



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Kvalita života pacientů s arytmií**

## **DISERTAČNÍ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Mgr. Ivana Chloubová

**Školitel:** prof. MUDr. et Mgr. Alan Bulava, Ph. D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Kvalita života pacientů s arytmií*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 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 disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

## **Poděkování**

Velmi ráda bych touto cestou poděkovala školiteli práce prof. MUDr. et Mgr. Alanu Bulavovi, Ph. D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup, prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph. D. za velkou psychickou podporu a svému manželovi a dětem za trpělivost.

## Kvalita života pacientů s arytmií

### Abstrakt

Cílem předložené práce je zmapovat vliv srdeční arytmie na kvalitu života pacientů a možnosti využití koncepčního modelu Imogene Kingové do ošetrovatelské péče u pacienta s arytmií.

Naplnění stanovených cílů bylo dosaženo na základě empirického šetření, které bylo zpracováno kombinací kvantitativních a kvalitativních výzkumných technik. První část výzkumu byla realizována kvantitativní metodou sběru dat pomocí dotazníkového šetření, které mělo za cíl mapovat kvalitu života pacientů se srdeční arytmií, druhá část výzkumu byla realizována kvalitativní metodou sběru dat formou rozhovoru. K vyhodnocení dotazníkového šetření bylo využito 127 validních dotazníků, pro kvalitativní šetření bylo vedeno 20 rozhovorů s pacienty se srdeční arytmií.

Na základě kvalitativního šetření bylo zjištěno, že nejvýznamnějším průvodním znakem arytmie je rychlé nebo nepravidelné bušení srdce, které provází slabost a neklid a úzkost. Pacienti jsou po dobu trvání arytmie nejvíce limitováni ve fyzickém výkonu. Při sledování vztahu mezi délkou trvání arytmie a jejím dopadem na zdravotní stav a kvalitu života pacientem, nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly, tzn., že délka trvání arytmie v daném výběrovém souboru nemá dopad na celkový zdravotní stav a kvalitu života měřenou dotazníky řady ASTA. Dále byl sledován vztah neklidu (úzkosti) k vybraným ukazatelům (vykonávat pracovní nebo studijní povinnosti, schopnost soustředit se a schopnost vykonávat fyzickou aktivitu). Zde byly prokázány statisticky významné rozdíly. Kvalitativní šetření vhodným způsobem doplnilo kvantitativní data. Kvalita života dotazovaných byla sledována v souladu s koncepčním rámcem ošetrovatelského modelu Imogene Kingové a výpovědi informantů byly řazeny dle systémového členění modelu – osobnostní systém, interpersonální systém a sociální systém. Z výpovědi informantů vyplynulo, že nejvíce negativně vnímaným projevem srdeční arytmie je palpitace, která v nich vyvolává neklid, úzkost a strach a způsobuje problémy se spánkem, snižuje jejich fyzickou aktivitu. Naproti tomu omezení, která musí v souvislosti se srdeční arytmií přijmout, jsou pouze dočasná a nelimitují je v interpersonálních a sociálních vztazích.

Práce přináší ucelený pohled na problematiku kvality života pacientů s arytmií, kdy arytmie není pouze onemocněním, které může ohrozit život pacienta, ale ovlivní i jeho psychickou a sociální stránku. Významný podíl na úspěšné spolupráci lékaře a pacienta v léčbě srdečních arytmií hraje sestra, která empatickým přístupem a vhodnou komunikací získá důvěru pacienta v naplnění společného cíle – uzdravení se a udržení kvality jeho života. Využitím koncepčního modelu v ošetřovatelství, konkrétně při ošetřování pacienta s arytmií, lze zajistit poskytování individualizované ošetřovatelské péče a tím přispět ke zvýšení kvality poskytované péče a spokojenosti pacienta.

### **Klíčová slova**

Kvalita života; arytmie; pacient; ošetřovatelský model Imogene Kingové

## **Quality of life in patients with arrhythmias**

### **Abstract**

The aim of the presented thesis is to map the influence of heart arrhythmia on patients' lives and the possibility of using the conceptual model by Imogen King into the nursing care at the patient with arrhythmia.

The set goals were accomplished on the basis of the empirical research which was processed by both quantitative and qualitative research methods. The first part of the research was performed by the quantitative method of collecting data from the survey. The aim of this survey was to map the quality of life of patients with the heart arrhythmia. The second part of the research was performed by the qualitative method of collecting data from the interview with the patient. Total of 127 of valid questionnaires were evaluated for the quantitative part of the research and 20 interviews with the patients with heart arrhythmia were performed for the qualitative part of the research. Based on the qualitative research was found out that the most significant symptom of arrhythmia is fast or irregular heartbeat, usually causing faintness, anxiety and uneasiness. The patients with arrhythmia are mostly limited during physical activities. There have not been found out any statistically significant differences between the persistence of arrhythmia and the health condition and the quality of life of the patient. That means that the persistence of arrhythmia in the researched group of patients does not influence the health condition and the life quality of the patients who took part in the survey ASTA. There was also monitored the relation between uneasiness (anxiety) and selected indicators (how the patients are able to work or study, concentrate or do physical activity). In this case were proven statistically significant differences. The qualitative research complemented the quantitative data. The quality of lives of the respondents was evaluated according to Imogen's King conceptual framework and the responses of the respondents were ordered according to the framework system: personality system, interpersonal system and social system. As emerged from the responses of the respondents, the most negatively perceived symptom of arrhythmia is palpitation which causes anxiety, uneasiness and leads to sleeping disorders and lower physical activity. In contrast to the restrictions that have to be taken up in connection with the heart arrhythmia are only temporary and do not influence interpersonal and social relationships.

The thesis brings a complex view of the problematics of the life quality of patients suffering from arrhythmia when this is not only a medical problem but it also influences patient's mental and social well-being. The very important element which influences the successful cooperation of the arrhythmia patient and the doctor is the nurse who thanks to the emphatic attitude helps to build the faith in the good results of the medication – recovery and keeping the life quality. Using the conceptual framework in nursing, specifically during the treatment of arrhythmia patients helps to provide individualized nursing care and achieving improvement of the quality of the care provided and also the patient's satisfaction.

**Key words:** life quality; arrhythmia; patient; nursing model of care

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b> .....	<b>13</b>
<b>1. 1 Srdeční arytmie</b> .....	<b>13</b>
1. 1. 1 Obecná charakteristika srdečních arytmií.....	13
1. 1. 1. 1 Bradyarytmie.....	14
1. 1. 1. 2 Tachyarytmie.....	16
1. 1. 1. 2. 1 Supraventrikulární tachyarytmie.....	16
1. 1. 1. 2. 2 Komorové tachyarytmie.....	18
1. 1. 2 Diagnostika srdečních arytmií.....	19
1. 1. 3 Léčba arytmií.....	23
1. 1. 3. 1 Farmakologická léčba srdečních arytmií.....	23
1. 1. 3. 2 Nefarmakologická léčba srdečních arytmií.....	24
1. 1. 3. 2. 1 Zevní elektrická kardioverze.....	24
1. 1. 3. 2. 2 Elektroimpulzoterapie.....	24
1. 1. 3. 2. 3 Radiofrekvenční katéetrová ablace.....	26
<b>1. 2. Kvalita života</b> .....	<b>28</b>
1. 2. 1 Vývoj pohledu na kvalitu života.....	28
1. 2. 2 Pohled společenských věd na problematiku kvality života.....	30
1. 2. 3 Kvalita života a zdraví.....	30
1. 2. 4 Měřicí techniky kvality života.....	32
1. 2. 5 Aplikace modelu kvality života u pacientů se srdeční arytmií.....	34
<b>1. 3. Ošetrovatelská péče o pacienta se srdeční arytmií dle koncepčního     rámcu Imogene Kingové</b> .....	<b>37</b>



1. 3. 1 Hlavní koncepce modelu Imogene Kingové.....	39
1. 3. 2 Systémové pojetí modelu Imogene Kingové.....	41
1. 3. 2. 1 Osobnostní systém.....	41
1. 3. 2. 2 Interpersonální systém.....	44
1. 3. 2. 3 Sociální systém.....	45
1. 3. 3 Ošetrovatelský model aplikovaný u pacienta se srdeční arytmií.....	47
1. 3. 4 Úloha sestry v péči o pacienta se srdeční arytmií.....	55
<b>2 CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU.....</b>	<b>57</b>
<b>2. 1 Cíle práce.....</b>	<b>57</b>
<b>2. 2 Hypotézy.....</b>	<b>57</b>
<b>2. 3 Výzkumné otázky.....</b>	<b>57</b>
<b>2. 4. Operacionalizace pojmů.....</b>	<b>57</b>
<b>3 METODIKA.....</b>	<b>59</b>
<b>3. 1 Metodika kvantitativního výzkumu.....</b>	<b>59</b>
3. 1. 1 Použité kvantitativní metody.....	59
3. 1. 2 Charakteristika výzkumného souboru 1.....	59
3. 1. 3 Statistická analýza kvantitativních dat.....	60
<b>3. 2 Metodika kvalitativního výzkumu.....</b>	<b>61</b>
3. 2. 1 Použité kvalitativní metody.....	61
3. 2. 2 Charakteristika výzkumného souboru 2.....	62
3. 2. 3 Analýza kvalitativních dat.....	62
<b>4 VÝSLEDKY.....</b>	<b>64</b>
<b>4. 1 Výsledky kvantitativního výzkumu.....</b>	<b>64</b>

<b>4. 2 Výsledky kvalitativního výzkumu.....</b>	<b>94</b>
4. 2. 1 Struktura výzkumného souboru 2.....	94
4. 2. 2 Výsledné kategorie a subkategorie.....	95
<b>5 DISKUSE.....</b>	<b>124</b>
<b>6. ZÁVĚR.....</b>	<b>132</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>134</b>
<b>8 SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>146</b>
<b>9 PŘÍLOHY.....</b>	<b>147</b>

## ÚVOD

*„ Život se nepíše, život se žije“*

*Josef Čapek (1887 – 1945)*

Světová zdravotnická organizace charakterizuje zdraví nejen jako stav nepřítomnosti nemoci, ale jako stav fyzické, duševní a sociální pohody. Pod pojmem pohoda si každý člověk představí něco jiného, nejen konkrétního, ale i abstraktního, něco, co prožívá sám, mnohdy i něco nedefinovatelného, ale takového, co jemu navozuje stav klidu a uspokojení, naplňuje jeho životní přesvědčení a udržuje hierarchii jeho životních hodnot. Nemoc přivádí člověka do nově vzniklé situace. Každý člověk v tu chvíli přijímá novou roli – roli nemocného, roli pacienta. Vzhledem k individuálním zvláštnostem jedince a individuálnímu prožívání stavu nemoci se mění způsob života, změní se jeho kvalita. Nemoc přichází v jakémkoli věku a málokdo je připraven ji přijmout se všemi jejími dopady. Každý člověk žije svůj život vlastním životním stylem, se svými stereotypy, návyky, pracovním zařazením, volnočasovými aktivitami, žije sám nebo se svými blízkými či přáteli. Je schopen saturovat své vlastní potřeby. Srdeční arytmie je onemocnění kardiovaskulárního systému, které svými subjektivními a objektivními příznaky může ovlivnit život každého jedince jak po stránce fyzické, tak i psychické a sociální. Může limitovat člověka v jeho každodenních činnostech nebo i v aktivitách, které mu činí radost či uspokojení. Nedostatek informací o podstatě, průběhu, léčbě, komplikacích a následcích nemoci, může zhoršovat prožívání nemoci a spolupráci se zdravotnickým personálem. Současné zdravotnictví a moderní pojetí ošetřovatelství nepřístupuje k nemocnému pouze s ohledem na způsob léčby fyzického stavu pacienta, ale v rámci holistického přístupu zohledňuje i další aspekty lidské osobnosti – psychické, sociální i spirituální. Zdravotnickým pracovníkům není lhostejné, jak člověk žil a jakým způsobem se vypořádává s novou životní situací, jak moderní, úspěšná léčba ovlivní jeho další život, a jakým způsobem se začlení zpět do pracovního i společenského života. Jen vzájemnou důvěrou, spoluprací a respektem pacienta a zdravotníka lze dosáhnout minimalizace následků dnes již úspěšně léčených akutních onemocnění kardiovaskulárního systému.

Předložená práce poukazuje na onemocnění srdeční arytmiie z pohledu změny kvality života pacienta a v souladu s koncepčním modelem Imogene Kingové zdůrazňuje potřebu navázání kvalitních interpersonálních vztahů mezi sestrou/zdravotníkem a pacientem, jako nástrojem efektivní spolupráce, která je předpokladem úspěšného zvládnutí prožívání nemoci a potencionální změny kvality života.

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

## 1.1 Srdeční arytmie

### *1.1.1 Obecná charakteristika srdečních arytmií*

Arytmie rozumíme poruchy srdečního rytmu, které lze dělit dle různých kritérií (Sovová et al. 2004). Nejjednodušší členění je podle frekvence srdečního rytmu, přičemž při srdeční akci nižší než 50/min. se hovoří o bradyarytmii, tachyarytmie se naopak vyznačuje frekvencí vyšší než 100/minutu. Bulava (2017) člení arytmogenní mechanismy na základě patofyziologických změn, které lze popsat čtyřmi principy. První je charakterizován poruchami tvorby vzruchu nebo jeho vedení. Takové poruchy jsou typické především pro bradyarytmie, kdy při např. při sinusové bradykardii nevzniká elektrická aktivita v sinusovém uzlu s dostatečnou fyziologickou frekvencí nebo při atrioventrikulární blokádě není elektrický vzruch funkčně převáděn atrioventrikulárním uzlem. Dalším patofyziologickým mechanismem je zvýšená automacie, kdy buňky převodního systému srdečního vykazují zvýšenou spontánní vzrušivost. V takovém případě vzniká buď tzv. sinusová tachykardie; za předpokladu, že vzruchy vznikají přímo v sinoatriálním uzlu nebo junkční tachykardie; jestliže vzruchy vznikají v oblasti atrioventrikulárního uzlu. Pokud zvýšená automacie nepostihne převodní systém, ale myokard síní nebo komor, vznikají síňové, resp. komorové extrasystoly nebo tachykardie. Dalším mechanismem vzniku srdečních arytmií je spouštěná aktivita, při níž dochází k abnormálnímu průběhu repolarizace s následně vzniklou depolarizací. Této aktivitě vždy předchází spouštěný impulz. Tyto arytmie nejčastěji vznikají například u syndromu dlouhého QT intervalu a projevují se zvláštním typem polymorfní komorové tachykardie (torsade de pointes). Posledním a nejčastějším arytmogenním mechanismem je reentry mechanismus, při němž dochází ke kroužení vlny elektrické aktivity po předem daném okruhu. Důvodem vzniku tohoto okruhu může být např. poinfarktová jizva nebo přirozená anatomická či funkční bariéra (Bulava, 2017).

Arytmie probíhají buď jako paroxysmální (záchvatovité), nesetvalé (při komorové tachykardii do 30 s), incesantní (nepřetržité, trvající obvykle déle než 12 hodin), nebo setvalé (obvykle při komorové tachykardii nad 30 s).

Arytmie se vyskytují u pacientů, kteří nemají strukturální onemocnění srdce, nebo u pacientů se srdečním onemocněním – nejčastěji při ischemické chorobě srdeční, kardiomyopatii, zánětlivých onemocněních srdce (myokarditis), nebo mohou vznikat jako výsledek poruchy vnitřního prostředí (obvykle při poruše metabolismu K, Mg) (Táborský et al, 2015). Časté jsou i arytmie u pacientů s tyreotoxikózou nebo v důsledku farmakoterapie (např. tricyklická antidepresiva). Zároveň mohou arytmie způsobit vznik kardiomyopatie, srdečního selhání (nebo zhoršit již probíhající), mohou být doprovázeny nejrůznějšími komplikacemi (embolizace, zhoršení mentálních a kognitivních funkcí, ischemie) nebo i vést k náhlému úmrtí.

Chrobák et al. (2007) popisuje klinické projevy tachyarytmie v obraze nepříjemných subjektivních pocitů pacienta – obvykle si stěžuje na palpitace, které mohou nebo nemusí být provázeny i bolestí na hrudi a dušností. Pacienti obvykle udávají zvýšenou únavu, sníženou toleranci zátěže, někdy vznikají presynkopy nebo i synkopy (náhlé přechodné stavy ztráty vědomí). Bradyarytmie se projevuje pomalým pulzem, mohou u pacientů způsobit slabost, nauzeu, pocity na omdlení, nepříjemné oční pocity („mžitky před očima“), vertigo či dokonanou synkopu. Pacienti často popisují subjektivní pocit únavy, malátnosti, nevykonnosti, dušnosti.

### ***1. 1. 1. 1 Bradyarytmie***

Táborský et al. (2014) rozděluje bradyarytmie do několika skupin: Sinusová bradykardie je charakteristická sinusovým rytmem o frekvenci pod 60/min. Eisenberger et al. (2012) definuje bradykardii jako nefyziologické zpomalení srdečního rytmu pod 50 tepů za minutu nebo srdeční zástavu na dobu delší než 3 sekundy. Bradykardie bývá fyziologická u sportovců, při vlivu vagu a při aplikaci některých léků. Bradyarytmie se nemusí klinicky projevovat, ale častěji jsou pacienty popisovány stavy nižší výkonnosti, únavy, námahové dušnosti, presynkopální stavy nebo synkopy.

Blokáda levého Tawarova raménka (LBBB) se projevuje rozšířením QRS komplexu nad 120 ms a specifickou morfologií (ve svodu V<sub>1</sub> je přítomen kmit rS nebo QS, ve svodech V<sub>5</sub> – V<sub>6</sub> pak obraz RsR´).

Blokáda pravého Tawarova raménka (RBBB) má ve svodu  $V_1$  QRS komplex tvaru  $rsR'$ , ve svodech  $V_5 - V_6$  je pak přítomný hluboký kmit S. Šířka QRS komplexu je také větší než 120 ms. Pokud je při takové morfologii QRS komplexů jeho šířka menší nebo rovna 120 ms, jedná se o tzv. inkompletní blokádu pravého Tawarova raménka (iRBBB).

Sick sinus syndrom nebo také syndrom chorého sinu je projevem poškození funkce sinoatriálního uzlu (Bulava, 2017). Nejčastější příčinou tohoto stavu je degenerativní proces nebo ischemická choroba srdeční. Sick sinus syndrom je popisován ve třech typických formách (Bulava, 2017) – sinusová bradykardie, sinoatriální blokády a tachy-brady syndrom. Sinusová bradykardie se projevuje pouze nízkou tepovou frekvencí (pod 60/min). Fyziologická bývá u trénovaných jedinců a u mladších lidí. Sinoatriální blokády se na EKG manifestují výpadky vln P, které jsou způsobené poruchou vedení elektrického impulsu ze sinoatriálního uzlu do pravé síně (Táborský et al., 2014). Při závažné blokádě se na EKG zaznamenají pauzy, případně i asystolie. V takovém případě dochází k tzv. zástavě sinu, sinus arrest (Bulava, 2017). Tachy-brady syndrom vzniká kombinací zástavy sinu a fibrilací síní. Na EKG je zaznamenána fibrilace síní a po jejím ukončení nastává delší pauza, během níž se sinoatriální uzel zotaví a zahájí pravidelnost dodávaných impulzů.

