy výsledky byly získány pomocí CBI-24. Pro vyhodnocení technické oblasti posloužily otázky z dimenze „znalosti a dovednosti“ a pro zhodnocení humanistického zaměření sester z dimenze „respektování“. Z výsledků je patrné, že je lépe hodnocena sestrami technická zdatnost než humanistický přístup k pacientům (tabulka 6). Hypotéza **byla potvrzena.**

Tabulka 6. Hodnocení sester technicky a humanisticky orientované ošetrovatelské péče.

| | Technické zaměření péče | Humanistické zaměření péče |
|--------------------|-------------------------|----------------------------|
| Průměrné hodnocení | 5,5 | 4,9 |
| t-test (párový) | p = 0,025 | |
| Průměrný rozdíl | 0,5 | |

5. hypotéza - **Sestry se více orientují na výkony než na vytvoření vztahu jistoty a bezpečí pro pacienty.**

V této části byla porovnávána druhá dimenze „znalosti a dovednosti“ s dimenzí „jistota“. Lépe hodnocenou oblastí byla orientovanost sestry na výkony než na vytvoření vztahu jistoty a bezpečí (p = 0,035, tabulka 7). Hypotézu lze **tedy potvrdit.**

Tabulka 7. Hodnocení sester orientovanosti na výkony a zajištění jistoty a bezpečí.

| | Zaměření sester na výkony u pacientů | Zajišťování jistoty a bezpečí pacientů |
|--------------------|--------------------------------------|--|
| Průměrné hodnocení | 5,5 | 5,3 |
| t-test (párový) | p = 0,035 | |
| Průměrný rozdíl | 0,2 | |

6. hypotéza - **Pacienti hodnotí u edukace v rámci ošetrovatelské péče lépe obsahové zaměření než její formu.**

Hodnocení této hypotézy vychází z výsledků výzkumu, který byl zaměřen na posouzení edukace. Výsledky ukazují na skutečnost, že bylo hodnoceno spíše obsahové zaměření edukace než volba její formy ($p = 0,031$, tabulka 8). Hypotéza **byla potvrzena**.

Tabulka 8. Hodnocení edukace z pohledu pacientů.

| | Obsahové zaměření | Forma edukace |
|--------------------|-------------------|---------------|
| Průměrné hodnocení | 1,4 | 1,8 |
| t-test (párový) | $p = 0,031$ | |
| Průměrný rozdíl | -0,3 | |

5 Diskuze

Téma disertační práce bylo zaměřeno na problematiku ošetrovatelské péče v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s FS. Hlavním záměrem bylo zmapování vnímání pečovatelského chování v souvislosti s intervenčními zákroky pro tuto arytmií. Důvod, proč se touto oblastí zabývat, spočívá především v tom, že pacient podstupující intervenční zákroky potřebuje kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Ta se zakládá na účinné komunikaci, empatickém přístupu, vzájemném učení a zároveň vede k pochopení a podpoře při uspokojování pacientových tělesných, emocionálních, sociálních a spirituálních potřeb (Fawcett, 2005). Úlohou sestry je působit na pacienta v rámci ošetrovatelského procesu před i po těchto invazivních zákrocích pomocí svých odborných vědomostí, schopností, ale i dle poznání sebe sama a své vůle. Sestra musí pacienta akceptovat takového, jaký je a jakým i bude během jejího působení. Vždy by se měla snažit vnímat pocity pacienta a vytvořit s ním vztah založený na důvěře.

5.1 Uspokojování potřeb pacientů s FS v závislosti na intervenčním zákroku

První sledovanou oblastí bylo posouzení uspokojování potřeb pacientů s FS v závislosti na intervenčním zákroku. Proto byly stanoveny dva cíle zjišťující, jaké jsou problémové oblasti v uspokojování potřeb u pacientů s FS před a po provedení RFA. Z těchto cílů vyšly i první dvě hypotézy týkající se porovnání uspokojování fyzických a psychických potřeb pacientů s FS před a po provedení RFA. Zkoumané potřeby se tedy týkaly toho, jak pacienti hodnotili svou pohyblivost, sebepéči, vykonávání obvyklých činností, úzkost a deprese, které nejčastěji provází toto onemocnění. Zároveň to jsou vybrané oblasti hodnocené v rámci kvality života. V souvislosti s tím byl také zkoumán vliv intervenční terapie na ošetrovatelskou péči. Gurková (2010) ve své práci uvádí, že kvalita života se dotýká oblastí lidské existence, smyslu života a implicitně zahrnuje i problematiku samotného lidského bytí. To koresponduje i se zaměřením a teoretickými

východisky humanistického modelu dle Watsonové (2008). Oblast zkoumání kvality života se tak směřuje na materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky. Pro pacienta s FS znamená toto kardiologické onemocnění významné zhoršení kvality života v mnoha oblastech. Úkolem sester je umět adekvátně uspokojovat potřeby těchto pacientů a snažit se poskytovat humanisticky a holisticky zaměřenou ošetrovatelskou péči. Ta zahrnuje i zmírnění problémových oblastí jako je úzkost v souvislosti s arytmiemi, změněnou aktivitu (riziko intolerance v důsledku arytmií) a strach z invazivního výkonu (Sovová, 2010).

Výsledky provedeného výzkumu ukazují, že kvalita života u pacientů s FS je před ablací snížena, což je v souladu s nálezy dalších autorů. Na této skutečnosti se patrně výrazně podílí i léčba a její možné komplikace (Aschermann, 2004; Čihák, 2004). Jedinci jsou pak často omezeni ve výkonu některých povolání (např. těch fyzicky náročných s rizikem úrazu) či ve sportovních aktivitách.

V souvislosti se zmapovanými problémovými oblastmi u pacientů s FS před RFA bylo zjištěno, že nejvíce měli respondenti problémy s bolestí a fyzickými potížemi, a to na střední úrovni závažnosti. Další oblastí, která jim činila významné problémy, byla oblast psychická, kdy dotazovaní téměř ve třetině případů udávali výskyt středně závažných úzkostí a depresí a necelá 3 % pociťovala dokonce těžké deprese, což je poměrně závažné zjištění, které dosud nebylo publikováno. Úzkost a deprese jsou obvykle označovány jako nejsilnější nezávislé prediktory kvality života u pacientů s FS (Hendriks, 2013). Dle získaných výsledků v oblasti mobility respondenti v 28 % případů zaznamenali určité potíže s chůzí, což je následně omezovalo ve výkonu některých povolání. Nejlépe hodnocenou složkou byla oblast sebepéče, kdy měli pacienti minimální problémy s oblékáním a hygienou. Stejně tak dobře byla vnímána oblast výkonu běžných každodenních činností.

V porovnání výsledků respondentů před RFA a po intervenčním zákroku došlo ke zlepšení kvality života v obou výše jmenovaných oblastech. Jednak po výkonu došlo ke zlepšení psychického stavu a pacienti také lépe hodnotili fyzickou oblast ve vnímání bolesti a obtíží. Z těchto, ale i z jiných medicínských důvodů, je stále více doporučovanou metodou léčby FS katetrizační ablace, která zlepšuje kvalitu života pacientů. RFA je dnes

dokonce v doporučeních Evropské kardiologické společnosti považována za léčebnou metodu první volby u pacientů s paroxysmální formou arytmií, a to za předpokladu, že je prováděna na zkušeném pracovišti a pacient invazivní přístup preferuje (Camm, 2010).

Z našeho výzkumného šetření je dále patrné, že při porovnání oblastí uspokojování fyzických a psychických potřeb pacientů je pacienty lépe hodnoceno uspokojování potřeb fyzických. Z tohoto důvodu je důležité zaměřit se na změnu myšlení sester a snažit se prosazovat podporu v uspokojování psychických a vyšších potřeb. Cílem je podpoření humanistického přístupu k jedinci, kdy je kladen důraz na empatii, interpersonální a intrapersonální vztahy v ošetrovatelské péči. Přitom není možné zapomínat na propojení odborných znalostí a dovedností sester s cílem dosahovat lepší spolupráce mezi nimi a docílit podpory zdraví jedince. Watsonová (2008) uvádí, že sestra je v souvislosti se zajišťováním ošetrovatelské péče zodpovědná za své počínání a také své působení neorientuje pouze na výkon a uspokojování tělesných potřeb, ale i na duši a mysl pacienta, aby bylo dosaženo jeho harmonie a tím i humanistické péče.

5.2 Edukace pacientů s FS

Druhou posuzovanou oblastí, která byla zjišťována v rámci tohoto výzkumu, byla edukace pacientů s FS. S touto oblastí souvisí další cíl, který měl za úkol zjistit vliv edukace u pacienta se srdeční arytmií. Na tento cíl navazuje hypotéza, porovnávající formu edukace a její obsahové zaměření. Edukace v péči o pacienty zaujímá své podstatné místo nejen v ošetrovatelské péči, ale i v prevenci. Proto její smysl spočívá v podpoře zdraví a návratu ke zdraví. Edukace jedince má být prováděna do takové míry, aby byla zajištěna přiměřená informovanost a každý byl zodpovědný sám za své jednání v péči o zdraví (Berman, 2012).