Poruchy atrioventrikulárního vedení. Poruchy atrioventrikulárního vedení jsou způsobeny zpomalením nebo přerušením vedení vzruchu ze síně na komory v oblasti atrioventrikulárního uzlu a Hisova svazku nebo jeho větví. Tyto blokády popisuje Khan (2005) ve třech stupních (přičemž druhý stupeň má dva typy). Blokáda prvního stupně se manifestuje záznamem na EKG, kdy interval PR je delší než 200 ms, ale jeho délka je konstantní a po každé vlně P následuje komplex QRS. Blokáda druhého stupně má dva typy – I. typ je označován jako Wenckenbachův, kdy se postupně prodlužuje interval PR, až nakonec po vlně P se vzruch nepřevede do komory, čímž dojde k výpadku QRS komplexu. II. typ (Mobitzův typ) je charakterizován náhlým výpadkem QRS komplexu po předchozí vlně P. Interval PQ však zůstává konstantní. Atrioventrikulární blokáda třetího stupně představuje úplné přerušování vedení ze síní na komory. Dochází k rozdílu frekvence síní a komor, frekvence síní je vždy vyšší.

### ***1. 1. 1. 2 Tachyarytmie***

Tachyarytmie je definována jako zrychlená srdeční aktivitou, která se projevuje frekvencí vyšší než 100/ min (Eisenberger et al., 2012). Nejčastěji popisovanými subjektivními prožitky pacientů s tachyarytmií jsou palpitace, vnímání nepravidelného a rychlého tepu, vnímání intenzivních srdečních úderů. Závažnějším příznakem může být presynkopa nebo dokonce synkopa. Nejzávažnějším symptomem je oběhová zástava (Bulava, 2017).

Thomas (2003) upozorňuje na důležitost včasného popisu začátku arytmie v diagnostice srdečních nepravidelností. Při aktivních akcelerovaných rytmech je udáván postupný začátek a také postupné vyhasínání arytmie, avšak pro reentry tachyarytmii je naopak charakteristický začátek náhlý (Bytešník et al., 1999).

Bulava (2017) člení tachyarytmie na supraventrikulární tachyarytmie (kam patří síňové/supraventrikulární extrasystoly, sinusová tachykardie, síňová tachykardie, flutter síní, fibrilace síní, atrioventrikulární nodální reentry tachykardie a atrioventrikulární nodální reentry tachykardie, atrioventrikulární reentry tachykardie) a komorové tachyarytmie (kam patří komorové extrasystoly, monomorfní komorové tachykardie, polymorfní komorové tachykardie, flutter komor a fibrilace komor).

#### ***1. 1. 1. 2. 1 Supraventrikulární tachyarytmie***

Síňové extrasystoly nepředstavují tachyarytmie v pravém slova smyslu. Mohou být však spouštěcím faktorem tachyarytmií. Sinusová tachykardie se vyznačuje pravidelným sinusovým rytmem z oblasti sinoatriálního uzlu o frekvenci 100-160/min. Sinusová tachykardie může být fyziologickým projevem zvýšené fyzické zátěže nebo je doprovodným projevem jiného onemocnění (např. při anémii) nebo se jedná o vlastní (tzv. nepřiměřenou) sinusovou tachykardii. Vysoká tepová frekvence může být limitující pro pacienta v oblasti fyzické aktivity nebo pro své nepříjemné subjektivní pocity (palpitace, dušnost, vertigo, presynkopa). Síňové tachykardie mají příčinu ve vlastním myokardu pravé nebo levé síně. Jedná se buď o ložiskové zdroje (fokální arytmie) nebo reentry okruhy. Pro ablační terapeutické řešení je důležité nalezení lokality, kde aktivita vzniká jako první, resp. kde lze reentry okruh arytmie nejnárodněji přerušit (Bulava, 2017).



Flutter síní je stav, který vzniká na základě krouživého pohybu po anatomicky definovaném makroreentry okruhu v pravé síní. Na EKG jsou zřejmé charakteristické flutterové vlnky o frekvenci 200-300/min. V souvislosti s tromboembolickým rizikem je tento stav srovnatelný s fibrilací síní a z tohoto důvodu je u rizikových pacientů indikována antitrombotická léčba (Stárek, 2006).

Fibrilace síní představuje vůbec nejčastější tachyarytmii (Sovová et al., 2004). Bulava (2017) uvádí, že výskyt tohoto onemocnění je v populaci 2 – 4%, přičemž po 80. roku věku rapidně její výskyt vzrůstá a četnost pacientů s fibrilací síní se pohybuje okolo 10 %. Prevalence a incidence fibrilace síní roste s věkem a je popisován její zvýšený výskyt v mužské populaci (Šmíd et al., 2017). Fibrilace síní je popisována jako neřízená elektrická aktivita v obou síních, kdy se v síních nalézají mnohočetná ložiska reentry okruhů. Na záznamu EKG nejsou patrné vlny P, které jsou nahrazené fibrilačními vlnkami. Spouštěcím mechanismem celého bývá zpravidla salva síňových extrasystol (Čihák et al., 2011). Fibrilace síní se může vyskytovat bez organického onemocnění srdce, ale častěji doprovází kardiomyopatie, srdeční vady (chlopenní onemocnění), onemocnění štítné žlázy, zvýšenou konzumaci alkoholu, srdeční selhání, nebo chronickou obstrukční bronchopulmonální chorobou (dále CHOPN). Pacienti s fibrilací síní mají dle Špinara (2007) zhoršenou kvalitu vlastního života, jsou rizikovější při vzniku cévních mozkových příhod. Kautzner (2014) uvádí, že v metaanalýze studií s více než 77 000 nemocných byla fibrilace síní nejsilnějším prediktorem rozvoje demence. Současně byl zaznamenán značný výskyt asymptomatických mozkových lézí (20 % výskytu asymptomatických infarktů v šedé hmotě mozkové) u pacientů, kteří před katetizační ablací arytmiie podstoupili magnetickou rezonanci (dále MR) mozku. Přestože je fibrilace síní onemocněním, které je v současné době zdárně diagnostikované, jeho prevalence a incidence (a stejně tak mortalita a morbidita) jsou stále vysoké (Šedivá, 2011). Šmíd (2017) uvádí, že je za největší nebezpečí fibrilace síní považováno riziko cévní mozkové příhody; nicméně z dostupných zdrojů je zřejmé, že pouze přibližně 7 % úmrtí u pacientů s fibrilací síní bylo způsobeno cévní mozkovou příhodou.

Atrioventrikulární nodální reentry tachykardie (AVNRT) reentry je nejčastější pravidelnou supraventrikulární arytmií (Sovová et al., 2004). Na EKG záznamu jsou patrné QRS komplexy a většinou chybí vlny P. Pacienti obvykle vnímají subjektivně palpitace, sevření na hrudi, mohou mít vertigo, vzácněji synkopální obtíže. Někdy může

být vyvolávajícím faktorem předklon. AVNRT se častěji vyskytuje u mladších žen, které jsou emočně labilní (Bulava, 2017).

Atrioventrikulární reentry tachykardie, se vyskytuje u jedinců, u nichž v průběhu embryonálního vývoje úplně nepřerušila svalovina síní a komor a do dalších let přetrvává svalový snopeček, spojující svalovinu síní a komor mimo uzel AV. Tento snopeček (přídavná dráha) je základem reentry okruhu. Přídavná dráha vede buď oběma směry, nebo jen z komor na síně, nebo jen ze síní na komory (Bulava, 2017). Jestliže existuje vedení ze síní na komory, pak je na EKG záznamu typická preexcitace, která je charakterizována delta vlnou, rozšířeným QRS komplexem a krátkým PQ intervalem. Běžící tachykardie, která využívá přídavnou dráhu, se pak nazývá ortodromní atrioventrikulární reentry tachykardie, pokud pro cestu ze síní na komory využívá AV uzel, nebo antridromní atrioventrikulární reentry tachykardie, pokud pro cestu ze síní na komory využívá přídavnou dráhu (Bulava, 2017).

#### *1. 1. 1. 2 Komorové tachyarytmie*

Komorové tachykardie vycházejí z vlastního myokardu komor a lze je třídit dle různých hledisek (Bytešník et al., 2011).

Bulava (2017) řadí mezi komorové tachykardie také komorové extrasystoly, které mohou spouštět jiné, závažnější komorové tachyarytmie. Komorové extrasystoly vznikají v myokardu pravé nebo levé srdeční komory. Záznam EKG prokáže, že vlna P nepředchází komplexu QRS a současně je tento komplex široký a má atypický tvar, neboť komory nejsou aktivovány klasickou cestou přes převodní systém (Vojáček et al., 2017).

Komorová tachykardie je diagnostikována, jestliže jsou přítomny tři a více po sobě jdoucích vzruchy (QRS komplexy), které vznikají v komorovém myokardu a mají frekvenci vyšší než 100/min (Táborský et al., 2013). Komorové tachykardie se objevují buď při strukturálních onemocněních srdce (např. při ischemické chorobě srdeční, kardiomyopatii, arytmogenní dysplazii pravé komory, vrozené srdeční vadě) (Táborský et al., 2013) nebo jako tzv. idiopatické komorové tachykardie u pacientů, kteří nemají organické onemocnění srdce, anebo pokud komorová tachykardie není přímým následkem strukturálního onemocnění srdce (např. u pacienta po infarktu myokardu dolní

stěny levé komory vznikne komorová tachykardie z výtokového traktu pravé komory) (Eisenberger et al., 2012). Sovová et al. (2004) uvádí, že u zhruba 10% pacientů s komorovou tachykardií není zjištěno organické srdeční onemocnění. Idiopatické komorové tachykardie jsou obvykle fokální v důsledku abnormální automacie, spouštěné aktivity nebo mikroreentry okruhů. (Eisenberger et al., 2012). Komorové tachykardie lze rozdělit na setrvalé, které mají délku trvání větší než 30s a nesetrvalé (Sovová et al., 2004). Komorové tachykardie je možné hodnotit podle elektrokardiografické morfologie (Bytešník et al., 2011): dle tohoto třídění jsou užívána označení monomorfní tachykardie (jeden tvar), bimorfní tachykardie (dva různé tvary) a polymorfní tachykardie (více morfologií) (Vojáček et al., 2017), Josephson, 2002). Klinicky se komorové tachykardie nejčastěji projevují dušností, palpitací, mdlobou (Sovová et al., 2004).

Flutter komor je definován frekvencí komorových komplexů 250-350/min. Při fibrilaci komor, nejsou na EKG přítomny žádné QRS komplexy, ty jsou nahrazeny fibrilačním vlnkami (s frekvencí nad 350/min), jejichž amplituda a tvar se mění. Fibrilace komor vždy vede k zástavě oběhu (Sovová et al., 2004).

### ***1. 1. 2 Diagnostika srdečních arytmií***

Základem úspěšné léčby arytmií je včasná a efektivní diagnostika. Klener et al. (2006) zdůrazňuje význam důsledně zjištěné anamnézy. Sběr anamnestických údajů začíná zjištěním rodinné anamnézy, dále se cíleně dotazujeme na typické klinické příznaky – dušnost, synkopy a charakteristické subjektivní pocity – palpitace, únava, snížená tolerance fyzické zátěže. Důležité je zjištění současné probíhající léčby (včetně farmakoterapie).

Mezi základní vyšetření srdce patří fyzikální vyšetření (Chrobák et al., 2007). Patří k němu vyšetření pohledem, pohmatem, poslechem a poklepem. Při pohledu se hodnotí např. tvar hrudníku, případná nesouměrnost, přítomnost jizev, náplň krčních žil, která může poukazovat na srdeční potíže, pokud je zvýšená. Pohmatem můžeme zachytit zvedavý úder srdečního hrotu, který poukazuje na zvětšení tohoto orgánu. Někdy není možné srdeční hrot nahmatat. Poklepem můžeme ověřit velikost srdce pomocí ozřejmění hranic srdce. Ty se však mnohem lépe určí pomocí jiných metod, tudíž poklep se dnes již

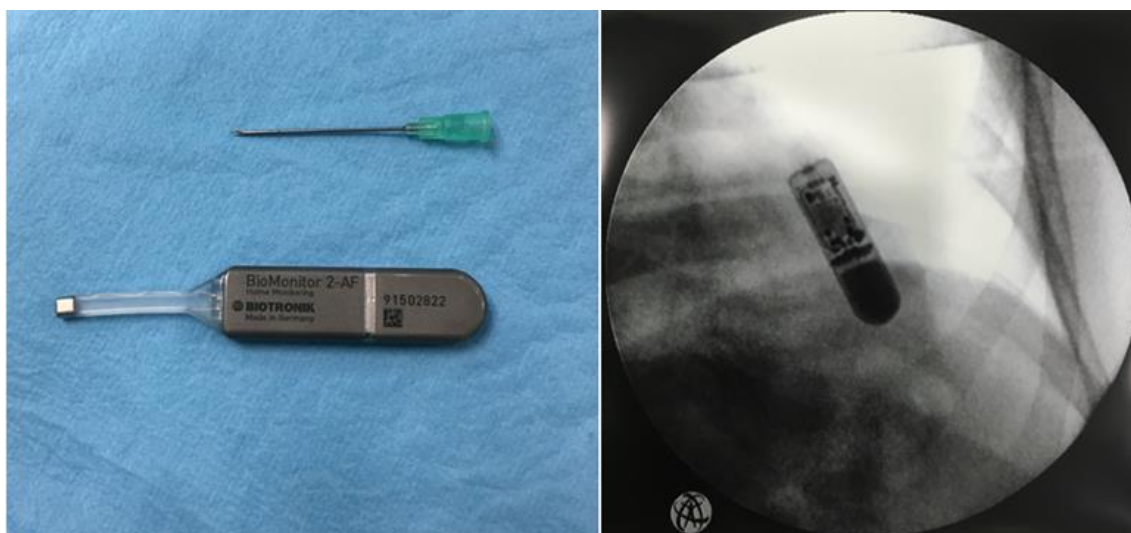
příliš neprovádí. Nejdůležitější z těchto postupů je poslech. Lékař přikládá fonendoskop zepředu na hrudník na několika místech, kde mohou být zřetelné případné šelesty, které by mohly být příznakem srdeční vady, nejčastěji chlopní. K hodnocení srdeční akce je důležité i měření pulzu, které se provádí na zápěstních nebo karotických tepnách přiložením několika prstů. V rámci fyzikálního vyšetření se také zjišťuje hodnota tlaku krevního, hmotnost, výška (hodnotí se index tělesné hmotnosti, tzv. BMI – *body mass index*).

Součástí komplexního hodnocení jsou laboratorní hodnoty biochemického vyšetření séra (ionty, kreatinin, glykemie, vyšetření hladiny hormonů štítné žlázy, lipidové spektrum), dále hematologické vyšetření (krevní obraz, hemokoagulace) (Táborský et al., 2013).

Mezi další podstatné vyšetřovací metody patří neinvazivní vyšetřovací metody. Základní metodou vyšetření srdce je elektrokardiografie, EKG (Špinar et al., 2007). EKG je zcela zásadním vyšetřením v diagnostice arytmií i dalších srdečních chorob. Hlavní výhodou je především jeho dobrá dostupnost, rychlost a způsob měření, který pacienta nezatěžuje (Böhmeke et al., 2009). Výsledkem vyšetření je pak elektrokardiogram, což je křivka skládající se z vln, kmitů a úseků, jejíž průběh odpovídá depolarizační a repolarizační aktivitě srdce v čase. Díky rozmístění elektrod, získáváme hodnoty z různých srdečních částí, a tak můžeme určit i umístění případných změn. Pro kontinuitu vyšetření může být použito i 24hodinové EKG (lze i na delší časový úsek), které má pacient na těle upevněné celý den (Adamec, 2009). Pak je možné pozorovat případné změny během různých denních situací. Tento způsob kontinuálního záznamu EKG křivky se nazývá Holterova monitorace EKG. Pacient je před výkonem náležitě edukován o způsobu záznamu denních činností a případných obtíží. Po sejmutí elektrod přístroje je záznam přehrán do počítače, následně zpracován a vyhodnocen. Aktuální zaznamenané křivky konkrétních pacientů je pro případné zpětné vyhledání a porovnání nálezů možné ukládat do paměti EKG přístroje (Špinar, 2007). K monitorování lze používat dva typy záznamů EKG, buď kontinuální snímání nejčastěji po dobu 24–72 hod nebo sedmidenní záznam, anebo intermitentní snímání. V praxi jsou používány dva typy: smyčkový nahrávač a epizodní záznamník. Při užití smyčkového nahrávače je záznam snímán v nekonečné smyčce, ale záznam EKG je ukládán jen při aktivaci snímače pacientem při vzniku potíží (zapsáním obtíží a aktivací v době obtíží) nebo automaticky při detekci předprogramovaného

kritéria (např. při nízké tepové frekvenci nebo při tachykardii) (Bulava, 2017). Přístroj lze naprogramovat tak, aby byly zachyceny různě dlouhé sekvence EKG před příhodou a po ní (Rambousková, Novák, 2015). V posledních letech jsou používány i externí smyčkové záznamníky s automatickou detekcí arytmií s automatickým přenosem dat přes mobilní síť, které umožňují dlouhodobější monitorování nezávislé na zaplnění interní paměti nahrávače (Rambousková, Novák, 2015). Záznam na tzv. epizodní záznamník je spuštěn ve chvíli, kdy pacient přiloží snímač na hrudník. Je vždy zaznamenána tato konkrétní epizoda. Epizodní záznamník není vhodný u pacientů se synkopami nebo u těch pacientů, kteří arytmií nevnímají (Rambousková, Novák, 2015).

Přestože použití 24 hodinového EKG Holter monitorování může zvýšit detekci arytmií, bývá záchyt řídké se vyskytující arytmií z důvodu krátkodobé monitorace, nízký. Z tohoto důvodu jsou v současnosti využívány implantabilní podkožní srdeční monitory (Šaňák et al., 2015). Po drobné kožní incizi na levé straně hrudníku je zaveden malý přístroj do podkožní kapsy nebo implantovaný punkčně (Rambousková, Novák, 2015) – obr. 1. Tento přístroj může pacient nosit po celou dobu životnosti baterie (cca 3 roky) (Bulava, 2017). Pacient může aktivovat záznam sám, pomocí externího aktivátoru, nebo je spuštěn automaticky, na základě předem definovaných kritérií. Nevýhodou některých přístrojů je při zaplnění paměti záznamníku přepisování nejstarší uložené události novou poslední událostí (Rambousková, Novák, 2015).



**Obr. 1** Implantabilní Holter a skiagram hrudníku pacienta s jeho umístěním; zdroj prof. Bulava (2017)

Dlouhodobé kontinuální monitorování EKG je především využíváno v diagnostice srdečních arytmií. Dalším přínosem však může být vyhodnocení efektu léčby, jak farmakologické, tak i nefarmakologické - např. při stavech po katéetrové ablacii (zejména po ablacii fibrilace síní, kdy u pacientů s trvajícím paroxysmy fibrilace síní je nutná trvalá antikoagulační léčba, resp. zvažování reablace či nasazení antiarytmik) (Rambousková, Novák, 2015). viz dále

Další metodou zaznamenání EKG je zátěžové EKG, kdy se vyšetřují změny elektrických potenciálů během zátěže, které lze dosáhnout jízdou na speciálně upraveném kole. Během vyšetření je postupně zátěž zvyšována až do subjektivního maxima. Při tomto vyšetření lze rovněž odhalit poruchy srdečního rytmu (Táborský et al., 2013).