Z výsledků výzkumu je patrné, že téměř 90 % respondentů z řad pacientů hodnotilo obsahové zaměření kladně. Překvapivé bylo ovšem zjištění, že téměř 16 % dotázaných pacientů si nepamatovalo, zda byla edukace vůbec provedena. Tyto výsledky naznačují, že mohla být zvolena neefektivní metoda edukace. V provedené studii bylo více než 85 % pacientů edukováno převážně ústní formou a ostatní formy edukace byly v minimálním

zastoupení zvolených odpovědí. Ukazuje se, že v běžné ošetrovatelské praxi není tolik využívána preferovaná kombinace jednotlivých forem edukace, a proto je celý edukační proces pro pacienty méně přínosný a hůře zapamatovatelný. Na tyto aspekty poukazuje ve své práci i Prachtová (2012). Šulistová (2012) hovoří o tom, že každý jedinec si zapamatuje pouze 5 -10 % z toho, co slyší. Zlepšení zapamatovatelnosti předávaných informací lze docílit pouze kombinací toho, co jedinec vidí, slyší, o čem se diskutuje a co má možnost si prakticky vyzkoušet. Přesto byly v rámci provedeného výzkumu v oblasti edukace sestry pacienty hodnoceny převážně kladně, což jen dokládá komplexnost celého problému správně vedené edukace. Ve vztahu k ošetrovatelskému modelu dle Watsonové má vhodná edukace velký význam, protože si ošetrující personál musí uvědomit, že efektivita tohoto procesu vychází z empatie, pozitivního náhledu, vztahem interpersonálním, mírou zapojení do interakce a orientovaností na druhé straně (Berman et al., 2012).

Dalším důležitým zjištěním je zhodnocení zaměření edukace. Pacienti po RFA nejčastěji uváděli režimová opatření (64,8 %), a to přesto, že by přední místa měly zaujímat znalosti o užívání antikoagulancií, které pacienti uvedli pouze v jedné třetině případů. Antikoagulační léčbu musí užívat každý pacient v souvislosti s podstupeným zákrokem, a to minimálně 3 měsíce po výkonu, a každý z nich musí podepsat informovaný souhlas o jejich užívání, jelikož jsou pro ně po výkonu životně důležitá.

Z vyhodnocení získaných výsledků můžeme dále poukázat na skutečnost, že bylo lépe posuzováno spíše obsahové zaměření edukace, než volba její formy. To jen podtrhuje potřebu zaměřit se na efektivitu edukace ve vhodně zvolené formě s nutností stanovení tzv. edukačního plánu. V ošetrovatelské praxi má edukace smysl tehdy, pokud je celý proces dopředu dobře sestaven, jednotlivé formy edukace jsou kombinovány a zároveň dochází k opakování předávaného obsahu za využití zpětné vazby. Důležitou roli zde hraje i to, jak umí sestra pacienta motivovat ke změně v péči o své zdraví. Profesionálním uměním sestry je, aby v ošetrovatelské péči docílila pozitivní motivace u pacientů pomocí vhodné komunikace a tím i změny v přístupu k jeho zdraví (Šulistová, 2012). Za efektivní edukaci můžeme označovat jen takovou, kdy pacient vytrvá v realizaci osvojených znalostí, dovedností, postojích a návycích. Dostupnost zdrojů, které by se specificky

zaměřovaly na edukaci kardiologických pacientů s konkrétním onemocněním, je velmi sporadická. Tato oblast by si zasloužila větší pozornost i ze strany prováděných výzkumů.

5.3 Vnímání pečovatelského chování v ošetrovatelské péči

Třetí posuzovanou oblastí, na kterou jsme se v rámci výzkumu zaměřili, bylo vnímání pečovatelského chování v ošetrovatelské péči. Pro splnění stanovených cílů spojených s touto problematikou bylo využito dotazníkové šetření pomocí standardizovaného dotazníku CBI-24 (Caring Behaviors Inventory), jehož autorka Zane Robinson Wolf vychází z teoretického základu koncepčního modelu M. J. Watsonové. Pacientovo vnímání pečovatelského chování sester v zajišťování ošetrovatelské péče je jedním z hlavních faktorů ovlivňujících jeho spokojenost s celkovou péčí ve zdravotnických zařízeních (Larrabee et al., 2004). Spokojenost s pečováním v ošetrovatelství je v zahraničí studována a zkoumána téměř více jak 30 let a je zároveň potvrzeno, že souvisí se spokojeností pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí (Wolf, 2013).

CBI-24 je jedním z mála nástrojů v hodnocení ošetrovatelské péče, který poskytuje důkazy pro empirickou validaci transpersonální teorie Watsonové. Jedná se o zhodnocení vnímání pečovatelského chování mezi sestrou a pacientem. Tento nástroj je v souladu s postojem, že se péče koná v určitých momentech zranitelnosti pacienta a proces péče zároveň zahrnuje morální závazek vůči příjemci (Watson, 2009). Zane Robinson Wolf původně vytvořila verzi se 42 otázkami, které byly vývojem tohoto dotazníku zredukovány na 24 otázek. Ty jsou následně ještě členěny do 4 dimenzí, charakterizující vnímání poskytované péče u pacientů. Taková verze CBI-24 byla považována za přijatelnou z hlediska časové náročnosti pro respondenty.

Stanovené cíle pro sledovanou oblast měly za úkol zjistit vnímání poskytované ošetrovatelské péče z pohledu pacientů a sester. K těmto cílům se váží hypotézy, které porovnávaly pohled pacientů a sester na poskytovanou péči ve vazbě na intervenční zákroky. Dále posuzovaly zaměření sester v poskytování péče o pacienty.

Na základě celkového zhodnocení vnímání poskytované ošetrovatelské péče z pohledu pacientů a sester nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly ve vnímání sledovaných

oblastí, což lze hodnotit jako pozitivní zjištění. Naše výsledky, zde můžeme komparovat se studií Jarošové, Tomáškové a Papastavrou (2010) realizované v roce 2009 na chirurgických odděleních, kde bylo zjištěno, že sestry hodnotily pečovatelské chování celkově lépe než pacienti. Jak autorky uvádějí, to může svědčit o tom, že sestry nadhodnocují své chování. V našem případě je tomu naopak a sestry jsou ve svém hodnocení skromnější. Je však otázkou, zda rozdílnost našich zjištění nesouvisí s rozdílným charakterem oddělení či onemocnění pacientů a délkou jejich rekonvalescence. Stejně jako tomu bylo v našem případě i zmiňovaná studie odkazuje na potřebu posoudit zhodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku zvlášť.

Při zkoumání jednotlivých dimenzí (tzn. „jistoty“, „znalosti a dovednosti“, „respektování“ a „propojenosti“) vyplynulo, že signifikantně rozdílné vnímání péče zaznamenaly dimenze „znalosti a dovednosti“ a „propojenost“. V rámci dimenze „znalosti a dovednosti“ došlo k významně rozdílnému vnímání pacientů a sester u čtyř z pěti sledovaných oblastí. Sestry své činnosti hodnotily lépe, než pacienti, v oblastech *zručnost při podávání injekcí a jiných činností* a v oblasti *ovládání profesních znalostí a dovedností*. Pacienti naopak lépe zhodnotili *dovedné používání a ovládání přístrojů a pomůcek* a *rychlé reagování na volání pacienta*. Sestry měly tendence se podhodnocovat a vidět ve své práci rezervy. Toto vnímání péče sester můžeme odůvodnit i tím, že v kardiologii neustále dochází k technickým a vědeckým pokrokům, což má vliv i na ošetrovatelskou péči a na nároky kladené na sestry. Tento fakt je možné podpořit tvrzením LeMona (2011), který uvádí, že péče o nemocného s poruchou srdečního rytmu vyžaduje rychlé jednání v oblasti schopnosti rozpoznání, identifikace a rychlé léčby arytmií. Rychlé rozhodování a jednání tak ovlivňuje následný stav nemocného. Ošetrovatelská péče pomáhá stabilizovat nemocného a sledovat jeho reakce na léčbu. Proto je dobré, pokud sestry vnímají své rezervy v poskytované péči, a to je dále motivuje k odbornému růstu a sebevzdělávání. Ke stejným závěrům dospěly ve své studii i Jarošová, Tomášková a Papastavrou (2010), které také uvádí, že pacienti nejlépe hodnotili instrumentální dovednosti sester.

Další statisticky významně rozdílné vnímání poskytované ošetrovatelské péče bylo zjištěno u tří z pěti otázek v rámci dimenze 4 - „*propojenost*“. Oblast *pomáhání*

pacientovi v jeho rozvoji, která byla jednou z oblastí kladněji vnímané péče pacienty, zde však nemusela být sestrami pochopena tak, jak ji popisuje Berman (2012). Ten tvrdí, že se jedná o zabezpečení podpůrného, ochranného a pozitivního prostředí pro rozvoj pacienta. Rozdílné vnímání bylo zjištěno i v kategorii *projevování trpělivosti a vytrvalosti v péči*. Zde pacienti opět vyslovili pozitivnější hodnocení než sestry. Na základě toho lze usuzovat, že sestry podceňují vlastní trpělivost a vytrvalost, což může být i způsobeno náročností péče o kardiologické pacienty v souvislosti s intervenčními zákroky. Třetí položka této dimenze, kde byl prokázán odlišný pohled pacientů a sester, se týkala *zapojení pacienta do plánování péče*. Zde bylo zaznamenáno mnohem pozitivnější hodnocení pacienty oproti sebehodnocení sester. Z tohoto lze vyvozovat nedostatky ze strany sester v podpoře pacienta k aktivnímu přístupu v péči o své zdraví, jelikož sestry vidí rezervy ve svém přístupu a pacienti nedostatky nepocítují. Proto je podstatné, aby sestry ve své péči o pacienty více podporovaly holistický přístup. Je také důležité, aby se sestry snažily pozitivně motivovat pacienty. Ti by měli být zodpovědní sami za sebe a za své zdraví. Hodnocení této dimenze se shoduje se zjištěními ve výše uváděné studii z roku 2009 (Jarošová, Tomášková, Papastavrou 2010). Zde se tedy nabízí doporučení pro zaměření celoživotního vzdělání sester k podpoře zmiňovaného holistického přístupu v ošetrovatelské péči.