Echokardiografie patří mezi základní vyšetřovací metody v kardiologii a zajistí vyšetření vzhledu a funkce srdce, které obvykle následuje po podezřelém nálezu na EKG. Echokardiografické vyšetření je možné provádět buď z povrchu hrudníku, nebo zavedením ultrazvukové sondy do jícnu, kdy je pak obraz ještě zřetelnější (Chloubová et al., 2015) Při tomto vyšetření můžeme dobře hodnotit velikost jednotlivých srdečních oddílů, tloušťku jejich stěn nebo funkci chlopní. Lze sledovat srdeční stahy, pohyblivost jednotlivých částí, směr a sílu krevního proudu apod. Stejně jako u EKG se pacient položí na záda, a aby mohly ultrazvukové vlny lépe procházet, na hrud' se aplikuje vodivý gel. Celé vyšetření je o něco delší než EKG, ale obvykle nezabere více než 10 minut. Obě metody lze provádět také během zátěže (většinou farmakologické), kdy se mohou odhalit i potíže, které nebyly za normálního stavu zjištěny. V některých evropských státech (např. Belgii, Velké Británii) nebo v USA provádí echokardiologická vyšetření školení nelékařští pracovníci (Chloubová et al., 2015).

Dalšími zobrazovacími metodami užívanými v kardiologii jsou vyšetření počítačovou tomografií (dále CT) a vyšetření magnetickou rezonancí (MR) (Táborský et al., 2013).

### ***1. 1. 3 Léčba srdečních arytmií***

#### ***1. 1. 3. 1 Farmakologická léčba srdečních arytmií***

Základem farmakologické léčby srdečních arytmií je podávání antiarytmik, které významně ovlivňují elektrofyziologické vlastnosti kardiomyocytů (Bulava, 2017). Nejúčinnějším antiarytmikem je amiodaron, který zpomaluje vedení vzruchu ze srdečních síní na komory (Špinar et al., 2007). Při zahájení léčby je důležitá sytící dávka – např. při supraventrikulární arytmií se obvykle aplikuje 5 g rozložených do 5 dnů s následnou udržovací dávkou 200mg/den; při komorových tachyarytmiích je dávka zdvojnásobená – 10 g rozložené do 10 dnů a následná udržovací dávka je 200-400mg/den (Bulava, 2017). Dále se v léčbě využívá podávání propafenonu, sotalolu a betablokátorů (Sovová, 2004; Novák et al. 2007; Bytešník, 2011). Mezi nové přípravky patří dronedaron (Václavík, 2010), který má srovnatelné účinky jako amiodaron, ale nižší výskyt nežádoucích účinků.

K prevenci tromboembolických příhod u pacientů s nevalvulární fibrilací síní se dnes v léčbě stále více prosazují tzv. nová (direktní) perorální antikoagulancia, která mají srovnatelnou nebo lepší účinnost než klasičtí antagonisté vitamínu K, ale mají nižší výskyt život ohrožujících krvácení do centrálního mozkového systému, jejich účinek je lépe predikovatelný a lékové interakce jsou dobře popsány (Táborský et al., 2014). Pro pacienty je užívání těchto přípravků také přijatelnější, obvykle se užívají 1x denně a není nutné rutinní monitorování efektu léčby – pravidelná měření INR (international normalized ratio) (Špinar et al., 2011). Tyto přípravky jsou však kontraindikovány u pacientů se závažnou chlopenní vadou, mechanickou chlopenní náhradou, u pacientů s renální insuficiencí a u nespolupracujících pacientů. Dříve nebyly tyto přípravky doporučovány u pacientů s onkologickým onemocněním, před implantací kardiostimulátoru nebo implantabilního kardiovertu – defibrilátoru a u pacientů indikovaných ke katetrizační ablaci (Táborský et al., 2014). V současné době jsou tyto relativní kontraindikace revidovány a jsou známá i nová data, která podporují nepřerušovanou léčbu antikoagulancii u intervencí. Tyto přípravky jsou řazeny do dvou skupin, které se nazývají gatrany (např. Pradaxa) a xabany (např. Eliquis, Xarelto).

### *1. 1. 3. 2 Nefarmakologická léčba srdečních arytmii*

Mezi nefarmakologické postupy v léčbě srdečních arytmii patří zevní elektrická kardioverze, radiofrekvenční katérová ablace a tzv. elektroimpulzoterapie, která představuje léčbu kardiologickými implantáty (Bulava, 2017).

#### *1. 1. 3. 2. 1 Zevní elektrická kardioverze*

Mezi nefarmakologické léčebné strategie je řazena i zevní elektrická kardioverze (Aschermann, 2004). Ta je obvykle využívána pro léčbu fibrilace nebo flutteru síní k obnovení sinusového rytmu (Brignole, 2003). Výkon je prováděn v krátkodobé celkové anestezii, obvykle na jednotkách intenzivní péče nebo na operačních sálech. Sestra poučí pacienta o nutnosti lačnění, o monitoraci fyziologických funkcí (EKG, saturace O<sub>2</sub>, tlak krevní, dechová frekvence), ošetří kůži před popálením. (Kapounová, 2007). Po uvedení do celkové anestezie se pacientovi přiloží na hrudník pádla defibrilátoru a aplikuje se synchronizovaný bifázický výboj (intenzita 150-300 J). V případě, že se nedošlo k úpravě rytmu, může se provést druhý výboj o maximální intenzitě 360 J. (Bulava, 2017). Celý výkon je prováděn ambulantně, po výkonu zůstává pacient minimálně 2 hodiny observován na lůžku.

#### *1. 1. 3. 2. 2 Elektroimpulzoterapie*

Jednou z možností léčby bradykardií je implantace trvalé kardiostimulace (Heinc et al., 2014). Rozlišují se tři varianty stimulací – jednodutinová stimulace představuje zavedení pouze jedné elektrody do srdce. Jedná se buď o síňovou stimulaci, kdy elektroda je zavedena do pravé síně, nebo o komorovou stimulaci, kdy je elektroda umístěna do pravé komory. O dvoudutinové stimulaci lze hovořit, jestliže jsou v srdci zavedeny dvě elektrody – v pravé síni a v pravé komoře. Pokud jsou v srdci zavedeny tři elektrody, pak se jedná o biventrikulární stimulaci; jedna elektroda je zavedena v pravé síni, druhá v pravé komoře a třetí elektroda je zavedena cestou větví koronárního sinu nad boční stěnu levé komory srdeční (Bulava, 2017). Heinc et al. (2014) uvádí, že trvalá kardiostimulace je indikovaná za předpokladu, že lze příznaky jednoznačně přičíst bradykardii, která vznikla na základě zástavy či zpomalením frekvence sinusového uzlu



při onemocnění sinusového uzlu nebo bradykardií způsobenou atrioventrikulární blokádu třetího stupně nebo druhého stupně 2. typu.

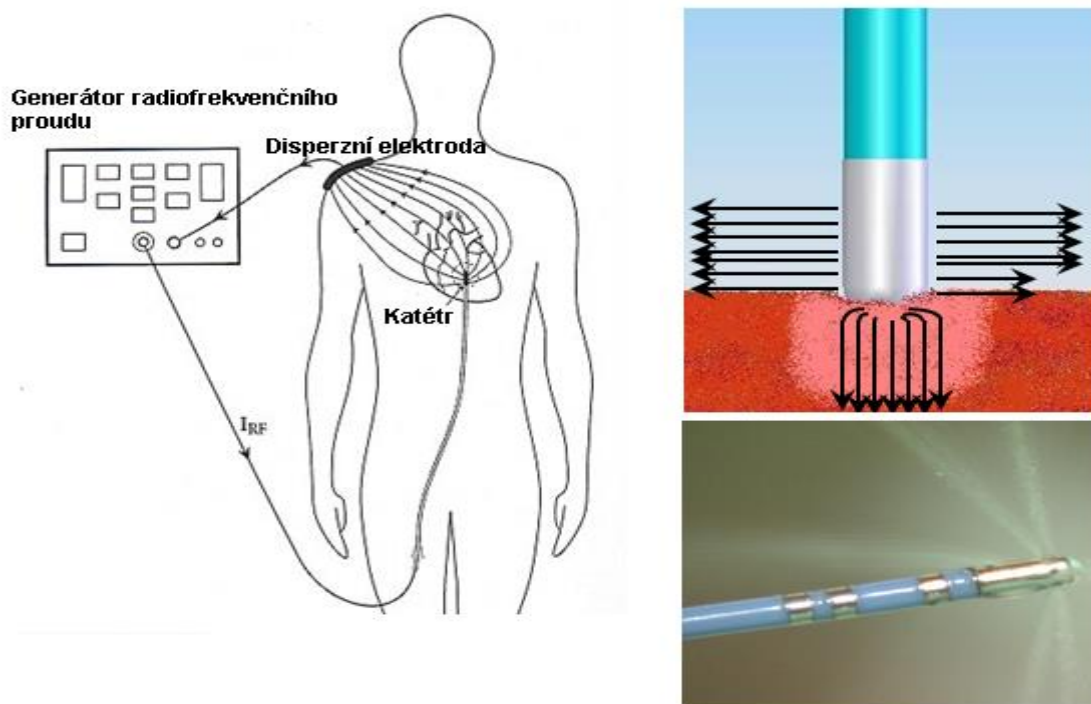
Implantabilní kardiovertery – defibrilátory jsou přístroje podobné kardiostimulátorům, které kromě prosté kardiostimulace ještě detekují a elektricky léčí maligní komorové tachykardie (komorovou tachykardii nebo fibrilaci komor) (Bulava, 2017). Tyto přístroje kontinuálně monitorují rytmus srdce pacienta a v případě poruchy rytmu jsou schopné vykonat buď antitachykardickou stimulaci (díky vyšší stimulační frekvenci než je samotná tachykardie je tato tachykardie utlumena) nebo defibrilační výboj (Aschermann et al., 2004). Zavedení elektrod a vlastního přístroje, který může být stejně tak jako u trvalé kardiostimulace jednodutinový, dvoudutinový nebo biventrikulární, je podobné jako u kardiostimulátoru (Bulava, 2017).

Kardiologické implantáty lze využít i pro nejmodernější sledování pacientů – tzv. telemonitoringu, kdy lékař i pacient jsou každý na jiném místě (Šafaříková et al., 2018). Také Rambousková et al. (2015) ukazuje na další klady těchto přístrojů, které umožňují hodnocení technických a klinických parametrů i v nepřítomnosti pacienta. Získané údaje jsou odečteny při kontrole v centru nebo (při dálkovém monitorování) odeslány do speciální externí jednotky – specializovaného mobilního telefonu. Odtud jsou předány do centrály příslušného výrobce k vyhodnocení. Technický problém nebo klinicky významná data jsou následně předány ošetřujícími lékaři na zabezpečený server. Zlepšující se technické parametry přístrojů nabízí pacientům i lepší kvalitu života (Šafaříková et al., 2018). V České republice je systém Home Monitoring využíván od roku 2004. Až v nedávné době však začal být hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Na základě průzkumného šetření, realizovaného od prosince 2016 do března 2017, Šafaříková et al. (2018) uvádí, že pouze 60% oslovených respondentů bylo ochotno si za telemedicínskou péči připlatit, přičemž náklady spojené s návštěvou lékaře (finance na cestu, čas strávený na cestě a v ambulanci), také nejsou pro mnohé zanedbatelné. Odborníci Heart Rhythm Society/European Heart Rhythm Association (HRS/EHRA) doporučují pacientům s kardiovaskulárními implantabilními elektronickými přístroji (CIED) alespoň jednou ročně kontaktní kontrolu kardiologem (Ricci et. al., 2008). Pokud je pacientův stav stabilní, může být home monitoring způsobem dalších kontrol, aniž by pacient musel vyhledat zdravotnické zařízení, a přesto je zajištěn optimální léčebný postup a efektivně využity prostředky zdravotní péče (Ricci et. al., 2008). Ošmera et al.

(2011) vnímá telemonitoring a kontroly na dálku jako pravděpodobný standard péče o pacienty s implantovanými kardiostimulátory, ICD (implantabilní kardioverter – defibrilátor) a systémy pro srdeční resynchronizační léčbu, neboť efektivně využívají zdroje, zajišťují větší bezpečnost a kvalitu života pro pacienty a současně snižují náklady na poskytovanou péči.

### 1. 1. 3. 2. 3 Radiofrekvenční katérová ablace

Podstatou katérové ablace je nevratné poškození nebo zničení anatomické oblasti srdce, která způsobuje a udržuje srdeční arytmii (Eisenberger et al., 2012). V současné době se nejvíce využívá radiofrekvenční energie (obr. 2) a jiné zdroje energie (laser, ultrazvuk aj.) se již používají sporadicky, zejména z výzkumných účelů. Jiným klinicky využívaným zdrojem ablační energie je mrazení (kryoenergie, kryodestrukce), zejména v podobě tzv. balónkových katétrů při elektrické izolaci plicních žil u pacientů s fibrilací síní.

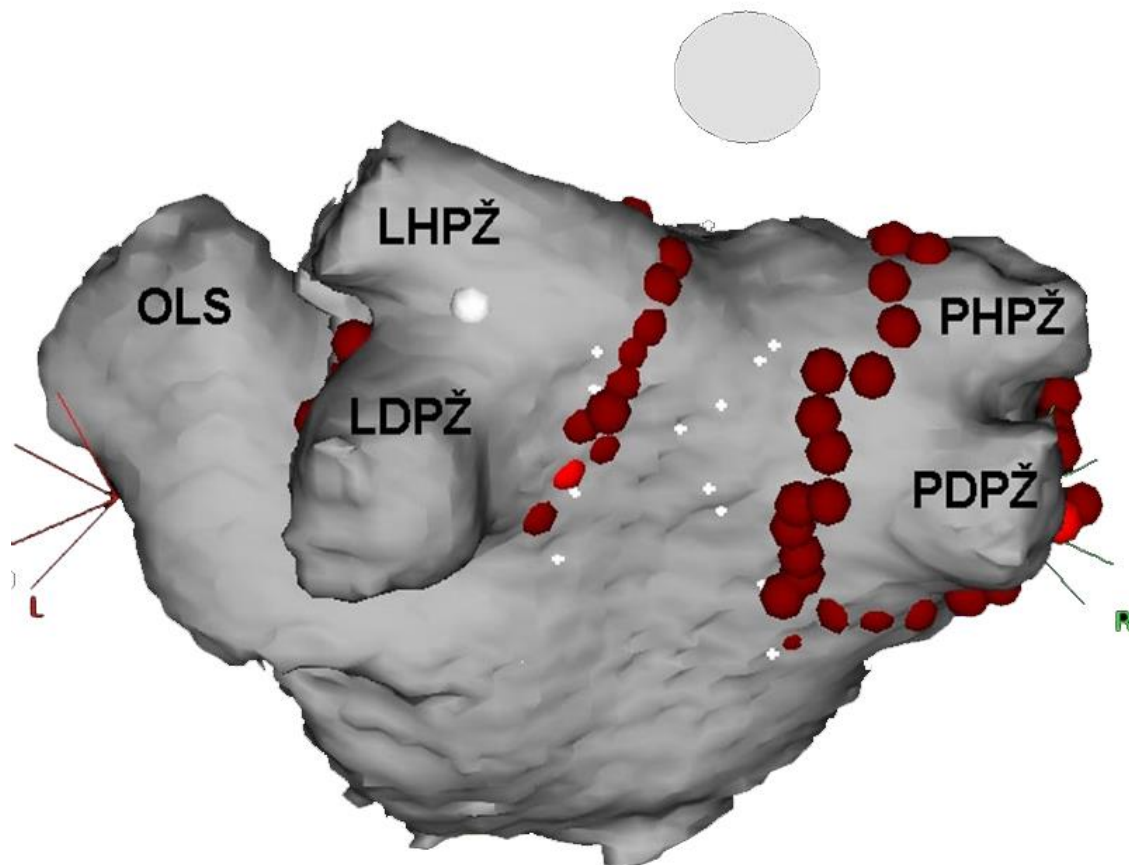


**Obr. 2 Radiofrekvenční ablace.** Schéma zapojení generátoru radiofrekvenčního proudu a vytvoření ablační léze. Pacient má, nejčastěji na zádech, umístěnou disperzní elektrodu. Díky ní a malé ploše hrotu ablačního katétru teče radiofrekvenční proud v místě dotyku

*katétru na myokard ve velmi vysoké hustotě a vzniká tak teplo. Vytvořené teplo proniká do hlubších vrstev, kde vzniká koagulační nekróza. Zdroj prof. Bulava (2017)*

Při radiofrekvenční katéetrové ablaci dochází při průchodu proudem hrotem katétru v místě, kde se katétr dotkne srdeční tkáně (endokardu) k vytvoření koagulační nekrózy, která se následně zhojí vazivem. Poloha katétrů je snímána skiaskopicky nebo tzv. trojrozměrnými elektroanatomickými systémy. Jestliže se radiofrekvenční energie aplikuje cíleně na místo, v němž vzniká arytmogenní základ, dojde k vyřazení aktivity tohoto základu a arytmie pomine (Bulava, 2017). Radiofrekvenční katéetrová ablace se v současnosti stala zavedenou léčebnou metodou pro symptomatické pacienty s fibrilací síní, u nichž selhala léčba antiarytmiky (Táborský et al., 2014).

Katetrizační ablace přináší pacientům významně vyšší šanci na odstranění arytmie a zlepšení jejich kvality života. U pacientů s paroxysmální formou fibrilace síní je základem metody katetrizační ablace izolace plicních žil (obr. 3). Úspěšnost takové ablace se dle Táborského et al. (2014) pohybuje okolo 60-80% po prvním výkonu, při opakování formu nebo dokonce dlouhodobě perzistující arytmií je potřeba rozšířit schéma lézí o další ablace (Táborský et al., 2014).