Při vyhodnocení třetí dimenze „*respektování*“ byly zjištěné výsledky porovnávány s výsledky z dimenze „*znalosti a dovednosti*“. Důvodem bylo získání informací o tom, jak sestry přistupují k ošetrovatelské péči u pacientů s fibrilací síní. Vyhodnocení odpovědí sester mělo ukázat, zda je lépe posuzována technicky (pragmaticky) založená ošetrovatelská péče než humanistická stránka poskytované péče. Z výsledků šetření je patrné, že sestrami je lépe hodnocena technická zdatnost než humanistický přístup k pacientům. Tyto výsledky se shodují i s dalšími zahraničními studiemi (Zamanzahed et al., 2010; von Essen, Sjöden, 1991).

Poslední dimenze, která byla posuzována v rámci provedeného výzkumu, byla „*jistota*“. Zjištěné výstupy této dimenze byly komparovány s výsledky týkající se orientovanosti sester na výkony. Jelikož cílem bylo zjistit, zda se sestry orientují více na výkony, než na vytvoření vztahu jistoty a bezpečí v ošetrovatelské péči o pacienty.

V rámci zmapování výkonového zaměření sester byly využity výsledky týkající se zručnosti sester při podávání injekcí a dalších činnostech, dále úrovně znalostí a dovedností sester spojených s péčí o pacienty podstupující RFA, úrovně používání a ovládání přístrojů a pomůcek a poslední sledovanou činností sester bylo včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků. Porovnávanou oblastí je celá dimenze „jistota“. Z našeho šetření vyplývá, že výše uvedené oblasti zaměřené na výkon byly lépe hodnoceny, než vytvoření vztahu jistoty a bezpečí pro pacienty. Stejného zjištění bylo dosaženo ve studii Drahošové a Jarošové (2013) realizované v roce 2012, kdy pacienti nejvíce oceňovali v souvislosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí technicko - racionální aspekty péče oproti oblasti interakce a podpory. Je zajímavé, že jsme dosáhli stejných výsledků, i když pro účely zmiňované studie byl využit standardizovaný dotazník PSS (Patient Satisfaction Scale), který je také zaměřený na zjišťování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí.

Dále z hodnocení výsledků této dimenze vyšla jako problematická oblast komunikace. Komunikace s pacientem byla hodnocena statisticky významně rozdílná mezi sestrami a pacienty v negativně laděných odpovědích, i když byla tato otázka celkově hodnocena pozitivně. Z toho lze vyvozovat, že komunikace patří mezi slabší stránky sester v ošetrovatelské péči. Proto z hodnocení této dimenze vyplývá doporučení zaměřené na podporu komunikačních technik sester. Nutnost podpory komunikace v ošetrovatelské praxi má smysl v tom, jak uvádí Berman (2012) a Farkašová (2006), že efektivní využití podporující komunikace má následně vliv na vytvoření vztahu důvěry mezi sestrou a pacientem. To poté vede i k akceptování a podpoře jak pozitivních, tak i negativních projevů ve vzájemné interakci. Drahošová a Jarošová (2013) také odkazují na přínos efektivní komunikace v ošetrovatelské péči. Dle těchto autorek je možné spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí zvýšit právě v oblasti komunikace s pacientem, edukací a udržováním kvalitních interpersonálních vztahů či aktivním zapojením pacienta do péče. Na tyto aspekty by měl být kladen důraz již ve vzdělávání sester, ať už pregraduálním, tak i celoživotním.

5.4 Návrhy a doporučení disertační práce

Na základě získaných výsledků empirické části bylo navrženo řešení zjištěných problematických oblastí tak, abychom mohli zdůraznit, jaké jsou *inspirace pro obor ošetrovatelství a jaký je přínos modelu M. J. Watsonové* v podpoře zdraví kardiologických pacientů.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že orientovanost sester prozatím nevede k humanisticky zaměřené ošetrovatelské péči. Tento přístup je spíše opomíjen, a proto je potřeba se orientovat na změnu myšlení sester a snažit se prosazovat podporu v uspokojování psychických a vyšších potřeb pacientů s fibrilací síní. Tím by bylo dosaženo jednoho z atributů, jež předkládá Watsonová, a to je dosažení vnitřní harmonie pacientů. Je zapotřebí klást důraz na empatii, interpersonální a intrapersonální vztahy v ošetrovatelské péči, a to zejména s propojením odborných znalostí a dovedností sester. Podpora humanisticky zaměřené teorie v myšlení sester povede k podpoře interpersonálních vztahů mezi nimi a pacienty, a tím i k jejich lepší spolupráci ve snaze posílit a podpořit zdraví jedince.

Návrh výstupů práce pro teorii spočívá v podpoře v oblasti komunikačních technik sester, které ovlivňují nejen interpersonální vztahy a průběh poskytované ošetrovatelské péče, ale i edukaci. Efektivní edukační proces je v péči o kardiologické pacienty velmi důležitý, a to nejen z hlediska dodržování režimových opatření vedoucí k úspěšné rekonvalescenci, ale i v prevenci možných komplikací. Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že pacienti spíše požadují vhodnou formu edukace proto, aby si lépe osvojili podávané informace od sester. Dále jsme také zjistili, že si někteří pacienti neuvědomují, zda byla u nich edukace prováděna. Z toho vychází potřeba zaměřit se na podporu efektivity edukace. Z výsledků šetření nám vyplynulo, že převažuje ústní forma nad ostatními možnými formami. Z důvodu synergického efektu je důležité jednotlivé formy kombinovat, opakovat obsah sdělení a využívat i získávanou zpětnou vazbu od pacientů.

V doporučení pro praxi je tedy potřeba uvědomění si změny v chování sester a orientovanosti nejen na fyzické potřeby jedinců a výkony spojené s poskytovanou péčí, ale snažit se posunout hranici myšlení na uspokojování vyšších potřeb klientů.

Konkrétním doporučením je navrhovaný certifikovaný kurz v oblasti celoživotního vzdělávání sester, který si klade za cíl zaměřit se na komunikační techniky v oblasti zajišťování ošetrovatelské péče u kardiologických pacientů. Kurz by měl podpořit humanistický přístup sester k pacientům, a to navázáním a prohloubením znalostí koncepčních modelů a jejich využitím v praxi. Svůj přínos bude mít také pro preventivní péči u kardiologických pacientů.

6 Závěr

V předkládané práci jsme se zabývali problematikou ošetrovatelské péče u pacientů s FS ošetřených moderními nefarmakologickými léčebnými metodami. Teoretická část poskytuje na základě analýzy dostupných zdrojů ucelený náhled na moderní ošetrovatelství a podporu humanistického přístupu v ošetrovatelské péči. V kardiologii došlo v posledních desetiletích významnému technickému rozvoji jak v oblasti zobrazovacích, tak i terapeutických metod, což přineslo i nemalé ovlivnění sesterské péče o nemocné. Tento literární přehled se stal podkladem k empirické části disertační práce. Pro výzkumnou část byly stanoveny výzkumné záměry zjišťující vnímání pečovatelského chování z pohledu sester a pacientů s FS podstupující RFA, vliv tohoto výkonu na kvalitu života v různých oblastech uspokojování potřeb pacientů a v neposlední řadě vliv edukace na pacienty a jejich vnímání.

Pro naplnění výzkumných záměrů byly stanoveny následující cíle práce:

1. Zjistit, jaké jsou problémové oblasti v uspokojování potřeb u pacientů s FS před RFA.
2. Zjistit, jaké jsou problémové oblasti v uspokojování potřeb u pacientů s FS po RFA.
3. Zjistit, jak pacienti s FS vnímají poskytovanou ošetrovatelskou péči.
4. Zjistit, jak sestry vnímají ošetrovatelskou péči u pacientů s FS.
5. Zjistit vliv edukace u pacienta se srdeční arytmií.

K dosažení cílů bylo stanoveno 6 hypotéz. Vedle znění stanovených domněnek je následně uvedeno, zda se nám podařilo je potvrdit či nikoliv.

Hypotéza 1: Pacienti v rámci ošetrovatelské péče před RFA lépe hodnotí uspokojování svých fyzických potřeb oproti potřebám psychickým. *Hypotézu 1 se podařilo potvrdit.*

Hypotéza 2: Pacienti v rámci ošetrovatelské péče po RFA lépe hodnotí uspokojování svých fyzických potřeb oproti potřebám psychickým. *Hypotézu 2 se podařilo potvrdit.*

Hypotéza 3: Pacienti s FS vnímají více pozitivně poskytovanou ošetrovatelskou péči v souvislosti s intervenčními zákroky než sestry. *Hypotézu 3 nelze v tomto znění potvrdit, přestože by bylo možné ji potvrdit v několika dimenzích samostatně.*

Hypotéza 4: Sestry pečující o pacienty s FS se více zabývají technickou (pragmatickou) oblastí než humanistickou. *Hypotézu 4 se podařilo potvrdit.*

Hypotéza 5: Sestry se více orientují na výkony než na vytvoření vztahu jistoty a bezpečí pro pacienty. *Hypotézu 5 se podařilo potvrdit.*

Hypotéza 6: Pacienti hodnotí u edukace v rámci ošetrovatelské péče lépe obsahové zaměření než její formu. *Hypotézu 6 se podařilo potvrdit.*

Stanovené cíle práce se nám podařilo naplnit a získat jak teoretická, tak i praktická doporučení. Analýza výsledků nabízí inspiraci pro obor ošetrovatelství zejména v kontextu modelu M. J. Watsonové v podpoře humanisticky zaměřené ošetrovatelské péče. V moderní době vyvstává nutnost a potřeba orientovat se na změnu myšlení sester a snažit se prosazovat podporu v uspokojování psychických a vyšších potřeb pacientů. To znamená kladení důrazu na empatii, interpersonální a intrapersonální vztahy v ošetrovatelské péči zejména s propojením odborných znalostí a dovedností sester. Podpora humanisticky zaměřeného myšlení sester vede k posílení interpersonálních vztahů mezi nimi a pacienty a tím i k jejich lepší spolupráci ve snaze zlepšit zdraví jedince. Zároveň to může vést k vyšší spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí.

Další přínos pro teorii spočívá v podpoře oblasti komunikačních technik sester, které ovlivňují nejen interpersonální vztahy a průběh poskytované ošetrovatelské péče, ale i edukaci. Efektivní edukační proces je v péči o kardiologické pacienty velmi důležitý a to nejen z hlediska dodržování režimových opatření vedoucích k úspěšné rekonvalescenci, ale i v prevenci možných komplikací. Z tohoto důvodu jev praxi důležité ze strany sester jednotlivé formy edukace kombinovat, opakovat její obsah a využívat i zpětnou vazbu od pacientů. Doporučení pro praxi přináší potřebu uvědomění si změny v chování sester a orientovanosti nejen na fyzické potřeby jedinců a výkony spojené s poskytovanou péčí, ale také snahu posunout hranici myšlení k uspokojování vyšších potřeb pacienta. Konkrétním doporučením pro sestry v praxi je **navrhovaný**

certifikovaný kurz, který má za cíl podpořit zlepšení komunikace v ošetrovatelské praxi (Příloha 5). Kurz se zaměřuje na komunikační techniky v oblasti zajišťování ošetrovatelské péče v kardiologii. Kromě toho má tento kurz za úkol podpořit humanistický přístup sester k pacientům, a to v oblasti prohloubení znalosti koncepčních modelů a jejich využití v praxi. Zároveň je touto aktivitou zdůrazněna nutnost potřeby celoživotního vzdělávání sester podobně, jako je tomu v současné době i u lékařů.

7 Seznam obrázků, tabulek, grafů

7.1 Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek 1. Použití intrakardiální echokardiografie při radiofrekvenční katérové ablací fibrilace síní. | 41 |
| Obrázek 2. Příklad izolace plicních žil „bod po bodu“ za použití ablačního katétru SmartTouch™ a 3D elektroanatomického systému CARTO3. | 42 |

7.2 Seznam tabulek

| | |
|---|----|
| Tabulka 1. Možné komplikace při katetrizačních ablacích fibrilace síní | 43 |
| Tabulka 2. Základní klinické charakteristiky výzkumného souboru pacientů. | 58 |
| Tabulka 3. Srovnání fyzických a psychických potřeb pacientů s fibrilací síní před radiofrekvenční katérovou ablací. | 87 |
| Tabulka 4. Srovnání fyzických a psychických potřeb pacientů s fibrilací síní po provedené radiofrekvenční katérové ablací. | 88 |
| Tabulka 5. Hodnocení pečovatelského chování z pohledu pacientů a sester | 88 |
| Tabulka 6. Hodnocení sester technicky a humanisticky orientované ošetrovatelské péče. | 89 |
| Tabulka 7. Hodnocení sester orientovanosti na výkony a zajištění jistoty a bezpečí. | 89 |
| Tabulka 8. Hodnocení edukace z pohledu pacientů. | 90 |

7.3 Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf 1. Struktura vzdělání sester. | 59 |
| Graf 2. Délka praxe sester. | 59 |
| Graf 3. Pohyblivost pacienta před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace. ... | 60 |
| Graf 4. Sebepéče pacienta před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace. | 61 |
| Graf 5. Vykonávání obvyklé činnosti pacienta před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace. | 62 |

| | |
|---|----|
| Graf 6. Bolesti a obtíže, které pociťují pacienti před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace. | 63 |
| Graf 7. Úzkost a deprese, které pociťují pacienti před a po provedení radiofrekvenční katérové ablace. | 64 |
| Graf 8. Provádění edukace jako součást ošetrovatelské péče. | 65 |
| Graf 9. Zhodnocení spokojenosti s obsahovým zaměřením edukace u pacientů s fibrilací síní..... | 65 |
| Graf 10. Zhodnocení spokojenosti s formou edukace sester v rámci ošetrovatelské péče po výkonu. | 66 |
| Graf 11. Zhodnocení zaměření edukace pacienty..... | 67 |
| Graf 12. Formy edukace pacientů s fibrilací síní..... | 67 |
| Graf 13. Pozorné naslouchání pacientovi z pohledu pacientů a sester. | 68 |
| Graf 14. Podávání informací a edukování pacienta z pohledu pacientů a sester..... | 69 |
| Graf 15. Individuální přístup k pacientovi z pohledu pacientů a sester..... | 69 |
| Graf 16. Trávení času s pacientem z pohledu pacientů a sester. | 70 |
| Graf 17. Podporování pacienta z pohledu pacientů a sester. | 71 |
| Graf 18. Projevování empatie a ztotožnění se s pacientem z pohledu pacientů a sester. 71 | |
| Graf 19. Pomáhání pacientovi v jeho rozvoji z pohledu pacientů a sester. | 72 |
| Graf 20. Projevování trpělivosti a vytrvalosti v péči o pacienta z pohledu pacientů a sester. | 73 |
| Graf 21. Zručnost při podávání injekcí a při jiných činnostech..... | 73 |
| Graf 22. Jistota v jednání a pečování o pacienta z pohledu pacientů a sester. | 74 |
| Graf 23. Ovládání profesních znalostí a dovedností z pohledu pacientů a sester..... | 75 |
| Graf 24. Dovedné používání a ovládání přístrojů a pomůcek z pohledu pacientů a sester. | 75 |
| Graf 25. Umožnění pacientovi vyjádřit své pocity o onemocnění a léčbě z pohledu pacientů a sester. | 76 |
| Graf 26. Zapojení pacienta do plánování jeho péče z pohledu pacientů a sester. | 77 |
| Graf 27. Důvěrné nakládání s informacemi o pacientovi z pohledu pacientů a sester. .. | 77 |
| Graf 28. Docházení za pacientem na pokoj ze své vůle z pohledu pacientů a sester. | 78 |

| | |
|---|----|
| Graf 29. Komunikování s pacientem z pohledu pacientů a sester. | 79 |
| Graf 30. Vyzývání pacienta k tomu, aby hlásil své problémy z pohledu pacientů a sester. | 79 |
| Graf 31. Plnění vyslovených a nevyslovených potřeb pacienta z pohledu pacientů a sester. | 80 |
| Graf 32. Rychlé reagování na volání pacienta z pohledu pacientů a sester. | 81 |
| Graf 33. Pomáhání při tišení bolesti z pohledu pacientů a sester. | 81 |
| Graf 34. Projevování zájmu o pacienta z pohledu pacientů a sester. | 82 |
| Graf 35. Včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků z pohledu pacientů a sester. | 83 |
| Graf 36. Mírnění příznaků onemocnění z pohledu pacientů a sester. | 83 |

8 Seznam použitých zdrojů

ALLEN, Clifton, V., 1997. *Nursing process in collaborative practise*. Stamford: Appleton and Lange. 240 p. ISBN: 0-8385-1467-7.

ALLIGOOD, Martha, Raile, 2010. *Philosophies, Models, and Theories: Critical Thinking Structures*. Nursing Theory, Utilization and Application. Mosby: Elsevier, 4th ed. ISBN: 978-0-323-05640-3.

ASCHERMAN, Michael, 2004. *Kardiologie, 2. díl*. 1.vyd., Praha: Galén, 1481 s. ISBN: 80-7262-290-0.

AZIZI- FINI, I., M. S. MOUSAVI, A. MAZROUI- SABDANI, M. ADIB-HAJBAGHERY, 2012. *Correlation Between Nurse's Dariny Behaviors and Patient's Satisfaction*. In: Nursing and Midwifery Studies. 2012:1(1): 36-40 DOI: 10.5812/hms.7901.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 188 s. ISBN: 978-80-247-6289-0.

BAŠKA, Tibor, 2003. *Ošetrovateľská prax založená na dôkazoch*. In: ŽIAKOVÁ, Katarina et al., Ošetrovateľstvo – teoria a vedecký výskum. 1.vyd. Martin: Osveta. s. 314-319. ISBN: 80-8063-131-x.