**Obr. 3 Izolace plicních žil.** Pohled na levou srdeční síň zezadu; patrné jsou cirkumferenční ablační léze kolem levo a pravostranných plicních žil (červené tečky). LHPŽ = levá horní plicní žíla, LDPŽ = levá dolní plicní žíla, PHPŽ = pravá horní plicní žíla, PDPŽ = pravá dolní plicní žíla, OLS = ouško levé síně. Zdroj: prof. Bulava (2018)

## 1. 2. Kvalita života

### 1. 2. 1 Vývoj pohledu na kvalitu života

Jak uvádí Hnilicová (2005), již ve 20. letech minulého století byl v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v podpoře sociálně nižších společenských vrstev zmiňován pojem „kvalita života“. Kvalitou života se rozuměla zejména a výhradně materiální životní úroveň určité společnosti. Koncem 30. let 20. století zavedl Thorndike pojem kvality života také do psychologie. Dragomirecká, Škoda (1997) uvádí, že se v 50. letech stala kvalita života politickým cílem v USA a až později se stala předmětem zájmu

lékařských věd. V období po 2. světové válce byla WHO nově formulována definice zdraví, což vedlo v rozvinutí diskuse o měřitelnosti tohoto „pojmu“. Hnilicová (2005) popisuje jako jednu ze společenských priorit v 60. letech v USA zlepšení kvality života, která nebyla hodnocena jen kvantitou spotřebovaného zboží (*how much*), ale především tím, jak se občanům za určitých podmínek žije. V 70. letech byl pojem kvalita života uchopen sociologií, kde od té doby slouží k odlišení podmínek života, jakými jsou materiální statky od vlastního životního pocitu lidí. Galloway (2006) zdůrazňuje, že klíčovým pro rozvoj ve výzkumu kvality života byl rok 1974, kdy Alex Michalos založil vědecký časopis *Social Indicators Research*. V 80. letech 20. století se začala kvalitou života velmi intenzivně zabývat sociální psychiatrie (Heřmanová, 2012). Kvalita života byla v té době vnímána a využívána především jako kritérium pro hodnocení životní úrovně obyvatelstva (Dragomirecká, Škoda, 1997). I v současné době je kvalita života posuzována převážně ze subjektivního pohledu respondentů, přičemž jsou hledány takové charakteristiky, které by změřily pocit štěstí a míru životní spokojenosti. Ale zůstávají také kvalitní a sofistikované analýzy zabývající se tematikou objektivní kvality života (Petrůj, 2008), a to především při porovnávání životních podmínek v obcích a městech či regionech. V současné době je zaznamenán velký vzestup vědeckých publikací na téma kvalita života, to dokládá i fakt, že v roce 1975 bylo v databázi MEDLINE registrováno jen 40 tematických prací, v roce 1999 jich pak bylo již více než 12 000 a v roce 2009 je v databázi více než 138 000 tematických prací (Gurková, 2011). Současné pojetí pojmu kvalita života bylo představeno na desátém evropském kongresu psychologie v Praze v roce 2007, kde jeho účastníci E. O'Leary a M. A. Garcia-Martin prezentovali holistický dynamický model kvality života, který zahrnuje čtyři základní hodnocené a hodnotitelné oblasti existence člověka ve společnosti. Jsou jimi kontext a zázemí, prostředí, osobnostní charakteristiky a zpracování informací a regulace. Dle autorů tohoto modelu má nejvýznamnější postavení oblast zpracování informací a regulace, neboť ta výrazným způsobem určuje a modifikuje konečnou podobu prožívání kvality života každého jedince. Na rozdíl od všech ostatních koncepcí kvality života tento model vyzdvihuje aktivitu jedince při zpracování veškerých vlivů v konkrétní situaci, zohledňuje objektivní vlivy prostředí osobností kvality a zkušenosti. Tím tento model poukazuje na dynamičnost, proměnlivost, individuálnost, sociální podmíněnost, ale i holistický charakter prožitku kvality života každého jedince (Heřmanová, 2012).

### ***1. 2. 2 Pohled společenských věd na problematiku kvality života***

Sociologové analyzují a srovnávají kvalitu života především z pohledu různých sociálních skupin a hledají její determinanty. Psychologové se oproti tomu zaměřují na subjektivní pohodu člověka a snaží se jí měřit. Odborná literatura vymezuje řadu definic „kvality života“. Na nejobecnější úrovni je kvalita života vnímána jako důsledek interakce mnoha faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které jsou v neustálé interakci.

Kvalitu života je nutné vnímat ve dvou rovinách – objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem, zatímco objektivní představuje splnění požadavků, týkajících se hmotných a sociálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví (Payne, 2005).

Gajdoš (2002, str. 349) zase chápe kvalitu života jako „komplex dimenzí lidského života a podmínek jejich dosahování“.

Halečka (2002) oponuje řadu definic kvality života názorem, že kvalita života jako taková neexistuje, a pojem nabývá významu pouze tenkrát, jestliže je určeno konkrétní prostředí, v němž je tato veličina hodnocena. Dle Halečky může být pojem kvality života používán pouze v konkrétním geografickém, kulturním nebo sociálním kontextu. Základem autorova výkladu je maximální zohlednění proměnlivosti významu pojmu kvalita života, která je podmíněna místem, časem, kulturou a někdy i politickým systémem.

Zvářiková (2007) charakterizuje kvalitu života (dle její terminologie „spokojenost se životem“) jako individuální hodnocení minulých a současných podmínek života a jako hodnocení a očekávání životní perspektivy. Na zkoumání kvality života pohlíží z deseti nejvýznamnějších oblastí – zdraví, práci a povolání, finanční stav, volný čas, manželství a partnerství, vztahy k vlastním dětem, spokojenost sám se sebou, sexualitu, přátele, známé a příbuzné a bydlení.

### ***1. 2. 3 Kvalita života a zdraví***

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice, které korespondují s výkladem zdraví WHO, kdy zdraví není definováno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické, a sociální pohody (Zdraví 2020). Kvalitou života je pak stav,

který jedinec vnímá s ohledem k hodnotovým systémům a kulturním zvykům a tradicím, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (Ustun, 1994). Dle současného pojetí WHO tedy není kvalita života součtem podmínek a zdravotního stavu, ale vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. Objektivní stránka kvality života, kterou lze srovnat se životní úrovní a fyzickým zdravím a subjektivně vnímanou kvalitou života, vyústí v stav očekávání, který je pro jedince určitou představou o optimálním (ideálním) životě. Kvalita života je ovlivněna omezeními, která člověk má ve svém životě. Hnilicová (2005) člení životní domény na bytí, které je souborem podstatných charakteristik člověka a skládá se ze tří složek – fyzického bytí (fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání a celkový vzhled), psychologického bytí (psychické zdraví, vnímání, sebeúcta, sebekontrola) a spirituální bytí (hodnoty, přesvědčení, víra). Přílnutí (belonging – napojení na vlastní prostředí), má také tři složky – fyzické přílnutí (k domovu, pracovišti, škole, komunitě), užší sociální přílnutí (rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé) a přílnutí k širšímu prostředí – komunitě, které představují pracovní příležitosti, adekvátní příjmy, možnosti vzdělávání a odpočinku, zdravotní a sociální péče. Realizace (becoming – dosahování osobních cílů, nadějí a inspirací) obsahuje možnosti praktického uplatnění (aktivity v domácnosti, volnočasové aktivity, odpočinkové aktivity, péče o vlastní zdraví a sociální začlenění).

Pojem kvalita života je cca od 70. let minulého století využíván i v medicíně, konkrétně ve vztahu k poskytovaným medicínským a zdravotnickým intervencím. Lékaře zajímá, jakou kvalitu života mají lidé s různými onemocněními nebo jaký dopad má jimi ordinovaná terapie na kvalitu života léčených. Těžiště zkoumání kvality života je dle Hnilicové (2005) ve zdravotnictví a v medicíně posunuto do oblasti fyzického a psychosomatického zdraví. „Kvalitu života ovlivněnou zdravím“ lze definovat jako subjektivní pocit životní pohody, ovlivněný nemocí, úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (Bech, 1987). Reálně to odpovídá skutečnosti, že v medicíně nejsou úspěchem/neúspěchem léčby pouze klinické ukazatele, ale i subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu jedince (míra soběstačnosti, hybnosti, bolesti, únavy, úzkosti, aj.). První skupinu pacientů, u kterých byla sledována kvalita života s ohledem na probíhající agresivní léčbu, byla skupina onkologicky nemocných, neboť vliv agresivní léčby na kvalitu života může být významnější než vlastní onemocnění.

Heřmanová (2012) vnímá zdraví jako významnou součást plnohodnotného života, přičemž podporou individuálního zdraví (fyzického i psychického) lze zvyšovat objektivně i subjektivně pocíťovanou kvalitu života, a to především ve smyslu pocíťu soběstačnosti, schopnosti pohybu a práce a nezávislosti na okolí.

#### ***1. 2. 4 Měřicí techniky kvality života***

Nástroje, kterými lze měřit kvalitu života, jsou různé. Jako neoptimálnější se jeví dotazníkové šetření. V současné době nejvyužívanější je dotazník SF 36, který je široce používaným nástrojem ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím. Dotazník byl navržen k použití v klinické praxi - screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu a monitorování kvality života specifických a obecných populací. Obecně je dotazník SF 36 citlivý ke všem zdravotním problémům fyzického charakteru a k celkovému duševnímu zdraví. Dotazník je použitelný ke zjištění kvality života u širokého spektra onemocnění např. pro schizofrenii, rakovinu prsu, deprese, astma, poruchy nálady a úzkostné stavy, syndrom karpálního tunelu a mnohé další (Petr, 2000). Dále se využívají specifické dotazníky pro konkrétní typ onemocnění, např. k měření kvality života pacientů s arytmií ASTA (Arrhythmia – Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmias). Tento dotazník je zaměřený na problémy při poruchách srdečního rytmu, přičemž sleduje příznaky specifické pro arytmiu a kvalitu života související se zdravím u pacientů s poruchami srdečního rytmu. Dotazník konstruovala Ulla Walfridsson (Linköping, Švédsko) a je členěn do tří částí. První zjišťuje, kdy měl respondent naposledy poruchu srdečního rytmu a zda užívá nějakou medikaci, druhá část zjišťuje specifické příznaky arytmiu u pacienta (např. dušnost, únava, točení hlavy, nepříjemné pocíťy na hrudi, neklid, slabost, aj.) a třetí část je zaměřena na změnu kvality života, každodenních činností v souvislosti s arytmií (např. snížení fyzického výkonu, schopnost soustředit se, omezení v aktivitách s přáteli, aj.). Specifický dotazník pro pacienty s fibrilací síní AFEQT (Atrial Fibrillation Effect on Quality of Life) hodnotí kvalitu života u pacientů s fibrilací síní na základě čtyř parametrů – příznaků, denních aktivit, léčby a spokojenosti s léčbou. (Aliot et al., 2014). Hodnocení kvality života dle nástroje EuroQoL-5Dimensions, představuje hodnocení obecné kvality života v pěti dimenzích – mobilitě, péče o sebe samu, běžných denních činnostech, bolesti (či nepohodě) a úzkosti. (Balestroni, Bertolotti, 2012). Pro



měření kvality života onkologicky nemocných je využíván dotazník EORTC QLQ-C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, obecný dotazník pro hodnocení kvality života). Pro hodnocení kvality života pacientů s psychiatrickým onemocněním byl validizován dotazník SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) (Zannotti, 1994). Zannotti pojímá kvalitu života jako veškeré vnímání spokojenosti nebo nespokojenosti v průběhu jeho života, kdy spokojenost z různých pohledů má také rozdílnou důležitost. Tento dotazník byl vytvořen M. Zannottim v roce 1992 a náleží k tzv. sebeposuzovacím dotazníkům. Je zaměřen na 23 oblastí, které identifikují vnější a vnitřní realitu běžného, každodenního života (Chrastina et al, 2014).

K pacientovi by však zdravotníci měli vždy přistupovat s ohledem k jeho zdravotním obtížím a potřebám, jejichž efektivní saturace je nejen měřítkem zdravotnickovy profesionality, ale také jeho hlavním příspěvkem ke zlepšení pacientovy kvality života (Sláma, 2005). V některých případech chronického onemocnění, kdy se projevy choroby prohlubují a aktivity pacientů se omezují, snižuje se i očekávání pacienta na úroveň, která může být dosažena i s onemocněním. Často se nemění hodnocení jednotlivých součástí kvality života, ale mění se jejich individuální význam.

Křivohlavý (2005) prezentuje Spitzerův systém vyjádření kvality života pacienta s využitím systému QoL (quality of life). Ten patří k hojně využívaným systémům hodnocení kvality života a dle W. O. Spitzera posuzuje kvalitu života ve stanovených kritériích: pracovní schopnost pacienta, fyzická nezávislost pacienta na okolí, ekonomická situace pacienta, způsob trávení volného času pacienta, intenzita bolesti, stav psychického vyrovnání – nálada, nepohodlí pacienta, informovanost o následcích nemoci, způsob komunikace s okolím, vztah pacienta s jeho rodinou, přáteli (primární sociální skupinou). Křivohlavý (2001) upozorňuje také na skutečnost, že přesto že každý způsob hodnocení kvality života pacienta podává informace o celkovém stavu pacienta, může přinést také rozdílný pohled na kvalitu života stejného jedince. Pokud je kvalita života hodnocena lékařem/zdravotníkem, pak se nemusí shodovat s hodnocením kvality života vlastního pacienta, neboť subjektivní rozměr vnímání vlastního života, může být pro pacienta významnější než objektivní kritéria hodnocení.

Heřmanová (2012) popisuje jako základní dotazník pro měření kvality života dotazník WHOQOL -100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), který byl

vytvořen na základě podnětu Sekce duševního zdraví WHO v roce 1991. Kromě tohoto základního dotazníku je v praxi používána i redukovaná verze WHOQOL- BREF a verze WHOQOL- OLD, pro jedince 65+. Dragomirecká (2006) specifikuje dotazníky - WHOQOL-100 - dotazník se sestává ze 100 položek. Dotazník WHOQOL-BREF sestává z 24 položek sdružených do 4 domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkem tedy 26 položek). Výběr položek byl proveden tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života. Znění položek bylo beze změn převzato z plné verze dotazníku. Všechny dotazníky umožňují hodnocení různých aspektů života (fyzické zdraví, úrovně závislosti, sociálních vztahů, prostředí, spirituality) i jejich prožívání a celkové spokojenosti s vlastním zdravím. Dragomirecká (2006) vyzdvihuje efektivitu hodnocení/měření s ohledem na diferenciaci osob s různým stupněm zdravotních potíží, možnost komparace mužů a žen i porovnání různých sociodemografických znaků. Celková spokojenost je zkoumána holisticky, lze je doplnit i dílčími dotazy na životní energii a spokojenost s tělesným vzhledem.

### ***1. 2. 5 Aplikace modelu kvality života u pacientů se srdeční arytmií***

Pacienti s tachyarytmií nejčastěji dle Chrobáka (2007) popisují klinické projevy tachyarytmie v obraze nepříjemných subjektivních pocitů. Obvykle si stěžují na palpítace, které mohou být provázeny i bolestí na hrudi a dušností, zvýšenou únavou, sníženou tolerancí zátěže, někdy vznikají presynkopy nebo i synkopy. Stejně tak bradyarytmie, projevující se bradykardií, může u pacientů způsobit slabost, nauzeu, pocity na omdlení, nepříjemné oční pocity („mžítka před očima“), vertigo. Pacienti popisují subjektivní pocit únavy, malátnosti, nevykonnosti, popř. dušnosti.

<b>BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka</b>	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
<b>PATŘÍT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím</b>	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
<b>REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace</b>	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: The quality of life model, University Toronto, Canada:

<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>; Heřmanová a kol. 2012

Osobní charakteristika jedince (**being**) je tedy (oproti stavu před onemocněním) změněna jak v oblasti *fyzického bytí* - vlivem nepříjemných subjektivních pocitů může být jedinec omezen při provádění běžné hygienické péče (riziko synkopy např. ve sprše, obava

z kolapsového stavu v koupelně a následný úraz). Fyzická zátěž při pohybu může jedinci způsobit dušnost, zvýšené vnímání palpitace a někdy popisované až bolestivé vnímání tachykardie. Pacienti s arytmií popisují nepříjemné vnímání rychlé (resp. nepravidelné) srdeční činnosti v noci před spánkem. Z tohoto důvodu mají sníženou kvalitu spánku, a proto může být ranní únava tímto ještě umocněna. Celkový vzhled člověka může být ovlivněn „tíhou“ obavy o vlastní zdraví a nepříjemným prožíváním subjektivních pocitů. Ještě výrazněji se subjektivní nepříjemné pocity odrážejí v *psychologickém bytí*, kdy si člověk uvědomuje dopady onemocnění na vlastní chování, jednání, prožívání. Pojetí sebeúcty při potencionálních kolapsových stavech a projevy nevykonnosti a únavy, mohou ovlivnit sebekontrolu a způsoby komunikace s okolím, neboť obava o vlastní zdraví a život může změnit jeho chování a jednání. V rámci *spirituálního bytí* si pacient s arytmií utřídí osobní hodnoty tak, že vyhodnotí životní priority i možnosti, respektive limity, které mu nově přináší vlastní onemocnění. Přestože arytmie fyzicky neomezuje člověka v rozsahu pohybu, tak jako např. onemocnění pohybového aparátu, nepříjemné subjektivní pocity v něm vyvolávají obavu, strach z vlastního selhání.

Také pacient s arytmií má náležet do určitého prostředí, společenství, komunity (**belonging**). Vlivem arytmie může být však především *fyzické napojení* změněno. A to především v oblasti pracovního společenství. Snížená fyzická výkonnost, potencionální kolapsové stavy, únava, malátnost (Chrobák 2007) nebo dušnost mohou vyvolat potřebu změny pracovní schopnosti a způsobilosti (zákon 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění). Jedinec je na základě pracovnělékařského posudku nucen změnit své pracovní zařazení. S tím může souviset i změna *sociálního napojení*, neboť přichází do jiného pracovního kolektivu, má nejen jinou náplň práce, ale i jiné spolupracovníky, nové pracovní vztahy. Mnohdy má změna pracovního zařazení i finanční dopad (*komunitní napojení*), ekonomická situace domácnosti pacienta s arytmií se mění. Někteří pacienti jsou částečně nebo i plně invalidizovaní a jejich sociální status je zcela změněn.

Nejvyšší hodnotou vnímání kvality vlastního života je možnost vlastní seberealizace (**becoming**). Vzhledem k subjektivně vnímaným negativním pocitům při arytmií může být právě tento vrchol v dosahování osobních cílů velmi potlačen. *Praktická realizace* je u pacienta se srdeční arytmií narušena především v ohledu domácích aktivit, které jsou vlivem únavy, potencionálních kolapsových stavů a dušnosti (Chrobák 2007) omezeny. Kitzlerová, Anders (2010) popisují vliv psychosociálních faktorů na vznik

kardiovaskulárních onemocnění a možnosti behaviorální kardiologie v úpravě životního stylu. Takovým způsobem lze realizovat vlastní volnočasové relaxační a regenerační techniky k redukci stresu (*volnočasová realizace*). V rámci *růstové realizace* je pro pacienta s arytmií nejdůležitější adaptovat se na změněné okolnosti – na změnu fyzické aktivity a její dopad na změnu pracovního zařazení, resp. na změnu ekonomické situace domácnosti, na změnu pracovní společnosti, na změnu volnočasových aktivit, na změnu vnímání vlastního zdraví.

### **1. 3. Ošetrovatelská péče o pacienta se srdeční arytmií dle koncepčního rámce Imogene Kingové**

Při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s arytmií je zapotřebí vnímat pacienta jako celek, tzn. holistickým pohledem, díky němuž je zajištěno poskytování specifické individualizované péče (Mastiliaková, 1999). Během plánování a poskytování péče v moderním ošetrovatelství se vychází z konkrétního koncepčního modelu, který přináší ucelený rámec možností poskytování ošetrovatelské péče, kdy péče je systematicky plánována a revidována s ohledem na saturaci individuálních potřeb pacienta (Archalousová, 2003). Dle Tóthové (2017) aplikace koncepčních modelů do praxe umožní sestřám reagovat na touhu veřejnosti po kvalitní zdravotní péči. Všechny činnosti ošetrovatelského personálu tedy vedou k zajištění nebo alespoň ke zlepšení kvality života pacientů.

Poskytování specifické ošetrovatelské péče v kardiologii (konkrétně u pacientů s arytmií) je možné plánovat dle stanoveného rámce, který nám přináší model Imogene Kingové. Tento model umožní vnímat charakter projevů kardiovaskulárních onemocnění, umožní vnímat a chápat subjektivní prožívání nemoci konkrétně i u srdečních arytmií a plánovaná ošetrovatelská péče tak může účinněji směřovat ke zlepšení kvality života pacientů.