BAŠKOVÁ, Martina, a kol. 2010. *Výchova k zdraviu*. 1.vyd. Martin: Osveta, 226 s. ISBN: 978-80-8063-320-2.

BENJAMIN, E., J., LEVY, D., 1994. *Independent risk factors for atrial fibrillation in a population – based kohort. The Framingham Heart Study*. JAMA, 27, No.11p.840-844.[online].[cit. 2013-07-17]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8114238>.

BERMAN, Andrey and Shirlee SNYDER et al., 2012. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practise*. 9th ed. New Jersey (USA): Pearson International Edition, 1631 p. ISBN: 978-0-13-261137-4.

BLÁHA, Jan a Jana ŠEMBEROVÁ, 2004. *Anglický výkladový slovník vybraných termínů z psychologie, sociologie, etiky a sociální práce*. Praha: Triton, 1. vydání, 588s. ISBN: 80-7254-467-5.

- BRIGNOLE, M., 2003. *Rhythm versus rate kontrol after ablation and paging for paroxysm alatrial fibrillation*. Clinical implication of the PIAF 2 trial. *Cardiology Electrophysiol Revue*, p. 7, s. 127-129.
- BULAVA, Alan, 2009. *Katétrová ablace fibrilace síní*. In: LUKL, J. et al. *Fibrilace síní*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, s. 134-153, 272 s. ISBN: 978-80-247-2768-4.
- BULAVA, Alan, 2010. *Katetrizační ablace fibrilace síní – lepší než farmakoterapie?* *Cor Vasa*; 52:9-16.
- BULAVA, A., MOKRACEK, A., HANIS, J., KURFIRST, V., EISENBERGER, M., PESL, L., 2015. *Sequential hybrid procedure for persistent atrial fibrillation*. *J Am Heart Assoc*. Mar 25;4(3):e001754. doi: 10.1161/JAHA.114.001754.
- CAMM, A., J., Y., H. GREGORY, R. DeCATERINA, I. SAVELIEVA, D. ATAR., 2012. *2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association*. In: *European Heart Journal*, 2012, 33 (21), 2719-2747, [online]. [cit. 2013-07-17]. Dostupné z: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/21/2719.full.pdf>.
- CAPPATO, R., H. CALKINS, S., A. CHEN, et al., 2005. *Worldwide survey on the methods, efficacy, and safety of catheter ablation for human atrial fibrillation*. *Circulation*; 111: 1100-1105.
- CARLSSON, J., S. MIKETIC, J. WINDLER, et al., 2003 *Randomized trial of rate-control versus rhythm- kontrol in persistent atrial fibrillations*. STAF (strategie s of treatment of atrial fibrilation) study, *Journal Am Coll Cardiology*, p. 41, ISSN: 1690-19-696.
- COOKE, Hannah and Susan PHILIPIN, 2008. *Sociology in nursing and health care*. Toronto: Elsevier, 232 p. ISBN: 978-0-443-10155-7.
- COX, J., L., J. P. BOINEAU, R. B. SCHUESSLER, et al., 1995 *Modification of the MAZE procedure for atrial flutter and atrial fibrillation*. *Journal Thorac Cardiovasc Surgical*, s. 110, ISSN: 473-484.
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 128 s. ISBN: 978-80-247-3213-8.

- ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2, 1998. *Praktická příručka pro sestry*. Brno: IDVPZ, 47 s. ISBN: 80-7013-282-1.
- ČIHÁK, Robert a Petr HEINC, 2004. *Doporučení pro léčbu pacientů s fibrilací síní*. In: *Cor et Vasa*, Elsevier, 46. K. 67- K 77
- ČIHÁK, Robert et al., 2011. *Doporučené postupy u pacientů s fibrilací síní. České kardiologické společnosti vypracovaný Pracovní skupinou arytmie a trvalé kardiostimulace*. In: *Cor et Vasa*, Elsevier, 53, Supplementum 01.
- DÍTĚ, Petr et al. 2007 *Vnitřní lékařství*. 2.vyd., Praha: Galén, s. 586, ISBN: 978-80-7262-496-6.
- DOLEŽEL, Jakub. 2010. *Zmapování kontinuity péče o kardiaky v ČR se zaměřením na ošetrovatelskou péči*. Č. Bud., 2010. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDEJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
- DORIAN, P., W. JANG, D. NEWMAN, et al. 2000. *The impairment of health-related quality of life with intermittent atrial fibrillation: implications for the assesment of investigational therapy*. In: *Journal Am Coll Cardiology*, p. 36, 1303-1309.
- DORIAN, P., M. PAQUETTE, D. NEWMAN, et al. 2002. *Quality of life improves with treatment in the Canadien Trial of Atrial Fibrillation*. In: *Am Heart Journal*, p. 143, 987-990.
- DRAHOŠOVÁ, L., JAROŠOVÁ, D., 2013. *Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgických odděleních nemocnic kraje Vysočina*. In: *Kontakt*, XV/3, s. 245-251, ISSN: 1212-4114.
- EISENBERGER, M., A. BULAVA, M. FIALA, 2012. *Základy srdeční elektrofyzologie a katérových ablací*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN: 978-80-247-3677-8.
- FAJKUS, Břetislav, 2005. *Filosofie a metodologie vědy*. 1. vydání, Praha: Academia, 368 s. ISBN: 80-200-1304-0.
- FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2006. *Ošetrovatelství- Teorie*. Martin: Osveta, 211 s. ISBN: 80-8063-227-3.
- FAWCETT, Jacqueline, 2005. *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 623 s. ISBN: 978-0-8036-1194-8.

- FIALA, M., D. WICHTERLE, J. CHOVANCIK, et al., 2010. *Left atrial voltage during atrial fibrillation in paroxysmal and persistent atrial fibrillation patients*. Pacing Clinical Electrophysiology, part 33, ISSN: 541- 548.
- FINFGELD- CONNETT, D., 2008. *Meta-synthesis of caring in nursing*. In: Journal of Clinical Nursing, 17(2): 196- 204.
- GOETTE, A., T. STAACK, C. ROCKEN, et al., 2000 *Increased expression of extracellular signal- regulated kinase and angiotensin- converting enzyme in human atria during atrial fibrillation*. Journal Am Coll Cardiol, part 35, ISSN: 1669- 1677.
- GROHAR-MURRAY, Mary, Ellen a Helen R. DiCROCE, 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 320 s. ISBN: 80-247-0267-3.
- GURKOVÁ, Elena, 2010. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 224 s. ISBN: 978-80-247-3625-9.
- HAGENS, V., E., D. J. VAN VELDHUISEN, O. KAMP, et al. 2005. *Effect of rate and rhythm kontrol on left ventricular fiction and cardiac dimensions in patients with persistent atrial fibrillation*. Results from the Rate Control versus Electrical Cardioversion for Persistent Atrial Fibrillation (RACE) study. Heart Rhythm, p. 2, s. 19-24.
- HAISSAGUERRE, M., P. JAIS, D. C. SHAH, et al. 2000. *Electrophysiological end point for catheter ablation of atrial fibrillation initiated from multiple pulmonary venous foci*. Circulation. s. 101, ISSN: 1409-1417.
- HAISSAGUERRE, M., P. JAIS, D. C. SHAH, et al. 1998. *Spontaneous initiation of atrial fibrillation by actopic beats originating in the pulmonary veins*. N Engl, Journal of Medicine, kap. 339, p. 659-666.
- HART, RG., L. A. PEARCE, M. I. AGUILAR, 2007. *Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation*. Ann Intern Medicine, 146, p. 857–867.
- HENRIK von WRIGHT, Georg, 2001. *Humanizmus ako životný postoj*. Bratislava: Kalligram, 60 s. ISBN: 80-7149-363-5.

- HENDRIKS, J. M. L., VRIJHOEF, H. J. M., CRIJNS, H. J. G. M., BRUNNER-LA ROCCA, H. P. *The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation*. Europace 2013, doi: 10.1093/europace/eut286.
- HOHNLOSER, S., H., K. H. KUCK, J. LILIENTHAL, 2000. *Rhythm or rate control in atrial fibrillation – pharmacological intervention in atrial fibrillation (PIAF): a randomised trial*. Lancet, p. 356, s. 1789-1794.
- HOLČÍK, J., P. KÁŇOVÁ, L. PRUDIL, 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví – východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 186 s. ISBN: 80-7013-417-8.
- HRADEC, Jaromír a Jiří SPÁČIL, 2001. *Kardiologie. Angiologie. Vnitřní lékařství. Svazek II*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001, 359 s. ISBN: 80-7262-106-8.
- HURYTA, Martin, 2011. *Elektrická kardioverze*. In: TÁBORSKÝ, M. et al. *Fibrilace síní*. 1.vyd., Praha: Mladá Fronta, 2011, 286 s. ISBN: 978-80-204-2572-0.
- HWANG, C., T. J. WU, R. N. DOSHI, et al. 2000. *Vein of marshal cannulation for the analysis of electrical activity in patients focal atrial fibrillation*. Circulation, Part 101, s. 1503-1505.
- CHEN, P., S., T. J. WU, C. HWANG, et al., 2002 *Thoracic veins and the mechanisms of non – paroxysmal atrial fibrillation*. Cardiovasc Res, part 54, s. 295-301.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: ISV nakladatelství, 133 s. ISBN: 80-85866-55-6.
- JAROŠOVÁ, D., H. TOMÁŠKOVÁ, E. PAPASTAVROU. 2010. *Vnímání pečovatelského chování sestrami a pacientů chirurgického oddělení*. In: Kontakt, 12: 281-287s. ISSN: 1212-4117.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 80 s. ISBN: 978-80-247-2171-2.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 368 s. ISBN: 978-80-247-1830-9.
- KILÍKOVÁ, Mária, 2013. *Teória manažmentu v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, Příbram VŠZ a SP sv. Alžbety v Bratislave, n.o., 391 s. ISBN: 978-80-260-3845-0.