Kingová představila v roce 1968 koncepční rámec, založený na vnímání, komunikaci, mezilidských vztazích, zdraví a sociálních institucích (King, 1968). Ve své publikaci (King, 1971) uvádí, že cílem vytvoření rámce bylo řešit podstatu ošetrovatelství a pokročit směrem k všeobecné systémové teorii ošetrovatelství. Kingová byla přesvědčena, že hlavním cílem ošetrovatelství je dosažení, udržení nebo navrácení zdraví,

kteřé dovoluje pacientům plnit jejich společenskou roli (King, 1997). Sedláková (2010) uvádí, že vznikající model byl utvářen v souladu s předpokladem, že dosažení cíle pacienta je možné prostřednictvím interakčních systémů, jejichž základem je vztah mezi pacientem a sestrou.

### **Východiska vzniku modelu**

Rozvoj moderního ošetrovatelství se začleněním novodobých technických přístrojů a postupů, vedly Imogene Kingovou k zamyšlení se nad vytvořením nového koncepčního modelu, založeného na otevřených systémech (Fawcett, 2001). V roce 1968 Kingová představila koncepční systém, založený na vnímání, komunikaci, mezilidských vztazích, zdraví a sociálních institucích (Fitzpatrick, Whall, 2005). Tento systém vycházel z její bohaté klinické zkušenosti, z teoretických pramenů a z výsledků výzkumných šetření (George, 2011). Jak uvádí Fawcett (2001) nemalý vliv na Kingovou měl i tzv. antiteoretický vliv v ošetrovatelství, který byl základem pro vznik ošetrovatelských teorií založených na praktických technikách. V předmluvě k dílu *Toward a Theory for Nursing* (1971) Kingová jasně uvádí, že původní rámec rozšířila a propracovala a následně předkládá koncepční rámec prostřednictvím spojení koncepcí zásadních pro pochopení ošetrovatelství jako významného systému v rámci systémů zdravotní péče. Kingová podporuje rozvoj koncepcí a uplatnění znalostí v ošetrovatelství a představuje jednu strategii pro budování teorie tím, že předkládá teorii dosahování cílů odvozenou od koncepčního rámce (King, 1971).

Cílem Kingové bylo, jak uvádí Lane-Tillerson (2007), úzké propojení teorie a praxe ošetrovatelství, aplikace teoretických východisek do klinického ošetrovatelství. Dle Parkera (2006) Kingová byla přesvědčena, že hlavním cílem ošetrovatelství je dosažení, udržení nebo navrácení zdraví, které dovoluje pacientům plnit jejich společenskou roli. Sedláková (2010) konstatuje, že vznikající model byl utvářen v souladu s předpokladem, že dosažení cíle pacienta je možné prostřednictvím interakčních systémů, jejichž základem je vztah mezi pacientem a sestrou. V dosažení cíli je důležitý význam má interakce, vnímání, komunikace, transakce, role, stres, rozvoj a vývoj, čas a osobní prostor (Yoost, Crawford, 2016). Člověk je dle Kingové (2008) součástí tří dynamických a navzájem navazujících se systémů – osobnostního, interpersonálního a sociálního.

Šubrt (2001) popisuje, že systém je vnitřně diferencovaným, strukturovaným celkem a jeho struktura se vyznačuje stabilitou, opakovatelností a homogenitou. Strukturu společenského systému můžeme vnímat jako provázanost vztahů mezi účastníky začleněnými v interpersonálních procesech a tato provázanost je utvářena ze sociálních rolí, institucionálních norem a hodnot (Šubrt, 2001). Jestliže je zachována struktura, zůstává tedy zachován celý systém.

Mezi hlavní pojmy modelu patří: interakční systémy, interpersonální vztahy, proces akce, reakce, interakce, transakce (McKenna, Pajnkihar, Murphy, 2014). Silva a Ferreira (2016) uvádí, že v modelu Kingové klient/pacient je vnímán v interakci tří na sebe navazujících dynamických systémů: osobnostního, interpersonálního a sociálního. Předpokladem uspokojení potřeb a dosažení zdraví je využívání informací o systémech v interakčním procesu mezi sestrou a klientem“ (Archalousová, Slezáková, 2005, s. 54).

Sieloff Evans uvádí (1991), že interakční proces je základem nově vytvořeného modelu, v němž sestra společně s pacientem zpracovává informace, efektivně s ním komunikuje, což vede k činnostem, které za předpokladu, že nedojde k narušení, spustí vlnu reakcí. Sestra společně s pacientem vymezí cíle a určí způsoby k jejich dosažení (Sedláková, 2010).

### ***1. 3. 1 Hlavní koncepce modelu Imogene Kingové***

Základem poskytování ošetrovatelské péče v 21. století je přijetí změny vnímání pacienta a postavení a sestry v hierarchii zdravotnického týmu.

Sestra sama musí změnit pohled na ošetrovatelství jako rozvíjející se moderní vědní disciplínu a přijmout a pochopit podstatu ošetrovatelství. Ošetrovatelství je profesním oborem, jehož podstatou je získání odborných znalostí a dovedností, které se následně uplatňují v praxi. Torres (1985) uvádí, že tyto znalosti jsou vystihovány v podobě koncepcí a teorií, především v oblasti společenských věd. Teorie a koncepce jsou neodmyslitelnou základnou praxe, neboť koncepce je nositelem myšlenek utříděných do představ, které mohou být abstraktní nebo více konkrétní (Torres, 1985). Pro ošetrovatelství jsou charakteristické čtyři metaparadigmatické koncepce – člověk, zdraví, prostředí a ošetrovatelská činnost (Farkašová, 2006). „Středobodem ošetrovatelství je

interakce lidských bytostí s prostředím, která vede ke stavu zdraví pro jednotlivce, což je schopnost fungovat v sociálních rolích“ (King, 1981, str. 143). Kerlinger (1972) považuje teorie za soubor navzájem souvisejících koncepcí, které utváří ucelený pohled na daný jev a její smyslem je v zásadě charakterizovat, popisovat, objasňovat, sledovat a revidovat události. Teorie ošetřovatelství skutečně popisují a vysvětlují vztahy mezi jednotlivými koncepcemi - stav člověka vzhledem k prostředí a zdraví. I Kingová ve svém koncepčním systému popisuje základní paradigmatické koncepce, jejichž pochopení dle pojetí Kingové jsou důležité pro pochopení jejího koncepčního systému (Fawcett J. 2017).

King ve své publikaci (1981) *osoby* definuje jako osobní systémy a jejich vlastnosti se nacházejí ve filozofických předpokladech koncepčních systémů. Osobu označuje (King, 1971) i jako bytost, která je racionální, sociální, kontrolující, vnímaná, cílevědomá a orientovaná časem i prostorem. Jedinec je personální systém, který se vyskytuje v sociálním systému a je v neustálé interakci s interpersonálními systémy a sociálním prostorem, kterým je rámcem vztahu pacient – sestra (King, 1981).

Každý jedinec má dle Sedlákové (2010) potřebu informací o svém zdraví, které je pro něho v konkrétním čase důležité a je schopen s těmito informacemi dále pracovat a zohlednit je ve svém chování. Další potřebou jedince jak Sedláková uvádí (2010) je péče zaměřená na prevenci nemocí, neboť jen stav bez přítomnosti nemoci může z pohledu pacienta přispět k jeho efektivnímu životu. Poslední definovanou potřebou je přijímání péče od druhých v době, kdy si ji není schopen poskytnout sám (Sedláková, 2010).

Fitzpatrick a Whall (2005) uvádí, že zdraví je zásadní koncepcí a pro ošetřovatelství je jasně identifikováno jako cíl. Kingová (1981) *zdraví* definuje jako dynamický stav v průběhu života, který zahrnuje adaptaci jedince na vnější a vnitřní faktory prostředí za využití vlastních zdrojů a prostředků. Cílem je dosažení maximálního potenciálu v aktivitách běžného denního života (Plevová, 2006). Zdraví je výsledkem funkcí interakcí sester, pacientů, lékařů a rodin (Frey, Sieloff, Norris, 2002).

Zdraví má různé významy v životě jednotlivce a je ovlivňováno jak negativními, tak i pozitivními zkušenostmi z minulosti, a ne malý vliv na vytvoření těchto významů má i životní úroveň, akutní a chronické choroby a v neposlední řadě i celková citlivost jedince (Messmer, P.R. 2006). Dle Kingové (2006) ukazatele zdraví by měly zahrnovat vývojové procesy a atributy, které jsou důležité pro fungování v rolích. Sieloff Evans, (1991)



naznačuje, i když je koncepce zdraví definována pro individuální nebo osobní systém, může být použita i na interpersonální a sociální systémy.

Dle Kingové (1971) je pro sestru důležité pochopit, jakým způsobem ovlivňuje pacienta *prostředí*, jaká je vzájemná interakce a jakým způsobem prostředí determinuje ochranu zdraví. Její pohled na prostředí je odvozen od teorie obecných systémů a poukazuje na to, že systémy mají vnitřní i vnější prostředí, jejichž prostřednictvím probíhá výměna energie, hmoty a informací (Fitzpatrick, Whall, 2005).

Poslední paradigmatickou koncepcí *ošetřovatelství a ošetřovatelské činnosti* Kingová (1981 s. 144) definuje jako „proces lidských interakcí mezi sestrou a pacientem, přičemž každý vnímá toho druhého i danou situaci, prostřednictvím komunikace stanovují cíle, zkoumají prostředky a ujednávají prostředky k dosahování cílů“. Kingová zdůrazňuje (1971, 1981, 1990) že středobodem ošetřovatelství je tedy péče o lidské bytosti v oblasti podpory zdraví, zachování nebo obnovení zdraví, péče o nemocné i umírající a k dosažení cílů v těchto oblastech jsou využívány strategie jako vyučování, podpora, poradenství, vedení a motivování.

### ***1. 3. 2 Systémové pojetí modelu Imogene Kingové***

Kingová rozděluje systém v ošetřovatelství na osobnostní podsystém, interpersonální podsystém a sociální podsystém (Jarošová, 2002). Podle druhu podsystému je také nutno zvolit prostředky a metody vědeckého poznání v ošetřovatelství (Alligood, 2014). Fawcett (2017) uvádí, že u osobnostního systému je důležitá metodologie z oblasti biologie, psychologie a antropologie, u interpersonálního a sociálního podsystému je použitelný sociologický výzkum, který se zaměřuje na vzájemné chování jedinců.

#### ***1. 3. 2. 1 Osobnostní systém***

Osobnostní systém je tvořen komplexním souborem vlastností, kterými osoba vnímá, myslí, rozumí, představuje si, rozhoduje se, stanovuje si cíle a způsoby jejich dosažení (Alligood, May, 2000). Osobnostní systém se dle Pavlíkové (2006) skládá z vnímání sebe samého, které je předpokladem k získání informací o sobě samém, o vlastních potřebách. Dále Pavlíková (2006) uvádí, že každý jedinec si musí uvědomit svůj vlastní zdravotní

stav, potřebu vlastního růstu a rozvoje osobnosti, vzhledu těla, vnímání času a prostoru. Osobnostní růst se může s vývojem a zráním jedince vyvíjet a měnit (Alligood, Tomey, 2010).

Kingová (1971) vnímání označuje za hlavní koncepci osobnostního systému a zahrnuje komplex pocitů, postojů, myšlenek i hodnot senzitivního jedince. Vnímání sebe samého (percepce) je orientované na současné a subjektivní prostředí člověka, na subjektivní hodnocení a transformaci informací získaných smysly a zpracovaných pamětí (Pavlíková, 2006). Alligood a Tomey (2006) uvádí, že chování je percepcí významně ovlivňováno; percepce je výsledkem interakce jedince a prostředí. Dle Kingové (1971) je vnímání univerzální, neboť je umožněno všem, je subjektivní a pro každého jedince selektivní, neboť jakákoli situace je každým zúčastněným prožívána individuálně, jedinečně, nepřenositelně.

Vnímání je stav prožívání v přítomnosti, jedinečnosti, neopakovatelnosti. Kingová charakterizuje vnímání jako transakci, kdy jednotlivci jsou aktivními účastníky situace a jejich účastí může být ovlivněna jejich identita (Sieloff Evans, 1991). Vnímání není dle Kingové (1981) statický stav, ale proces, díky němuž jsou informace přijímány prostřednictvím smyslů, dále jsou organizována, vykládána i transformována a tím je dosažena optimální interakce jedince a prostředí.

Například při palpitaci, jako jednom z charakteristických subjektivních pocitů u pacientů s arytmií (Chrobák, 2007), je vlastní vnímání sebe sama ovlivněno tímto nepříjemným subjektivním pocitem. Pacient může velmi intenzivně vnímat frekvenci a pravidelnost/nepřavidelnost své srdeční akce (Sovová, 2004), a z toho pramenící obavu o vlastní život. Pacienti popisují takový stav, jako permanentní obavu ze srdeční zástavy.

Při charakteristice vlastního „já“, „ega“ Kingová akceptuje definici, kterou uvádí Jersild, kdy „já“ je kombinací myšlenek a pocitů, které tvoří uvědomění jedince o jeho individuálním bytí, jeho pojetí o tom, kým a čím je (Alligood a Tomey, 2006). „Já“ je celkovým souhrnem všeho, co je pro jedince „vlastní, své“, dále zahrnuje také systém představ, postojů a životních hodnot, představuje komplexní subjektivní prostředí člověka, jeho vlastní „vnitřní svět“, který je nedotknutelný vnějším světem, tvořeným předměty a ostatními lidmi (Jersild, 1952 in King, 1981).

Jedním z projevů srdeční arytmie může být dušnost, kolapsové stavy, únava, malátnost, snížená fyzická výkonnost a vertigo (Chrobák, 2007). Všechny tyto stavy mohou ovlivnit vnímání sebe sama. Mohou změnit vlastní postoj k sobě samému, vyvolat pocity méněcennosti a nedůstojnosti, změnit vlastní životní postoje a hierarchii hodnot (King, 1994). Obava z vlastního „selhání“ může navodit stavy uzavřenosti vůči okolí.

Růst a rozvoj zahrnuje procesy změn v organismu (na úrovni molekul, buněk, tkání) i změn chování jedince, čímž dochází k změně jedincova „ega“ a tato změna obvykle probíhá uspořádaným způsobem, má předvídatelný směr, ale může dojít k individuální odchylce (King, 1981). Růst a rozvoj je možno definovat jako procesy v životě člověka, jejichž prostřednictvím směřují k realizaci vlastního já (Fitzpatrick, Whall, 2005).

Vzhledem k přítomnosti srdeční arytmie obvykle až v produktivním a seniorském věku, neovlivňuje toto onemocnění tento aspekt.

Dle Pavlíkové (2006) je obraz těla charakterizován jako vnímání vlastního těla. Parker (2006) uvádí, že tento vjem je subjektivní, dynamický, získaný nebo naučený a je modifikovaný v souvislosti s růstem a rozvojem. Dle Kingové (1981) obraz těla je formován jednak vnímáním vlastního těla samotným jedincem a jednak reakcemi okolí na jeho vzhled.

Vnímání vlastního obrazu těla u pacientů se srdeční arytmií může být ovlivněno dušností, která je pro okolí zjevná (klidová, námahová), a která manifestuje zdravotní obtíže (Češka, 2010).

Z tohoto důvodu má pacient se srdeční arytmií nepříjemné pocity, že okolí ví o jeho nemoci a mění pohled na něho.

Prostor je založený na individuální percepci a je daný chováním jedinců i jejich geografickým rozmístěním (Pavlíková, 2006). Prostor je dle Kingové (1981) univerzální, neboť každý člověk o něm má konkrétní představu a může být vnímán také jako prostor času, založený na vnímání situace jednotlivcem. Její definice zahrnuje i to, že prostor existuje ve všech směrech, je všude stejný a je definován fyzickou plochou známou jako „území“ a chováním těch, kteří ho obývají (Basavanthappa, 2007).

Čas je jedinečnou individuální zkušeností, je univerzální, přirozený v procesu bytí, nevratný, neboť se pohybuje od minulosti do budoucnosti s nepřetržitým tokem událostí

(Basavanthappa, 2007). V ošetrovateľskej péči je zohľadňovaný predovšetkým biologický a psychický čas (Butts, Rich, 2015). Vnímání času je najčastejšie ovplyvňované vekom, pozíci, vzdeláním, sociálnymi rolami, hodnotami a postojmi. (Pavlíková, 2006). Kingová (2007) definuje čas ako obdobie medzi jednou a ďalšou udalosťou, ktorou každá ľudská bytosť jedinečne prežíva, pričom každá udalosť sa nejakým spôsobom váže v iné, ďalšie udalosť.

### **1. 3. 2. 2 Interpersonálny systém**

Interpersonálne systémy sa vytvárajú z vzájomného kontaktu osobných systémov, môžu byť tvorené z dvoch jedincov, napríklad sestrou a pacientom, z troch jednotlivcov či malou skupinou (Killeen, King, 2007). Tento systém sa dle Jarošovej (2002) primárne týka komunikácie a interakcie. Ďaký komunikáciou si jedinci môžu stanoviť spoločné ciele a snažiť sa ich dosiahnuť (Peterson, Bredow, 2013). McKenna a Slevin (2008) ešte uvádzajú, že komunikácia je i nástrojom shody spôsobu dosiahnutia týchto cieľov. Kingová prináša do ošetrovateľstva pojem transakcie, čo predstavuje práve proces interakcií, v ktorých jedinci komunikujú s prostredím a osobami tak, aby dosiahli spoločných cieľov (Khowaja, 2006). Jedná sa o rozhovory ľudí, orientované na dosiahnutie cieľov (Sedláková, 2010). Základné pojmy, ktoré charakterizujú interpersonálny systém dle Kingovej, sú interakcie, komunikácia, transakcie, role (rodinná, profesná, spoločenská) a stres (Basavanthappa, 2007). Interakcia je realizovaná prostredníctvom komunikácie (Giddens, 2003). Hodnoty, mechanizmy utvárania medziľudských vzťahov, individuálne prežívanie, dynamika procesu, neopakovateľnosť, vzájomnosť, to všetko sú vlastnosti efektívnej interakcie (Meleis, 2012). Dle Kingovej (1981) sú interakcie definované ako pozorovateľné správanie dvoch alebo viacerých osôb vo vzájomnej prítomnosti.

Komunikácia, ktorá má svoje náležitosti (Zacharová, 2016), zprostredkovaná základným sociálnym procesom, ktorý rozvíja a udržuje medziľudské vzťahy a umožňuje formovanie efektívneho fungovania ľudských skupín a spoločností. Dle Kingovej (1981, s. 69) „komunikácia je spracovávanie informácií, zmena informácií z jedného stavu do druhého“. Basavanthappa (2007) uvádza charakter komunikácie ako verbálnu, neverbálnu, situačnú, vnímateľnú, transakčnú, nevratnú alebo postupujúcu v čase dopredu. Upozorňuje na dôležité aspekty neverbálnej komunikácie, t.j. na dotyk, vzdialenosť, drženie tela, výraz obličejov, fyzický vzhľad a pohyby tela (Basavanthappa, 2007).

Role představuje vzájemnost, kde jedinec může být jak příjemcem, tak odevzdávajícím mezi jedinci (Pavlíková, 2006). Role v sociologickém výkladu prezentuje očekávaný druh chování (Keller, 2005). Dle Kingové (1981) role také představuje vztah dvou nebo více osob, které jsou v dané situaci ve vzájemné účelné interakci. Ve své publikaci dále role charakterizuje jako „soubor chování očekávaných od člověka, když zaujímá určité postavení v sociálním systému“ (King, 1981, s. 93). Sestra ve své roli vstupuje do interakce s jedním nebo několika osobami v průběhu poskytování ošetrovatelské péče a vykonává ošetrovatelské činnosti (dovednosti s využitím odborných znalostí i vlastních postojů), které vedou k dosažení stanovených cílů (George, 2011). Plevová (2011) uvádí, že sestra by v procesu rozhodování měla brát do úvahy jednotlivé role pacienta (matka, manželka, zaměstnanec), neboť nemoc rozdílné problémy může vyvolat v jednotlivých rolích.

Stres je stav fyzického a psychického napětí, které omezuje rozvoj i ohrožuje zdraví a bývá indukován konflikty, které vznikají v mezilidských vztazích (Reed, Crawford Shearer, 2009). Stres může mít na jedince dle Kingové pozitivní i negativní vliv; může jej vést k maximálnímu výkonu nebo jej posouvat pod své schopnosti (Messmer, 2006). Kingová (1981, s. 98) stres charakterizuje jako „dynamický stav, kdy lidská bytost vstupuje do interakce s prostředím za účelem udržení rovnováhy pro růst, vývoj a výkon, jehož součástí je výměna energií a informací mezi člověkem a prostředím za účelem regulace a kontroly stresorů“. Pozitivní vliv na snížení stresu může mít transakce. Ty jsou pro tento koncepční rámec odvozeny od poznání a vnímání a nikoli od transakční analýzy (King, 1981). Transakce jsou jedinečné, neboť každý člověk má svůj vlastní „osobní svět“ založený na vlastním vnímání a prožívání v určitém časovém a prostorovém rozměru (George, 2011). Kingová (1981, s. 82) definuje transakce jako proces interakce, v němž lidé komunikují s prostředím za účelem dosahování vysoce hodnotných cílů.

### ***1. 3. 2. 3 Sociální systém***

Sociální systém vzniká spojením interpersonálních systémů a vytváří se interakcí mezi většími skupinami lidí (George, 2011). Dále George (2011) uvádí, že tento systém je utříděn tak, aby jedinec našel své místo a pochopil smysl denních aktivit při udržování a podpoře zdraví i očekávaného štěstí. Sociální systém je dle Sedlákové (2010)

charakterizován jako organizovaný systém sociálních úkolů, dovedností a schopností, vytvořených k udržování hodnot a mechanismů tak, aby reguloval zkušenosti a úkoly. Příkladem sociálních systémů jsou rodiny, náboženské skupiny, vzdělávací instituce, pracovní organizace a skupiny (Fawcett J. 2017). Právě komunity, lokality, pracoviště, nemocnice a další instituce patří k sociálním systémům, kterým Kingová (1981) věnuje výraznou pozornost. V organizacích je zásadní vnímat čtyři kritéria, která Kingová (1981) ve své publikaci uvádí následovně: v první řadě se jedná o uznávání lidských hodnot, které nastavují vzorce chování a potřeb k dosažení stanovených cílů a očekávání; každé prostředí musí mít vlastní materiální zabezpečení a potenciál lidských zdrojů, v němž právě zaměstnavatelé i zaměstnanci (nebo rodiče a děti) tvoří kompaktní skupinu; v každé skupině probíhá kontinuální interakce, která je zárukou dosahování stanovených cílů; v neposlední řadě je potřebná technologická podpora, která usnadní dosažení stanovených cílů. Dle Kingové (1981) jsou všechny organizace tvořeny jedinci, kteří mají stanovené role a postavení a kteří díky zevním zdrojům naplňují vlastní stanovené cíle i celé stanovené organizací.

Základem sociálního života v každém z těchto prostředí je autorita a pravomoci, které jsou rozhodující při plánování a poskytování ošetrovatelské péče (Jarošová, 2002). Alligood (2014) uvádí, že každá autorita je dle Kingové charakteristická tím, jak je řízená a odpovědná za vykonanou činnost; autorita je v podstatě transakčním procesem, v němž jsou aktivní reciproční vztahy, v nichž hodnoty, původ a vnímání jednotlivých členů představuje zásadní význam. S autoritou bezprostředně souvisí také status, který může být proměnlivý a určuje postavení jedince ve skupině nebo skupiny ve vztahu k jiným skupinám (Basavanthappa, 2007). Pravomoci jsou dle Kingové (1981) podstatné v organizaci, v níž za dané situace a se zdroji k tomu určenými, může díky svým možnostem autorita dosáhnout vytyčených cílů. Meleis (2012) naznačuje, že Kingová, stejně tak jako organizaci, označuje pravomoc jako proces, v němž je jedinec nebo více jedinců schopno dosáhnout cíle – je to tedy sociální síla, která organizuje a udržuje společnost. V rámci pravomoci je klíčové důležité zvládnout také proces rozhodování, které je individuální vzhledem k situaci, možnostem a potřebám a které je procesem pro záměrný výběr vnímaných možností za účelem zodpovězení otázek a dosažení cíle (George B. J. 2011).

### ***1. 3. 3 Ošetrovatelský model aplikovaný u pacienta se srdeční arytmií***

Vzhledem k popisovaným charakteristickým subjektivním příznakům arytmiie (zvýšené napětí, strach, dušnost, palpitace, zvýšená únava, slabost, snížená fyzická zdatnost, pocit na omdlení (presynkopa, synkopa), únava, malátnost) (Sovová, 2004), lze obecně popisovat jednotlivé systémy.

#### Osobností systém:

- Vnímání zdravotního stavu

Pacienti se srdeční arytmií si uvědomují svůj vlastní zdravotní stav. O možnostech léčby (konzervativní, operační) jsou informováni. Jsou seznámeni s možnými riziky a komplikacemi stavu a léčby, s režimovými omezeními a doporučeními. Srozumitelně jsou informováni o farmakoterapii a nutnosti dodržování doporučených postupů (Čihák et al, 2011; Táborský, 2013). Vzhledem k výše uvedeným subjektivním pocitům popisují pacienti se srdeční arytmií obavu o vlastní život; nepříjemné palpitace a vnímání nepravidelné srdeční akce v nich vyvolává pocit tísně a strachu ze srdeční zástavy. Léčbu obvykle dodržují, se zdravotnickým personálem spolupracují. Pacienti se srdeční arytmií obvykle vnímají svůj zdravotní stav jako přechodnou indispozici a věří v úpravu zdravotního stavu a návrat k běžnému dennímu režimu bez výrazných omezení. Věří, že budou moci žít kvalitní život. Předpokládají, že léčba bude účinná, trvalá a bez komplikací.

- Růst a rozvoj osobnosti

Pacienti se srdeční arytmií si uvědomují, že včasnost detekce změny srdečního rytmu je rozhodující pro účinnost léčby. Pravidelně si monitorují krevní tlak a akci srdeční, jsou seznámeni s principy zdravého životního stylu, včetně dodržování přiměřených pohybových aktivit (Čihák et al, 2011), minimalizace stresu. Pacienti mají informace o podstatě onemocnění i možných komplikacích.

- Vzhled těla

Pacienti se srdeční arytmií jsou informováni o vhodnosti zdravé a přiměřené výživy (prevence obezity). Při běžném pohledu na pacienta se srdeční arytmií, není objektivně

vizuálně onemocnění zjevné. Může být přítomná dušnost pacienta (která však může mít i jinou příčinu), může být zjevný třes a neklid, které ale také nemusí bezprostředně souviset se srdeční arytmií. V případě, že pacient pocítuje presynkopatické příznaky (mžítka před očima, vertigo,...), je poučen o změně polohy tak, aby nedošlo k pádu a úrazu.

- Vnímání času a prostoru:

Obvykle jsou pacienti se srdeční arytmií v produktivním věku, a pokud nejsou z důvodu onemocnění hospitalizováni, pak tráví svůj čas v rodině, zaměstnání. Někdy pocítují zvýšenou fyzickou únavu a dušnost a uvědomují si potřebu efektivního plánování a rozvržení fyzické práce. Pacienti se srdeční arytmií, kteří jsou již v důchodovém věku a nechodí pravidelně do zaměstnání, si organizují svůj čas obvykle dle aktuálních zdravotních možností, podle vlastního pocitu zdravotní schopnosti. Pokud vnímají pocity „nepohody“, pak buď vyhledají lékaře, nebo zůstávají v klidovém režimu doma, bez vyšší fyzické aktivity. Podle úpravy zdravotního stavu se buď vrací k běžným denním aktivitám, nebo vyhledají zdravotnickou pomoc.

### Interpersonální systém

Kontakt lze obvykle s pacienty se srdeční arytmií navázat stejně, jako s pacienty s jiným srdečním onemocněním. Záleží na individuální osobnostní charakteristice každého pacienta, na jejich schopnosti navázat vztahy (Adib- Hajbaghery, Tahmouresi, 2018) a komunikovat ve změněných podmínkách (zdravotní stav, subjektivní pocity vnímání nemoci, změna prostředí, obava o vlastní život, obava o změnu sociální role – profesní, společenské, obava o změnu ekonomické situace vlivem hospitalizace, invalidizace,...).

- Interakce

S pacientem s arytmií lze obvykle díky individuálnímu přístupu navázat kvalitní kontakt. Pochopitelně závisí například na temperamentu, kdy každý z typů temperamentu naváže v průběhu onemocnění se zdravotnickým personálem kontakt jinak. Plháková (2007) charakterizuje sangvinika jako stabilního jedince s přiměřenou reaktivitou. Na sdělenou diagnózu – srdeční arytmiie, reaguje úměrně subjektivním pocitem a sděleným objektivním informacím. Sangvinik (Křivohlavý, 2009) je spíše přizpůsobivý a emočně



vyrovnaný. Vzhledem k tomu, že srdeční arytmie je ovlivnitelná i psychickým stavem jedince (Sovová, 2004) je osobnost sangvinika s jeho optimisticky laděnou náladou příkladem úspěšně navázaného kontaktu, kdy pacient obvykle bez obav vyjadřuje své pocity a směrem ke zdravotnickému personálu je otevřený.

Oproti tomu flegmatik se navenek jeví jako lhostejný (Křivohlavý, 2009) a na venek se emočně projevuje až na velmi silné podněty. Poněvadž vykazuje stálost, klid až apatii, nemá rád výrazné změny. Pacienti se srdeční arytmií se díky negativním subjektivním pocitům - dušnost, palpitace, zvýšená únava, slabost, snížená fyzická zdatnost (Sovová, 2004) musí změněné situaci přizpůsobit. A to může u flegmatiků se srdeční arytmií vyvolat ještě hlubší emoční tlak. Vzhledem k uzavřenosti a „pasivitě“ flegmatika má zdravotnický personál obtížnější úlohu při navázání efektivního kontaktu (Křivohlavý, 2009).

Stejně tak melancholik, který se dle Plhákové (2007) vyznačuje hlubokými prožitky se spíše smutným laděním, pesimismem a strachem z budoucnosti, je pro zdravotnický personál náročněji spolupracující pacient. Jelikož usiluje o klid a nesnáší vypjaté situace a vzruchy a jeho život je ve znamení jakéhosi vlastního vnitřního života, je pro pacienta se srdeční arytmií s melancholickým typem temperamentu velmi obtížné přijmout změněnou situaci. Srdeční arytmie, kdy pacient nepříjemně vnímá palpitace například před spánkem, vyvolá u melancholika pocity úzkosti a ještě větší vnitřní uzavřenosti, způsobené strachem o vlastní život.

Cholerik je temperamentovým typem osobnosti, který je dle Plhákové (2007) charakterizován silně vzrušivou povahou, která se navenek manifestuje výbuchy hněvu až agrese. Cholerik velmi často impulzivně reaguje a následně jedná nerozváženě a netrpělivě. Pacient se srdeční arytmií, který má cholerickou povahu, může obtížněji navazovat kontakt se zdravotnickým personálem, neboť díky jeho prchlivosti nechce čekat na účinek léčby déle, nechce omezovat svůj rychlý životní styl. Při jeho stylu života jsou subjektivně vnímané projevy arytmie - dušnost, palpitace, zvýšená únava, slabost, snížená fyzická zdatnost (Sovová, 2004) obtěžující a mnohdy ještě zvyšují frekvenci cholerických výlevů vzteku. Psychická nevyváženost a emocionalita pak zvyšuje pravděpodobnost progresu zdravotního stavu.

## - Komunikace

Komunikace je způsob předávání si informací. H. D. Laswell (Honzák, 1999, s. 9) definuje „Komunikace: Kdo říká, co, jakým kanálem, komu, s jakým efektem.“ Termín komunikace vzniklo z latinského *communicare*, což v překladu znamená dorozumívat se, radit se s někým. Vybíral (2005) popisuje komunikaci jako přenos a výměnu informací v jakékoli podobě mezi lidmi, jako společenský styk s cílem výměny myšlenek prostřednictvím slov. Jedná se o oboustranný proces sociální interakce. Prostředkem komunikace jsou dle Linhartové (2007) nejen slova a gesta, ale i formy chování. Komunikovat je jednou z nejdůležitějších potřeb života. I tak dle Vybírala (2005) existují lidé, kteří nemají potřebu navazovat nebo posilovat vztahy a sdělovat své pocity, postoje, názory.

Ve zdravotnictví je principem efektivní komunikace „spojení“ mezi dvěma či více subjekty (Honzák, 1999). Jsou-li těmito subjekty lékař a pacient, pak takové spojení nesmí být jednosměrné, ale musí probíhat obousměrně. I v situacích, kdy pacient zdravotníkovi sděluje své pocity, symptomy, průběh nemoci, musí mu být kladeny dotazy, které objasňují souvislosti onemocnění. U pacientů se srdeční arytmií se dotazujeme, jak často se objevují zdravotní obtíže, jak ovlivňují jeho spánek, jeho fyzickou aktivitu, jeho volnočasové aktivity, pracovní nasazení, jeho náladu, apod. Podobně se postupuje také v případech, kdy pacienta edukujeme. Dotazem se ověřuje, zda námi podané informace pacient porozuměl. Honzák (1999) ubezpečuje, že pacient nevnímá tyto dotazy jako disociální, naopak ocení tento postup jako zájem o jeho zdraví, jako výraz empatie.

Při komunikaci s pacientem s arytmií si zdravotník všímá nejen verbálních projevů, ale také neverbální komunikace (Linhartová, 2007). Vzhledem k projevům onemocnění sledujeme, zda je pacient dušný, jakou zaujímá polohu, zda dušnost omezuje jeho verbální projev, zda má výraz obličeje, který upozorňuje na úzkost nebo strach (až vyděšení). Vybíral (2005) charakterizuje také intrapersonální komunikaci, která představuje vnitřní komunikaci jedince v jeho myšlenkách. U pacientů se srdeční arytmií pak vyvstávají vnitřní pocity, až pochybnosti o tom, zda se nepříjemně vnímaná srdeční nepravidelnost upraví, zda bude moci žít nadále plnohodnotný život, zda „nepříjemné bušení“ (palpitace) pomine. Pacienti se mnohdy obávají i o ekonomický dopad své

nemoci. Také Bártlová (2005) uvádí, že každá nemoc má určité sociální důsledky, neboť často způsobuje pacientovi nemožnost v plné míře vykonávat dosavadní činnosti ve své profesi. Pacienti se srdeční arytmií mnohdy musí vlivem fyzické únavy nebo dušnosti změnit svou původní profesi, ve které fyzicky pracovali, což může mít na pacienta nejen ekonomický, ale také psychický dopad. Bártlová (2005) uvádí, že tato změna má jen zřídka formální charakter, neboť činnost, kterou pacient vykonával dlouhodobě je pro něho zvládnutelná snáz než nová, dosud neznámá činnost, kterou se musí nově naučit a která s sebou přináší nové, nepoznané problémy.

Pro navázání efektivního kontaktu s pacientem je potřebná účinná interpersonální komunikace (Linhartová, 2007). Jen díky ní je navázán vzájemný vztah na bázi důvěry a spolupráce.

#### - Transakce

Transakce jsou dle Kingové (1981) jedinečné, neboť každý člověk má svůj vlastní „osobní svět“ založený na vlastním vnímání a prožívání v určitém časovém a prostorovém rozměru. Kingová definuje transakce jako proces interakce, v němž lidé komunikují s prostředím za účelem dosahování vysoce hodnotných cílů (Caceres, 2015). Pacienti se srdeční arytmií obvykle prožívají období ataky intenzivních projevů onemocnění (Sovová, 2004) a období, kdy jsou adaptovaní na zdravotní stav a nemají tak výrazné projevy, které by je omezovaly v běžných denních činnostech, ani v pracovních a volnočasových aktivitách. S tím souvisí i jejich aktuální vnímání a prožívání vlastního stavu, své nemoci, zdraví (Rawlins,PS, Rawlins,TD, Horner, 1990). Bártlová (2009) uvádí, že pro každého nemocného jedince se vlivem hospitalizace mění jeho sociální a společenská situace. Oproti svému „normálu“ se mění prostředí, kde probíhají veškeré každodenní aktivity. Toto prostředí také ovlivňuje jeho pohled na nastalou situaci, na vlastní zdravotní stav i změněné potřeby a změni postoje vůči svému okolí i vůči sobě samému (Araújo, Silva, Moreira, Almeida, Freitas, Guedes, 2018). Pacienti se srdeční arytmií se snaží přijmout onemocnění jako součást svého života a přizpůsobit se změněným možnostem seberealizace. Přijímají léčebný režim a věří v úpravu stavu.

- Role (rodinná, profesní, společenská)

Vzhledem k tomu, že pacienti se srdeční arytmií jsou v širokém rozmezí věkových skupin, zastávají řadu vlastních rolí. Obvykle mají rodinné role manželů, manželek, dcer, synů, babiček, dědů aj. Bártlová (2009) uvádí, že úloha rodiny se v účasti na péči o nemocného v průběhu historického vývoje změnila a z tendence pečovat o své blízké se zodpovědnost v péči o nemocného příbuzného přenesla na zdravotnické zařízení. Tím i role, které každý z pacientů v rodině zastává, se částečně změnily.

Profesní role jsou u pacientů se srdeční arytmií zřejmě především tehdy, pokud jsou pacienti ještě v produktivním věku a nejsou vlivem nemoci v invalidním důchodu. Někteří z pacientů však museli změnit své profesní zařazení, neboť pociťovali vyšší únavu a sníženou fyzickou zdatnost.

Společenská role se u pacientů se srdeční arytmií odvíjí od celkového zdravotního stavu pacienta. Závisí na způsobu léčby srdeční arytmiie (farmakologická dlouhodobá až trvalá, intervenční) a s tím související pracovní neschopností nebo hospitalizací. Pro pacienty v produktivním věku, kteří jsou ekonomicky závislí na vlastní pracovní pozici, bývá změna této role velmi zásadní a frustrující.

- Stres

Stres bývá u pacientů se srdeční arytmií popisován velmi často

Objektivně se stres u pacientů se srdeční arytmií může projevit neklidem nebo poruchami spánku, nebo psychické vypětí pacienti verbalizují. Plháková (2007) uvádí, že prožívání nemoci souvisí s typologií temperamentu osobnosti a přestože flegmatik nebo melancholik, na rozdíl od cholera, nedemonstruje projevy stresu, neznamená to, že stres neprožívá.

Obvykle je pro pacienty se srdeční arytmií nejvíce stresující změna v společenské roli, změna životního a pracovního stylu, omezení ve volnočasových aktivitách.