- KLENER, Pavel a kol., 1997. *Vnitřní lékařství. Díl 1. Kardiovaskulární onemocnění*. Praha: Karolinum, 205 s. ISBN: 80-7066-802-4.
- KLENER, Pavel et al., 2006. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Praha: Galén, 320 s. ISBN: 80-7262-429-6.
- KOLÁŘ, Jiří et al., 2009. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. přepracované vyd. Praha: Galén, 480 s. ISBN: 978-80-7262-604-2.
- KOPECKÁ, Katarína a Petr KOPECKÝ, 2007. *Zdravie a klinika chorob*. 3.vyd. Martin: Osveta, 2007, 695 s. ISBN: 978-80-8063-243-4.
- KOSTIN, S., G. KLEIN, Z. SZALAY, et al. 2002. *Structural correlate of atrial fibrillation in human patients*. Cardiovasc Res, kapitola 52, s. 361-379.
- KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ, R. OLIVIEROVÁ, 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 836 s. ISBN: 80-217-0528-0.
- KRAUS, Jiří, 2006. *Nový akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 879 s. ISBN: 80-200-1415-2.
- LARRABEE, J. H., OSTROW, C. L., WITHROW, M. L. et al., 2004. *Predictors of patient satisfaction within patient hospital nursing care*. Research in Nursing & Health, vol. 27, no 27, p. 254-268.
- LEE, M., A., R. WEACHTER, S. POLLAT, et al., 2003. *(ATTEST Investigator) The effect of atrial pacing on atrial tachyarrhythmia burden and frequency*. Journal Am Coll Cardiology, p. 41, s. 1926-1932.
- LeMONE, P., K. BURKE, G. BAULDOFF, 2011. *Medical – Surgical Nursing. Critical Thinking in Patient Care*. 1st.ed. New Jersey: Pearson, 1869 p. ISBN-13: 978-0-13-507594-4.
- LUKL, Jan et al. 2009. *Fibrilace síní*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 272 s. ISBN: 978-80-247-2768-4.
- LUKL, Jan a Petr HEINC a kol. 2001. *Moderní léčba arytmií*. Praha: Grada Publishing, 212 s., s. 173 – 177. ISBN: 978-80-7169-998-9.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 164 s. ISBN: 80-7013-227-9.

- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2002. *Úvod do ošetrovatelství. 1. díl. Systémový přístup*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 187 s. ISBN: 80-246-0429-9.
- MARY, C., SUVA, B., S., N., 2009. *Philosophy, Science, Theory: Interrelationships and Implications For Nursing Research*. In: *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 9, Issue 3, pages 59–63, 18 Feb, 2009 [online]. [cit. 2013-07-17]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1977.tb01604.x/>
- MEEHAN, T. 2012. *The Careful Nursing philosophy and professional practice model*. In.: *Journal of Clinical Nursing*, Volume 21, Issue 19pt20, pages 2905–2916, October 2012.[online].[cit. 2013-07-17]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04214.fulltext>.
- MORSE, J. M., J. BOTTORFF J., W. NEANDER, S. SOLBERG, 1991. *Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. Image*. In: *Journal of Nursing Scholarship*, 23(2): 119-26.
- NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 424 s. ISBN: 978-80-247-2319-8.
- NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ, a kol., 2009 *Moderná edukacia v ošetrovatel'stve*. 1.vyd., Martin: Osveta, 258 s. ISBN: 978-80-8063-321-9.
- PACHULOVÁ, Jitka, 2008. *Příprava a péče o pacienta před a po elektrické kardioverzi*. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, ročník 4, číslo 6, s. 16-17. ISSN: 1801-1349.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 152 s. ISBN: 80-247-1211-3.
- PAYNE, Jan a kol., 2005. *Kvalita života*. 1.vyd. Praha: Triton, 629 s. ISBN: 80-7254-657-0.
- PELLOCK, John M., 2006. *The differential diagnosis of epilepsy: Other non-epileptic parosysmal disorders*. In WYLLIE, E. *The Treatment of Epilepsy: Principles and Practise*. Philadelphia: Lippincott, p. 631. ISBN: 0-7817-4995-6.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011a. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 288 s. ISBN: 978-80-247-3557-0.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011b. *Ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 224 s. ISBN: 978-80-247-3558-0.

- POCHYLÁ, Karla, 2005. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Praktické příručky pro sestry*. 2.vyd. Brno: NCO NZO, 49 s. ISBN: 80-7013-420-8.
- PRACHTOVÁ, Radana, 2012. *Edukace pacienta po náhradě mitrální chlopně*. In: *Sestra*, 03/2012, [online]. [cit. 2013-08-11], Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-pacienta-po-nahrade-mitralni-chlopne-463864>.
- PRUSKOVÁ, Renata. 2012. *Vnímání pečovatelského chování sestrami a pacienty na vybraných klinických odděleních*. Ostrava, 2012. diplomová práce (Mgr.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta.
- SANDERS, P., P. JAĚS, M. HOCINI, et al. 2004. *Electrical disconnection of the coronary sinus by radiofrequency catheter ablation to isolate a trigger of atrial fibrillation*. *Journal Cardiovasc Electrophysiol*, kapitola 15, s. 364-368.
- SCHERLAG, B., J., W. YAMANASHI, U. PATEL, et al., 2005. *Autonomically induced conversion of pulmonary vein focal firing into atrial fibrillation*. *Journal Am Coll Cardiol*, kapitola 45, s. 1878-1886.
- SCHMIDTOVÁ, Zuzana a kol., 2008. *Vybrané obory ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 148 s. ISBN: 80-8063295-3.
- SKÁLA, Tomáš, 2013. *Katetrizační ablace fibrilace síní*. In: TÁBORSKÝ, M., a kol. *Fibrilace síní. Novinky v léčbě 2013*. 1.vyd. Praha: Axonite, 208 s. ISBN: 978-80-904899-36.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 268 s. ISBN: 978-80-247-3123-2.
- SMITH, S. F., D. J. DUELL, B. C. MARTIN, 2008. *Clinical Nursing Skills. Basic to Advanced Skills*. 7 edition, New Persey: Pearson prentice Hall. 1457 p. ISBN: 978-0-13-242497-4.
- SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ, 2004. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 164 s. ISBN: 80-247-1009-9.
- SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ, 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 256 s. ISBN: 978-80-247-4823-8.

- SPARKS, Sheila Raplh and Cynthia TAYLOR, et al., 2005. *Nursing Diagnosis Reference Manual*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott, 759 p. ISBN: 1-58255-294-4.
- STANISZEWSKA, S., V. THOMAS, K. SEERS, 2013. *Patient and public involvement in the implementation of evidence into practise*. Evidence Based Nursing. BMJ Publishing Group. Jan 1, 2013, ISSN: 1468-9618.
- STAŇKOVÁ, Marta, 1997. *Základy teorie ošetrovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 193 s. ISBN: 80-7184-243-5.
- SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 63 s. ISBN: 978-80-7262-845-2.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 284 s. ISBN: 80-247-1148-6.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., M. HUŠKOVÁ, K. MATOUŠOVIC, 2002. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 274s. ISBN 80-246-0477-9.
- ŠEDIVÁ, Lucie, 2011. *Epidemiologie fibrilace síní od Framminghamu po dnešek*. In: Postgraduální medicína: Fibrilace síní – Příloha 1/2011. [online]. [cit. 2013-08-18] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/epidemiologie-fibrilace-sini-od-framinghamu-po-dnesek-459516>.
- ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1.vyd. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, 192 s. ISBN: 978-80-7394-246-5.
- TÁBORSKÝ, Miloš et al., 2011a. *Fibrilace síní*. 1.vyd. Praha: Mladá Fronta, 286 s. ISBN: 978-80-204-25727-0.
- TÁBORSKÝ, Miloš et al., 2013. *Fibrilace síní – novinky v léčbě 2013*. Praha: Axonite, 2013. 208 s. ISBN: 978-8090-4899-36.
- TÁBORSKÝ, Miloš et al., 2011b. *Léčba fibrilace síní v interní praxi – co je nového a na co musíme myslet?* In: Postgraduální medicína: Interna – Příloha 3/2011. [online]. [cit. 2013-08-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/postgradualni-medicina-priloha/?id=3779>.