## Sociální systém

### - Autorita

Jandourek (2009) charakterizuje autoritu jako jedince, který někdy na vzdor vůle druhých, prosazuje vlastní vůli. Tento projev nemusí vždy být okolím přijímán jako nemístný, neboť záleží na tom, zda ten, co donucuje, k tomu má právo. Termín autorita je odvozen z latinského slova auctoritas, které představuje vliv, platnost, plnou moc nebo vzor (Giddens, 2003). Také zdravotník může být vzorem, nebo mít plnou moc a přesvědčit pacienta ke spolupráci při léčebném postupu.

Pacienti se srdeční arytmií obvykle respektují opatření a režimová doporučení, které jim zdravotnický personál předkládá. Vždy je to sám pacient, který je za dodržování těchto doporučení zodpovědný. Také Bártlová (2009) uvádí, že ke zdraví škodlivému jednání může vést například selektivní oceňování informací, kdy kuřáci obhajují své jednání tím, že při kouření dojde k jejich uklidnění, relaxaci, která je pro tělo zdravá.

Pro některé pacienty je přijetí nové role (role pacienta) v nemocničním prostředí a s tím související nutnost podřízení se autoritě, která je vůči nim uplatňovaná a která reguluje jejich chování, nepříjemné (Bártlová, 2005).

### - Síla, moc

Dle Jandourka (2003) nelze bez pojetí moci vysvětlit řadu aspektů sociálního života. Ve společnosti vnímáme, že jedinci jsou ochotni vykonat mnohé, i nepříjemné a odmítavé činnosti, které mohou být pro ně samotné i nevýhodné a škodlivé, ale vykonají je, neboť je nad nimi moc, která jim takové chování ukládá.

Pacienti se srdeční arytmií udávají kolísání vlastní síly, vlastní energie. Někdy se cítí svěží a jindy naopak slabší, unavenější. Mnohdy závisí na okolnostech (a například i na společenské roli) a musí svou fyzickou únavu překonat a fungovat tak, jak se od nich například v zaměstnání očekává.

Objektivně se pacienti se srdeční arytmií projevují různě, někteří jako klidní, vyrovnaní, jiní jako nestálí, neklidní. Záleží na jejich aktuálním zdravotním stavu, na jejich pocitech a prožívání a v neposlední řadě na jejich temperamentové typologii, která jim předurčuje způsob jejich projevu navenek (Křivohlavý, 2009).

#### - Postavení

Postavení pacientů se srdeční arytmií se může vlivem změny společenské role (pracovní zařazení změnit). Obvykle nedojde ke změně v postavení v rodině. Vždy záleží na aktuálním zdravotním stavu pacienta a efektivitě léčby. Zároveň je potřeba respektovat individuální zvláštnosti každého jedince, mimo jiné i s ohledem na typ temperamentu a projevům jeho chování (Křivohlavý, 2009).

#### - Rozhodování

S ohledem na věk pacienta a na jeho zdravotní gramotnost jsou mu předkládány informace, na základě nichž se sám rozhodne o přijetí doporučeného postupu léčby a dalších opatřeních. Rozhodne (vydá souhlas) o způsobu diagnostiky a léčby arytmie, případně plánovaných invazivních vyšetřeních a postupech farmakologické i např. intervenční terapie. Pacient s arytmií má obvykle tendenci řešit svůj aktuální zdravotní stav a dosáhnout předpokládané úrovně zdraví i kvality vlastního života.

Na základě výše uvedeného lze plánovat i ošetrovatelskou péči v jednotlivých fázích péče/léčby pacienta s arytmií. Saturace potřeb pacienta je možná na základě důsledné ošetrovatelské diagnostiky a stanovení priorit při poskytování ošetrovatelské péče (Tóthová, 2014). Navázání optimálního vztahu mezi sestrou a pacientem (Bártlová, 2010) je základem organizování péče dle modelu Imogene Kingové, neboť model, který je principiálně založený na interakci, komunikaci a mezilidských vztazích by bez takové vazby nemohl fungovat (Fawcett J. 2017). Sestra je pro pacienta, který může v trpět úzkostí, pramenící z obavy o vlastní zdraví, zdrojem validních informací, které mu pomáhají zvládnout orientaci v nově nastalé životní situaci – životem s arytmií. Špinar (2007) zmiňuje v souvislosti s arytmiemi zhoršení celkové výkonnosti. Zde může sestra edukačně intervenovat v principech zdravého životního stylu (Rosolová, 2013) a možnostech fyzické aktivity. Stejně tak lze sestřských nefarmakologických intervencí využít při úzkostných stavech, které mohou arytmie doprovázet (nepříjemné pocity při palpitaci, obtížné dýchání psychogenního původu, strach ze smrti) (Rosolová, 2013).

### ***1. 3. 4 Úloha sestry v péči o pacienta se srdeční arytmií***

Významnou úlohu hraje sestra při přípravě pacienta před neinvazivními i invazivními diagnostickými a léčebnými zákroky. Jedním z nejčastěji prováděných zákroků je zevní elektrická kardioverze. Sestra před výkonem připojí pacientovi 12 svodové EKG, zajistí kontinuální měření fyziologických funkcí, periferní žilní vstup. Sestra je zodpovědná za odběr biologického materiálu (sérum na biochemické vyšetření). Zásadou pro uvedení pacienta do celkové anestezie je ověření minimálně 4 hodinového lačnění, odstranění zubní protézy, vyprázdnění močového měchýře. Nedílnou součástí před vlastní celkovou anestezí je psychická příprava pacienta (Kapounová, 2004). Vysvětlení postupu před a po samotném výkonu může pacienta uklidnit a dojde k navození žádoucí spolupráce. Nedostatek informací bývá právě jednou z příčin nespokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí ve zdravotnickém zařízení (Gladkij, 2003). Sestra je dále zodpovědná za přípravu veškerých pomůcek, potřebných k provedení výkonu, k navození celkové anestezie (pomůcky k intubaci, maska, anestetika, defibrilátor, aj.) (Kapounová, 2007).

Před invazivní metodou léčby arytmiie (fibrilace síní) – katetrizační ablací je stěžejní získat důvěru pacienta. Toho lze dosáhnout empatickou a vstřícnou komunikací lékaře s pacientem, který mu podrobně vysvětlí způsob provedení výkonu a požadavky na pacienta v průběhu operačního zákroku (nutná maximální spolupráce v průběhu výkonu). Eisenberger et al. (2012) velmi pečlivě popisuje postup předoperační přípravy, včetně přípravy místa vpichu – oholení obou třísel nemocného. Sestra, zodpovědná za tuto přípravu by neměla zapomínat ani např. na dodržování intimity při přípravě místa vpichu. Jestliže je pacient řádně připraven po stránce psychické a chápe důvody fyzického omezení při vlastním výkonu, pak průběh operace může proběhnout v klidu bez komplikací. Velmi významná je i součinnost sester při ošetření pacienta po tomto invazivním zákroku. Sestra zajistí polohu pacienta (rovně na zádech po dobu obvykle 8 – 12 hodin), bedlivě kontroluje místo vpichu (tříslu), zda nedochází ke komplikacím (krvácení, příp. embolie), zajistí tlakovou kompresi místa vpichu (ta je obvykle po dobu 4 hodin, pak je ponecháno sterilní krytí rány) (Kapounová, 2007).

Všechny léčebné postupy, do jejichž průběhu je sestra zainteresována (ať formou přípravy pacienta, přípravy pomůcek, sledování pacienta nebo péče o pacienta po

zákroku), mají vést k navrácení zdraví jedince a tím naplnění jejich životního cíle – v souladu se zaměřením modelu Imogene Kingové - plnění společenské role (Sedláková, 2010). Vzhledem k tomu, že pacienti se srdeční arytmií jsou často ještě v produktivním věku, je jejich touha po naplnění společenské role velmi významná. Důležitou roli také může hrát spolupráce s rodinou, která je pacientovi významnou oporou (Jarošová, 2007).

U pacientů, kteří mají diagnostikovanou srdeční arytmií, může v důsledku subjektivních a objektivních projevů onemocnění docházet k určitému omezení v oblastech fyzické, psychické, pracovní, společenské, sexuální. Změny v kvalitě života pacientů s arytmií jsou cílem šetření v empirické části této dizertační práce.



## 2 CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU

### 2. 1 Cíle práce

Zmapovat kvalitu života pacientů s arytmií.

Zjistit možnosti aplikace ošetrovatelského modelu Imogene Kingové do ošetrovatelské péče u pacienta s arytmií.

### 2. 2 Hypotézy

H1 Délka trvání arytmiie má vliv na změnu kvality života pacientů s arytmií.

H2 Přítomnost srdeční arytmiie významně omezuje pracovní schopnost.

### 2. 3 Výzkumné otázky

1. Jaký vliv má onemocnění srdeční arytmiie na změnu kvality života dospělého jedince?
2. Jakým způsobem jsou pacienti se srdeční arytmií limitováni při saturaci vlastních potřeb?
3. V jakých oblastech dochází u pacientů se srdeční arytmií k nejvýraznějšímu omezení?
4. Došlo vlivem srdeční arytmiie u pacientů k omezení pracovní schopnosti?

### 2. 4. Operacionalizace pojmů

Hlavním subjektem našeho výzkumného šetření jsou pacienti s diagnostikovanou **srdeční arytmií**. Kategorii těchto pacientů není obtížné přesně vymezit, neboť je jasně definovaná. Srdeční arytmiie jsou definované jako poruchy vedení nebo tvorby elektrického vzruchu, které lze klasifikovat například dle frekvence, místa vzniku, příčiny, hlavního arytmogenního mechanismu nebo prognózy (Bulava, 2017). Chrobák et al. (2007) popisuje **klinické projevy arytmií** v obraze nepříjemných subjektivních pocitů pacienta – pacienti si obvykle stěžují na palpitace, které mohou být provázeny i

nepříjemnými pocity na hrudi a dušností, zvýšenou únavou, malátností, sníženou tolerancí zátěže, slabostí, pocity na omdlení, nepříjemnými očními pocity („mžitky před očima“), vertigem či dokonanou synkopou.

U sledovaných skupin pacientů s arytmií byla posuzována změna **kvality života** v přímé souvislosti s arytmií. Při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s arytmií je zapotřebí vnímat pacienta jako celek, tzn. holistickým pohledem, díky němuž je zajištěno poskytování specifické individualizované péče (Mastiliaková, 1999). Poskytování takové péče v kardiologii (konkrétně u pacientů s arytmií) je možné plánovat dle stanoveného rámce, který nám přináší například **model Imogene Kingové** (Archalousová, 2003). Tento model umožní vnímat charakter projevů kardiovaskulárního onemocnění, umožní vnímat a chápat subjektivní prožívání nemoci a plánovaná ošetrovatelská péče s aplikací koncepčního modelu do praxe, tak může účinněji směřovat ke zvýšení kvality zdravotní péče a zlepšení kvality života pacientů (Tóthová, 2017).

Zmíněná kvalita života u pacientů s arytmií byla sledována v souladu se systémovým pojetím ošetrovatelského modelu Imogene Kingové, která rozděluje systém v ošetrovatelství na osobnostní podsystém, interpersonální podsystém a sociální podsystém (Jarošová, 2002).

**Osobnostní podsystém** je tvořen komplexním souborem vlastností, kterými osoba vnímá, myslí, rozumí, představuje si, rozhoduje se, stanovuje si cíle a způsoby jejich dosažení (Alligood, May, 2000).

**Interpersonální podsystémy** se vytvářejí ze vzájemného kontaktu osobních systémů, mohou být tvořené se dvěma jedinci, např. sestrou a pacientem, se třemi jednotlivci či malou skupinou (Killeen, King, 2007). Tento systém se dle Jarošové (2002) primárně týká komunikace a interakce.

**Sociální podsystém** vzniká spojením interpersonálních systémů a vytváří se interakcí mezi většími skupinami lidí (George, 2011). Dále George (2011) uvádí, že tento systém je utříděn tak, aby jedinec našel své místo a pochopil smysl denních aktivit při udržování a podpoře zdraví i očekávaného štěstí.

### **3 METODIKA**

Výzkumná část práce byla zpracována kombinací kvantitativních a kvalitativních výzkumných technik. Výzkumné šetření bylo zahájeno kvantitativní metodou sběru dat, následně bylo realizováno kvalitativní šetření. Pro kvantitativní část bylo zvoleno dotazníkové šetření, které mělo za cíl mapovat kvalitu života pacientů se srdeční arytmií, druhá část výzkumu byla realizována kvalitativní metodou sběru dat formou rozhovoru.

#### **3. 1 Metodika kvantitativního výzkumu**

##### ***3. 1. 1 Použité kvantitativní metody***

Pro sběr kvantitativních dat byl použit standardizovaný dotazník ASTA (Arrhythmia – Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmias), který konstruovala Ulla Walfridsson (Linköping, Švédsko). Je zaměřený na problémy při poruchách srdečního rytmu, přičemž sleduje příznaky specifické pro arytmiu a kvalitu života související se zdravím u pacientů s poruchami srdečního rytmu. Dotazník je sestaven z 23 otázek, přičemž otázka, zjišťující příznaky onemocnění má 9 podotázek. Struktura kladených otázek je podobná, respondent je vyzván k označení jedné varianty uvedené odpovědi, jedna otázka umožňuje respondentovi označit více odpovědí. Dvě otázky jsou konstruovány jako filtrační, při zvolení souhlasné odpovědi na kladenou otázku je respondentovi umožněn prostor pro doplnění dalšího vyjádření. Dotazník je členěn do tří částí; první zjišťuje trvání poruch srdečního rytmu a případnou medikaci; druhá část sleduje specifické příznaky arytmie (obvyklá a maximální délka arytmie, dušnost, únava, tlak na hrudi, neklid, úzkost, slabost, malátnost, porucha stavu vědomí, aj.) a třetí část dotazníku je zaměřena na problémy se srdeční arytmií v kontextu zvládání každodenních činností. Kladené otázky jsou srozumitelné a vyplnění dotazníku trvá přibližně 20 minut.

##### ***3. 1. 2 Charakteristika výzkumného souboru 1***

Výzkumný soubor 1 vztahující se ke kvantitativnímu výzkumnému šetření byl tvořen zletilými pacienty s diagnózou srdeční arytmie, hospitalizovanými na kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. (realizace výzkumného šetření byla

schválená managementem zařízení). Celkem bylo osloveno 160 respondentů, 148 oslovených bylo ochotno dotazník vyplnit. Ze 148 odevzdaných dotazníků bylo 21 dotazníků vyplněno neúplně, ke zpracování dat bylo využito 127 validních dotazníků. Věková struktura pacientů byla v rozmezí narození 1939 – 1985, resp. 29 respondentů věk neudalo (údaj o věku nebyl přímou součástí standardizovaného dotazníku a jeho uvedení bylo ze strany respondentů dobrovolné, neboť věkové kritérium nebylo dále statisticky zohledňováno), dotazník ASTA neobsahoval další identifikační údaje o respondentech.

**Tabulka 1 Návratnost dotazníků**

	Oslovení potenciálních respondentů	Návratnost	Zpracování validních dotazníků
Absolutní počet	160	148	127
Relativní počet	100%	93%	85%

*Zdroj: vlastní*

### **3. 1. 3 Statistická analýza kvantitativních dat**

Po sběru vyplněných dotazníků proběhla jejich vizuální kontrola a selekce neúplně vyplněných. Následně byla data zadána do předem připravené matice v programu SASD (Statistická analýza sociálních dat). V souladu s metodologickým doporučením byly k vyhodnocení výsledků výzkumu realizovány analýzy na základě 1. a 2. stupně třídění. V rámci prvního stupně třídění byly vyhodnoceny následující proměnné:

- 1) zátěžová stupnice (ASTA symptom burden scale) - celkové skóre
- 2) kvalita života týkající se zdraví (ASTA kvalita života týkající se zdraví) - celkové skóre
- 3) kvalita života týkající se zdraví (ASTA kvalita života týkající se zdraví) - fyzická dimenze
- 4) kvalita života týkající se zdraví (ASTA kvalita života týkající se zdraví) - duševní dimenze.

Provedeny byly výpočty absolutních a relativních četností včetně středních hodnot (rozptyl, průměr, směrodatná odchylka).

V rámci druhého stupně třídění byly analyzovány možné souvislosti mezi vybranými proměnnými. Prostřednictvím testů Kolmogorov-Smirnov a Shapiro-Wilk bylo nejprve provedeno testování normálního rozložení a na základě jeho výsledků byly vztahy mezi proměnnými analyzovány testem Kruskal – Walis na hladině významnosti  $P < 0,05$ . Pro testování statisticky významné souvislosti mezi ordinálními znaky byl použit test Chí-kvadrát dobré shody. Zároveň byla analyzována symetrie vztahu a hodnocena míra účinku.

### **3. 2 Metodika kvalitativního výzkumu**

Vzhledem k tomu, že kvantitativní šetření, které mapovalo kvalitu života respondentů ovlivněnou srdeční arytmií, nekorespondovalo se sledováním pacientů v souladu s ošetrovatelským modelem, bylo pro doplnění komplexního pohledu na pacienta s arytmií do empirické části práce zařazeno kvalitativní šetření. Jako vhodný ošetrovatelský model byl zvolen model Imogene Kingové. Aplikací ošetrovatelského modelu lze dosáhnout popisu reálných skutečností prožívání specifických situací u pacientů se srdeční arytmií, které mohou přinést podněty pro sesterské intervence, vedoucí ke zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče

#### ***3. 2. 1 Použité kvalitativní metody***

Kvalitativní výzkumné šetření bylo realizováno technikou polostrukturovaných rozhovorů. Podklad pro vedení rozhovoru (viz příloha 2) byl připravený tak, aby korespondoval se strukturou ošetrovatelského modelu Imogene Kingové, aplikovaný u pacientů se srdeční arytmií.

Rozhovor obsahoval 17 předem připravených otázek, které byly v souladu se strukturou ošetrovatelského modelu členěny do tří oblastí – tzv. osobnostního systému, interpersonálního systému a sociálního systému. V úvodu jsou zařazeny identifikační údaje informantů – věk, pohlaví, rodinný stav, zaměstnanost, délka trvání arytmie,

opakování arytmie v průběhu posledních 3 měsíců, přítomnost projevů arytmie – palpitace, dušnost, točení hlavy, neklid, omezení fyzické zdatnosti.

Vlastní rozhovory probíhaly v soukromí, informantům byl představen tazatel a vysvětlen účel sběru informací a cíl výzkumného šetření. Všichni informanti souhlasili se záznamem rozhovoru na zvukové zařízení. Všichni informanti byli seznámeni s možností ukončení rozhovoru, na základě jejich požadavku, v jakékoli fázi rozhovoru. Současně byli ubezpečeni o zajištění absolutní vlastní anonymity. Všichni informanti absolvovali rozhovor v plném rozsahu, nikdo nežádal o ukončení před položením poslední otázky. Dle sdílnosti jednotlivých informantů se pohybovala i délka realizace rozhovoru. Průměrná délka rozhovoru byla 30 minut.