- TIMBY, Barbara K. et al., 2008. *Fundamentals nursing skills and Concepts*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, 969 p. ISBN: 0-7817-7909-X.
- TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1.vyd. Praha: Triton, 159 s., ISBN: 978-80-7387-286-1.
- TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: NCO NZO, 186 s. ISBN: 80-7013-324-4.
- VÁCLAVÍK Jan, 2010. *Novinky v antiarytmické léčbě*. Lékařské Listy, č. 8, s. 19–20.
- VALENTA, J., J. ŠEBOR, J. MATĚJKA, V. RUNT, 2003. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 237 s. ISBN: 978-80-246-0624-5.
- VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol. 2010. *Zdraví a nemoc*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 134 s. ISBN: 978-80-7394-326-4.
- VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2004. *Koncepce ošetrovatelství*. Částka 9, září 2004.
- von ESSEN, L., SJÖDÉN, P. 1991, *The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff*. International Journal of Nursing Studies, vol. 28, no 3, p. 267-281.
- VYTEJČKOVÁ, R., P. SEDLÁŘOVÁ, V. WIRTHOVÁ, J. HOLUBOVÁ, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Obecná část*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 256 s. ISBN: 978-80-247-3419-4.
- WATSON, Jean, 2009. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. 2nd ed. New York: Springer Publishing, ISBN: 978-0-8261-2196-7.
- WATSON, Jean, 2008. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Revise ed. USA: University press of Colorado, ISBN: 978-0-87081-898-1.
- WILKIN, K., E. SLEVIN, 2004. *The meaning of caring to nurse: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit*. In: Journal of Clinical Nursing, 13(1): 50-9.
- WOLF, Zane Robinson, 2013. *Exploring Rituals in Nursing. Joining art and science*. New York: Springer Publishing, 325 s. ISBN: 978-0-8261-9662-0.

- WU, Y., LARRABEE, J. H., PUTMAN, H. P., 2006. *Caring Behaviors Inventory. A reducing of the 42-Item Instrument. Nursing Research*, vol. 55, no 1, s. 13–25.
- ZAMANZADEH, V., AZIMZADEH, R., RAHMANI, A., VALIZADEH, L., 2010. *Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. BMC Nursing*, vol. 9, no 10, ISSN: 1472-6955.
- ZEMAN, Karel, 2005. *Poruchy srdečního rytmu v intenzivní péči*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 175 s. ISBN: 80-7013-222-1.
- ZELENÍKOVÁ, Renáta a Darja JAROŠOVÁ, 2013. *Úvod do problematiky ošetrovatelství založeném na důkazech (Evidence Based Nursing)*. Kontakt: XV/1, 2013, ISSN 1212-4117.
- ŽIAKOVÁ, Katarína, 2007. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. 1. vydání, Martin: Osveta, 200 s. ISBN: 978-80-8063-247-2.
- ŽIAKOVÁ, Katarína a kol., 2003. *Ošetrovatel'stvo – teoria a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 319 s. ISBN: 80-8063-131-X.

9 Přílohy

Příloha 1 - Strom ošetřovatelských teorií

Příloha 2 - Dotazník pro pacienty k posouzení potřeb pacientů s fibrilací síní před a po RFA

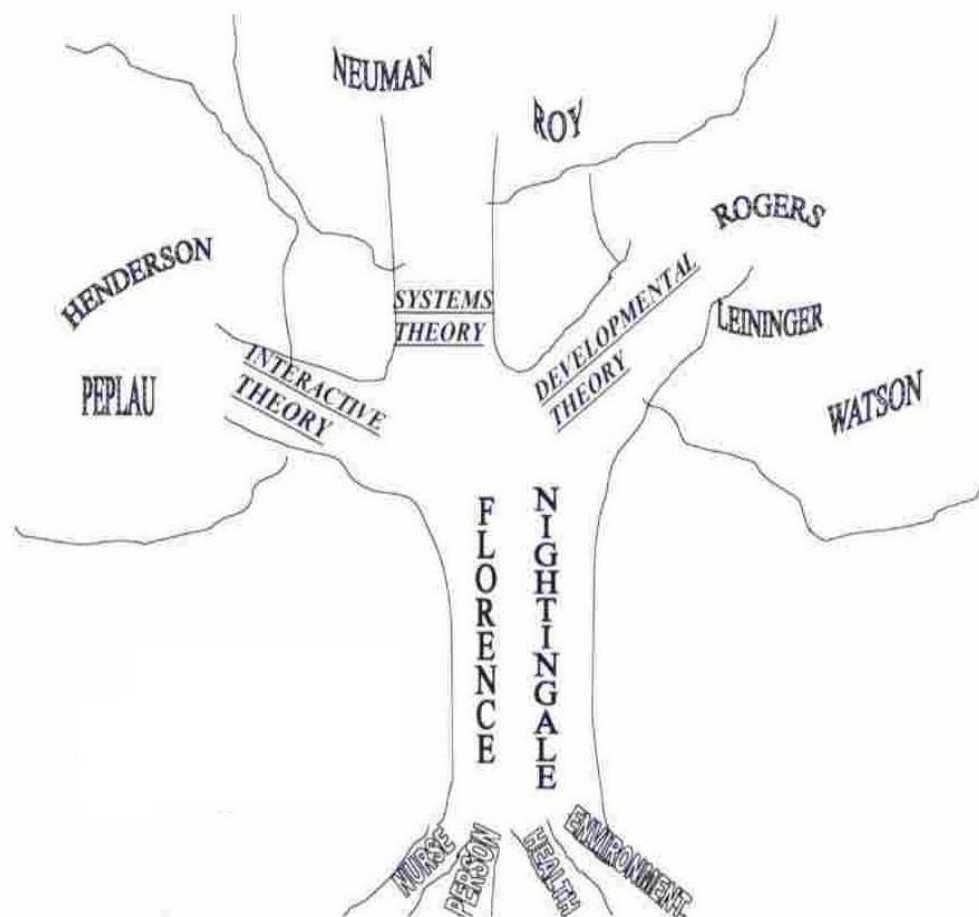
Příloha 3 - Standardizovaný dotazník CBI-24 pro pacienty s doplňujícími otázkami pro posouzení potřeb pacientů s fibrilací síní po RFA a hodnocení edukace

Příloha 4 - Standardizovaný dotazník CBI-24 pro sestry

Příloha 5 - Návrh certifikovaného kurzu pro sestry – CD příloha (zadní strana desek práce)

Příloha 1 Strom ošetřovatelských teorií

(adaptováno podle Berman et al., 2012)



Příloha 2 Dotazník pro pacienty k posouzení potřeb pacientů s fibrilací síní před a po RFA

Vážený pane/vážená paní,

jmenuji se Zdeňka Pavelková, jsem studentkou doktorského studia na Jihočeské univerzitě Zdravotně sociální fakultě, obor Ošetrovatelství. Dotazník, který se Vám dostal do ruky, je součástí disertační práce na téma: Ošetrovatelství v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s fibrilací síní. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku. Získané údaje jsou anonymní a budou využity pouze k řešení disertační práce. Prosím, přečtěte si seznam položek, které nejlépe charakterizují vaše potřeby vystihující váš zdravotní stav před a po intervečním zákroku (radiofrekvenční ablací). Prosím Vás o kompletní vyplnění dotazníku.

Děkuji mnohokrát za spolupráci.

Zdeňka Pavelková

1. Pohlaví: 1. žena 2. muž

2. Věk:

1. Do 20 let
2. 21 – 30 let
3. 31 – 40 let
4. 41 – 50 let
5. 51 – 60 let
6. 61 – 70 let
7. Více než 70 let

3. Rodinný stav:

1. Svobodný/á
2. vdaná/ženatý
3. rozvedený/á
4. vdovec/vdova
5. žijící sám

4. Vzdělání:

1. základní
2. Střední odborné
3. Střední s maturitou
4. Vyšší odborné
5. Vysokoškolské

5. Ekonomická aktivita:

1. zaměstnaný
2. nezaměstnaný
3. v invalidním důchodu
4. ve starobním důchodu
5. jiné (prosím uveďte): _____

6. Pohyblivost:

1. chůze mi nečiní žádné potíže
2. mám určité potíže s chůzí
3. jsem upoután(a) na lůžko

7. Sebeobsluha:

1. s péčí o sebe nemám žádné potíže
2. mytí či oblékání mi činí potíže
3. nejsem schopen(na) se sám umýt či obléct

8. Obvyklá činnost (např. práce, studium, domácí práce, rodinné činnosti):

1. nemám žádné problémy se svou obvyklou činností
2. s vykonáváním svých obvyklých činností mám určité problémy
3. nejsem schopen(na) vykonávat své obvyklé činnosti

9. Bolest/ Obtíže:

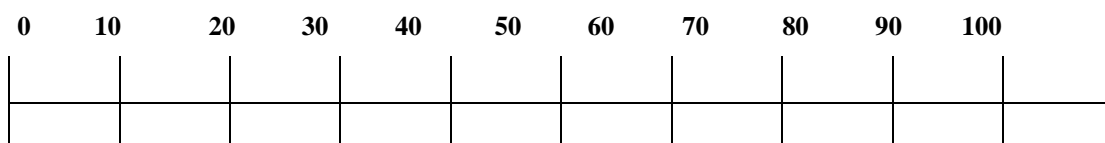
1. nemám žádnou bolest či obtíže
2. mám středně závažné bolesti či obtíže
3. mám extrémní bolesti nebo obtíže

10. Úzkost / deprese:

1. nejsem úzkostný(á) ani depresivní
2. jsem středně úzkostný(á) či depresivní
3. jsem extrémně úzkostný(á) či depresivní

11. Hodnocení zdravotního stavu dle stupnice:

(Na stupnici, prosím, zakroužkujte, jak hodnotíte Váš aktuální zdravotní stav; tzn. 0= nejhorší hodnocení, 100= nejlepší hodnocení)



Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Příloha 3 Standardizovaný dotazník CBI-24 pro pacienty s doplňujícími otázkami pro posouzení potřeb pacientů s fibrilací síní po RFA

Hodnocení pečovatelského chování sestrami a pacienty u radiofrekvenční ablace pro fibrilaci síní

Vážený pane/vážená paní,

jmenuji se Zdeňka Pavelková, jsem studentkou doktorského studia na Jihočeské univerzitě Zdravotně sociální fakultě, obor Ošetřovatelství.

Dotazník, který se Vám dostal do ruky, je součástí disertační práce na téma: Ošetřovatelství v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s fibrilací síní. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku. Získané údaje jsou anonymní a budou využity pouze k řešení disertační práce. Prosím, přečtěte si seznam položek, které popisují ošetřovatelskou péči v rámci intervečního zákroku (radiofrekvenční ablaci), který jste podstoupil/a. U každé položky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje práci sestry při vaší poslední hospitalizaci. Prosím Vás o kompletní vyplnění dotazníku.

Děkuji mnohokrát za spolupráci.

Zdeňka Pavelková

1. Pozorné naslouchání pacientovi.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

2. Podávání informací a edukování pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

3. Individuální přístup k pacientovi.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

4. Trávení času s pacientem.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

5. Podporování pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

6. Projevování empatie a ztotožnění se s pacientem.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

7. Pomáhání pacientovi v jeho rozvoji.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

8. Projevování trpělivosti a vytrvalosti v péči o pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

9. Zručnost při podávání injekcí a při jiných činnostech.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

10. Jistota v jednání a pečování o pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

11. Ovládání profesních znalostí a dovedností.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

12. Dovedné používání a ovládání přístrojů a pomůcek.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

13. Umožnění pacientovi vyjádřit své pocity o onemocnění a léčbě.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

14. Zapojení pacienta do plánování jeho péče.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

15. Důvěrné nakládání s informací o pacientovi.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

16. Docházení za pacientem na pokoj ze své vůle.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

17. Komunikování s pacientem.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

18. Vyzývání pacienta k tomu, aby hlásil své problémy.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

19. Plnění vyslovených a nevyslovených potřeb pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

20. Rychlé reagování na volání pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

21. Pomáhání při tlášení bolesti pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

22. Projevování zájmu o pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

23. Včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

24. Mírnění příznaků onemocnění pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

Doplňující dotazník k CBI pro pacienty s FS po výkonu radiofrekvenční ablací:

Hodnocení uspokojování potřeb pacientů po RFA a hodnocení edukace

| | |
|--|--|
| Jak byste zhodnotil (a) ošetrovatelskou péči v souvislosti s výkonem (radiofrekvenční ablací)? | 1) Velmi dobrá 2) Spíše dobrá 3) Průměrná 4) Spíše špatná 5) Špatná |
| Jak byste zhodnotil obsahové zaměření edukace poskytované v rámci vaší současné hospitalizace? | 1) Velmi dobré 2) Spíše dobré 3) Průměrné 4) Spíše špatné 5) Špatné |
| Jak byste charakterizoval(a) ošetrovatelskou péči o Vás v souvislosti se zákrokem (ablací)? | 1) Byly uspokojeny všechny mé potřeby 2) Sestry se spíše orientovaly na technickou zdatnost 3) Sestry se spíše orientovaly na psychickou oblast 4) Sestry uměly velmi dobře se mnou komunikovat 5) Byl (a) jsem o všem dobře informována 6) Nebyl (a) jsem o všem dobře informována |
| Kterou oblast uspokojování Vašich potřeb hodnotíte po zákroku více pozitivně? | 1) Fyzické potřeby 2) Psychické potřeby |
| Co Vám v souvislosti se zajišťováním ošetrovatelské péče chybělo? (prosím doplňte) | |
| Chtěli byste něco změnit na přístupu sester v souvislosti s ošetrovatelskou péčí a výkonem (ablací)? | 1) Pokud ano, co? (doplňte)..... 2) Ne nic 3) Nevím |
| Byla u Vás v rámci ošetrovatelské péče spojené s výkonem prováděna edukace? | 1) Ano 2) Ne 3) Nevím |

| | |
|---|--|
| <p>Jak byste zhodnotil (a) formu edukace (informace) od sester v rámci ošetrovatelské péče po výkonu?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Velmi dobrá 2) Spíše dobrá 3) Průměrná 4) Spíše špatná 5) Špatná |
| <p>Co bylo součástí edukace od sester?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Režimová opatření 2) Dietní opatření 3) O pohybové aktivitě 4) Omezení kouření 5) Omezení užívání alkoholu 6) Omezení pití kávy 7) Užívání antikoagulancií (léky na ředění krve) 8) Jiné (prosím doplňte) <p>.....</p> |
| <p>Jakou formou probíhala edukace?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Ústně -sestrou 2) Písemně - letáky 3) Názorně – pomocí předmětů 4) Praktická 5) Jiné (prosím doplňte) <p>.....</p> |
| <p>Pokud by byla potřeba a problémy s arytmií se znovu intenzivně projeví, šel byste na výkon znovu?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Zcela jistě ano 2) Asi ano 3) Asi ne 4) Zcela jistě ne |
| <p>Víte, jakou metodou jste byl operován, např. zda byla použita roboticky řízená ablace?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Ano, vím 2) Ne, nevím 3) Nejsem si jist |
| <p>Pokud jste odpověděli na předchozí otázku ano, byl jste operován roboticky nebo ručně? (označte křížkem)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Roboticky 2) Ručně |

Děkuji za váš čas a vyplnění dotazníku.

Příloha 4 Standardizovaný dotazník CBI-24 pro sestry

Hodnocení pečovatelského chování sestrami a pacienty při radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní

Vážené kolegyně, vážený kolego,

dotazník, který se Vám dostal do ruky, je součástí disertační práce na téma: Ošetřovatelství v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s fibrilací síní. Prosím, přečtěte si seznam položek, které popisují ošetřovatelskou péči. U každé položky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje práci sestry v péči o pacienty s fibrilací síní po radiofrekvenční ablací. Dotazník je anonymní a výsledky budou využity pouze pro účely této disertační práce. Není-li uvedeno jinak, označte vždy jednu nejvhodnější odpověď zaškrtnutím.

Děkuji Vám za ochotu a Vaši spolupráci.

Mgr. Zdeňka Pavelková

Zdravotně sociální fakulta

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

1. Pozorné naslouchání pacientovi.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

2. Podávání informací a edukování pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

3. Individuální přístup k pacientovi.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

4. Trávení času s pacientem.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

5. Podporování pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

6. Projevování empatie a ztotožnění se s pacientem.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

7. Pomáhání pacientovi v jeho rozvoji.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

8. Projevování trpělivosti a vytrvalosti v péči o pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

9. Zručnost při podávání injekcí a při jiných činnostech.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

10. Jistota v jednání a pečování o pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

11. Ovládnutí profesních znalostí a dovedností.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

12. Dovedné používání a ovládnutí přístrojů a pomůcek.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

13. Umožnění pacientovi vyjádřit své pocity o onemocnění a léčbě.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

14. Zapojení pacienta do plánování jeho péče.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

15. Důvěrné nakládání s informací o pacientovi.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

16. Docházení za pacientem na pokoj ze své vůle.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

17. Komunikování s pacientem.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

18. Vyzývání pacienta k tomu, aby hlásil své problémy.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

19. Plnění vyslovených a nevyslovených potřeb pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

20. Rychlé reagování na volání pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

21. Pomáhání při tišení bolesti pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

22. Projevování zájmu o pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

23. Včasné provádění léčebných výkonů a podávání léků.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

24. Mírnění příznaků onemocnění pacienta.

nikdy - téměř nikdy - výjimečně - obvykle - téměř vždy - vždy

Doplňující informace k CBI - sestry:

Vyplňte, prosím, následující údaje. Zakroužkujte nebo napište své odpovědi:

1. Vaše pohlaví?

- Žena Muž

2. Váš věk?

- Méně než 20 let
 21 – 30 let
 31 – 40 let
 41 – 50 let
 51 – 60 let
 Více než 60 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední zdravotnická škola s maturitou
 Vyšší odborná škola – DiS
 Vysoká škola – Bc.
 Vysoká škola – Mgr.
 Specializace: jaká? (prosím, napište)

4. Délka Vaší praxe?

- Méně než 1 rok
 1 – 5 let
 6 - 10 let
 11 - 20 let
 21 - 30 let
 Více než 30 let

5. Jak byste zhodnotil (a) ošetrovatelskou péči, kterou poskytujete pacientům s fibrilací síní?

- Velmi dobrá
 Spíše dobrá
 Průměrná
 Spíše špatná
 Špatná

6. Jak byste zhodnotil(a) vztah mezi Vámi a pacientem s fibrilací síní?

- Velmi dobrý
- Spíše dobrý
- Průměrný
- Spíše špatný
- Špatný

7. Na kterou oblast uspokojování potřeb pacientů se více orientujete?

- Fyzické potřeby
- Psychické potřeby
- Jiné (doplňte prosím)

**8. Co Vám v souvislosti se zajišťováním ošetrovatelské péče u pacientů s fibrilací síní chybí?
(prosím doplňte)**

.....
.....

9. Co byste chtěl (a) změnit v péči o nemocné s FS? (prosím doplňte)

.....
.....

Děkuji za vyplnění dotazníku a Váš čas.

**Příloha 5 Návrh certifikovaného kurzu pro sestry – CD příloha (zadní strana
desek práce)**