### ***3. 2. 2 Charakteristika výzkumného souboru 2***

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření byl tvořen záměrným kriteriálním výběrem. Stanovenými kritérii byla diagnostikovaná srdeční arytmie, zletilost, zahrnutí obou pohlaví a zastoupení informantů v co nejširším věkovém spektru. Bulava (2017) uvádí, že výskyt fibrilace síní je v populaci 2 – 4%, přičemž po 80. roku věku rapidně její výskyt vzrůstá a četnost pacientů s fibrilací síní se pohybuje okolo 10 %. Prevalence a incidence fibrilace síní roste s věkem a je popisován její zvýšený výskyt v mužské populaci (Šmíd et al., 2017). Vzhledem k výše uvedenému není skladba informantů rovnoměrná, zastoupení věkové kategorie nad 70 let je vyšší.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvoří 20 informantů, 13 mužů a 7 žen ve věkovém rozmezí 42 – 79 let. Z hlediska rodinného stavu je 1 informant svobodný, 14 informantů sezdáných, 3 rozvedení a 2 ovdovělí. Z hlediska pracovního zařazení je 9 informantů v pracovním procesu (resp. 8; 1 informant je v produktivním věku, nezaměstnaný) a 11 informantů je ve starobním důchodu.

### ***3. 2. 3 Analýza kvalitativních dat***

Vedené rozhovory byly zvukově zaznamenány a následně přepsány do MS WORD. Poklad pro vedení rozhovoru je uvedeno v příloze 2. Analýza získaných dat byla zpracována počítačovým programem Atlas.ti, verze 7, který je vhodný pro zpracování

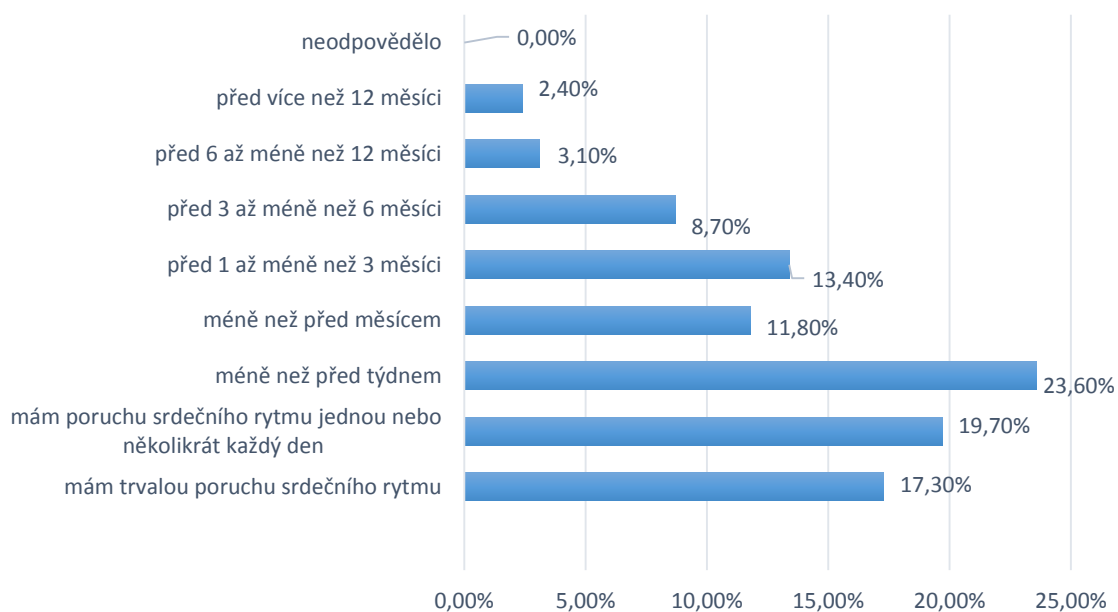
kvalitativních dat (kódování, zpracování, interpretace). Data byla řazena do tří kategorií a třinácti subkategorií (viz schéma 1), které korespondovaly se systémovým pojetím ošetřovatelského modelu Imogene Kingové. Výsledky kvalitativního šetření jsou zaznamenány textem s parafrázemi i přímými citacemi dotazovaných a dále sumarizovány v diagramech. Odpovědi na výzkumné otázky jsou zodpovězeny v rámci diskuse.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

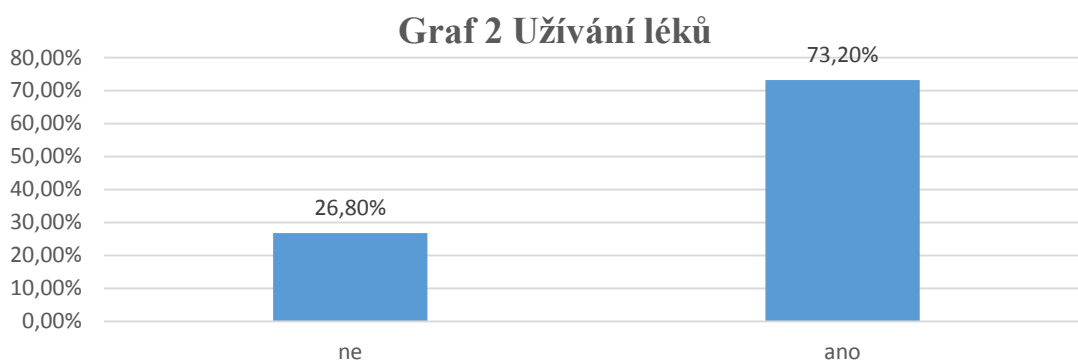
*Úvodní část dotazníkového šetření ASTA (ASTA díl I) zjišťovala výskyt poruch srdečního rytmu v poslední době, jejich frekvenci a délku trvání.*

**Graf 1 Výskyt poruchy srdečního rytmu**

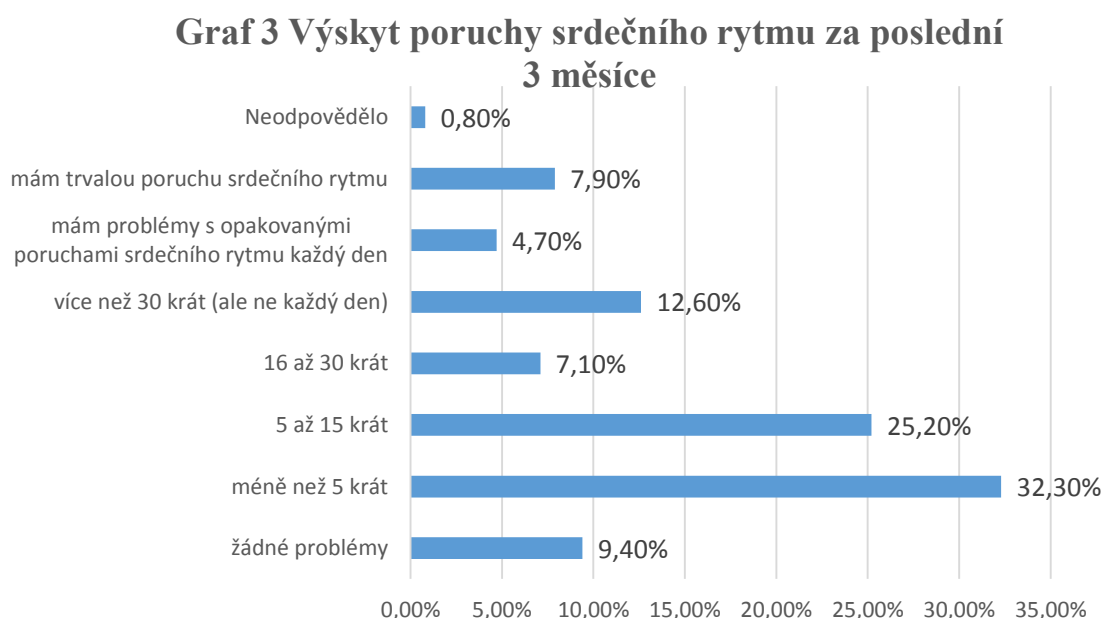


Graf znázorňuje odpovědi na otázku, která mapovala výskyt poruchy srdečního rytmu, respektive, kdy se naposledy u respondentů tato porucha vyskytla. Většina respondentů 30 (23,6 %) označila odpověď méně než před týdnem, dále pak 25 respondentů (19,7 %) označilo, že mají poruchu srdečního rytmu jednou nebo několikrát každý den. U 22 respondentů (17,3 %) byla zaznamenána odpověď, že mají trvalou poruchu srdečního rytmu, 15 (11,8 %) respondentů mělo poruchy méně než před měsícem, 17 (13,4 %) respondentů před 1 až méně než 3 měsíci, 11 (8,7 %) před 3 až méně než 6 měsíci, 4 (3,1 %) před 6 až méně než 12 měsíci a 3 (2,4 %) respondenti před více než 12 měsíci. Všech 127 (100 %) respondentů na tuto otázku odpovědělo.



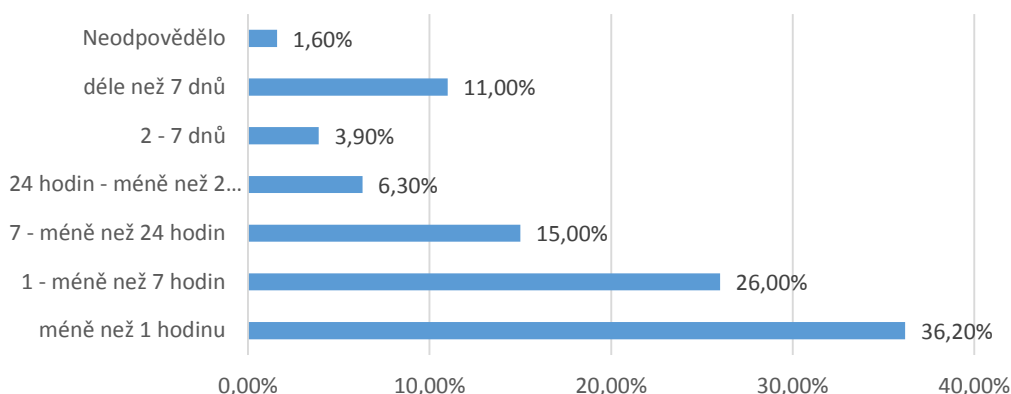


Graf uvádí, zda respondenti užívají trvale léky. Je patrné, že většina respondentů tj. 93 (73,2 %) nějaké léky užívá. Všech 127 (100 %) respondentů na tuto otázku odpovědělo.



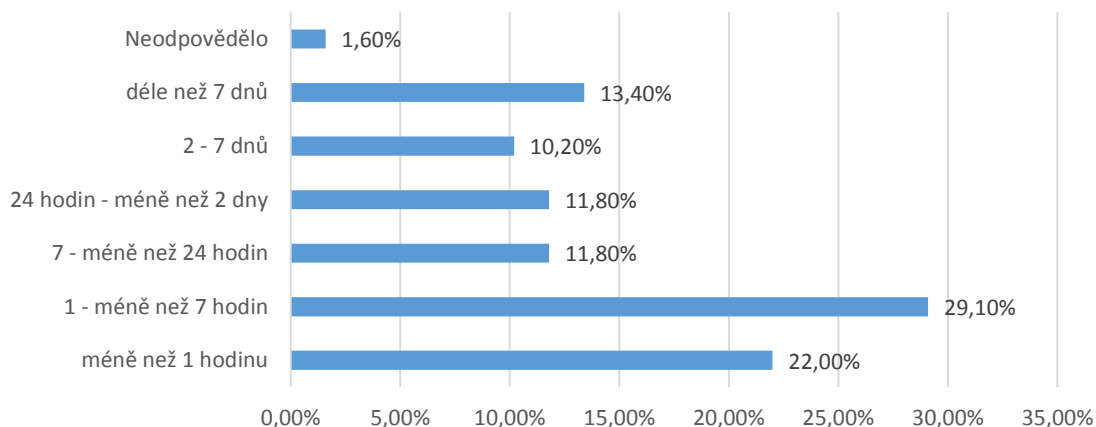
V případě výskytu poruch srdečního rytmu se žádné problémy nevyskytovaly u 12 (9,4 %) respondentů, méně než 5 krát u 41 respondentů (32,3 %), 5 až 15 krát u 32 (25,2 %), 16 až 30 krát u 9 (7,1 %) respondentů, více než 30 krát (ale ne každý den) u 16 (12,6 %) respondentů, to, že má problémy s opakovanými poruchami srdečního rytmu každý den označilo 6 (4,7 %) respondentů, trvalou poruchu srdečního rytmu má 10 (7,9 %) respondentů. Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl (0,8 %).

### Graf 4 Délka trvání poruchy srdečního rytmu



V případě délky trvání poruchy srdečního rytmu nejvíce respondentů 46 (36,2 %) označilo odpověď méně než 1 hodinu, 33 (26,0 %) respondentů označilo délku trvání poruchy srdečního rytmu v intervalu 1 – méně než 7 hodin, 19 (15,0 %) respondentů označilo 7 - méně než 24 hodin, 8 respondentů (6,3 %) označilo 24 hodin - méně než 2 dny, 5 (3,9 %) respondentů zvolilo, že se u nich délka poruchy srdečního rytmu vyskytuje 2-7 dnů. Déle než 7 dnů má poruchu srdečního rytmu 14 (11,0 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděli 2 (1,6 %) respondenti.

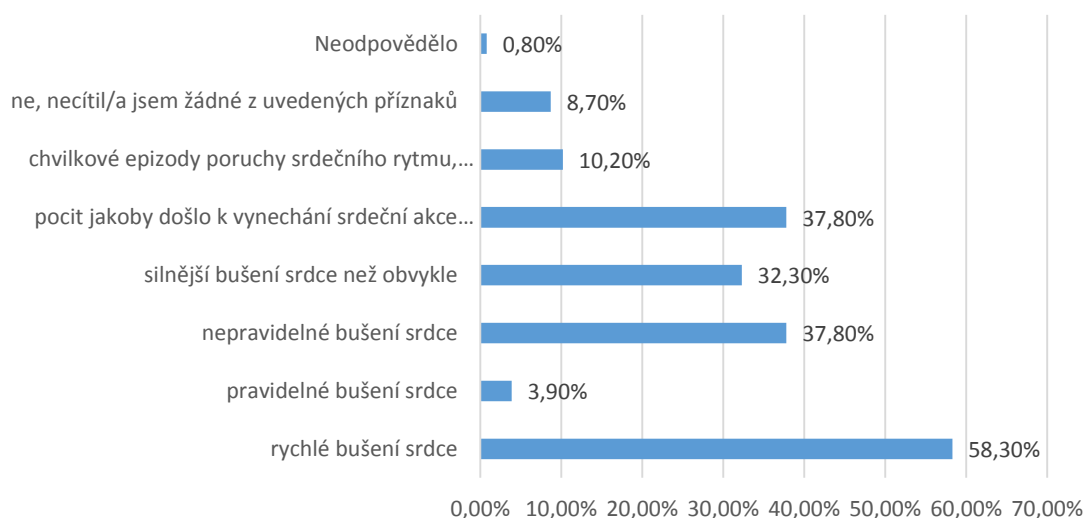
### Graf 5 Nejdelší délka trvání poruchy srdečního rytmu



Nejdelší délka trvání poruchy srdečního rytmu byla u 37 (29,1 %) respondentů 1 - méně než 7 hodin, dále pak u 28 (22,0 %) respondentů méně než 1 hodinu, 7 - méně než 24 hodin označilo 15 (11,8 %) respondentů, 24 hodin - méně než 2 dny označilo 15 (11,8 %) respondentů, 2 - 7 dnů označilo 13 (10,2 %) respondentů. Déle než 7 dnů trvala porucha srdečního rytmu u 17 (13,4 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděli 2 (1,6 %) respondenti.

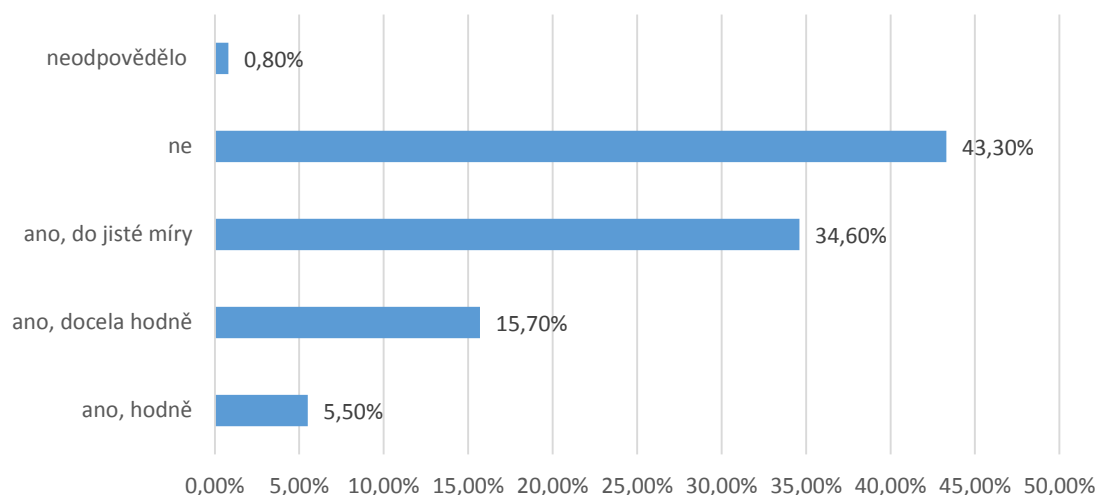
*Další část dotazníku ASTA (ASTA díl II Specifické příznaky arytmie) zjišťovala příznaky, které pacienti s poruchou srdečního rytmu pocít'ují.*

**Graf 6 Výskyt průvodních příznaků poruchy srdečního rytmu**



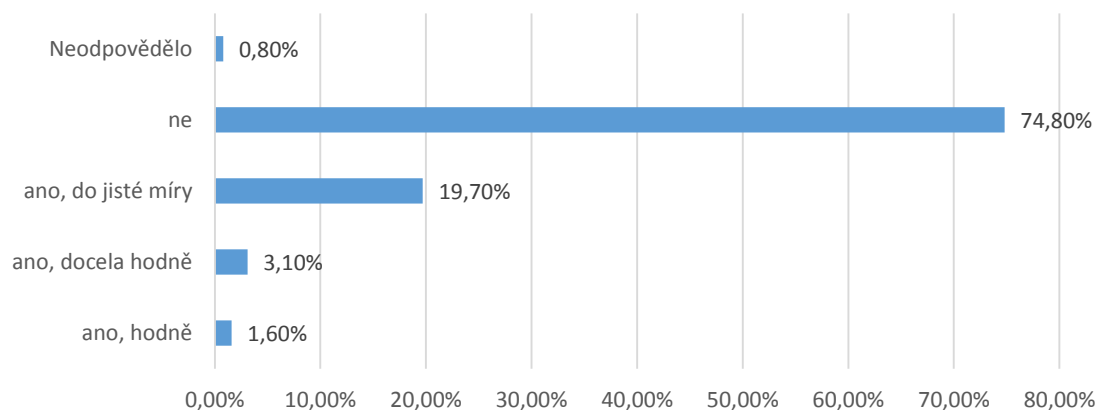
Nejčastějším průvodním příznakem arytmie, který byl respondenty označen, bylo v 74 (58,3 %) případech rychlé bušení srdce, následovalo nepravidelné bušení srdce a pocit, jakoby došlo k vynechávání srdeční akce jednou nebo několikrát. Tyto dva příznaky byly označeny shodně ve 48 (37,8 %) případech. Silnější bušení srdce než obvykle bylo označeno 41 krát (32,3 %). Příznak chvilkové epizody poruchy srdečního rytmu, které trvaly méně, než 1 minutu, byl zvolen 13 krát (10,2 %), pocit pravidelného bušení srdce byl zvolen v 5 (3,9 %) případech. 11 respondentů (8,7 %) zvolilo možnost ne, necítil/a jsem žádné z uvedených příznaků.

### Graf 7 Výskyt dušnosti spojené s činností



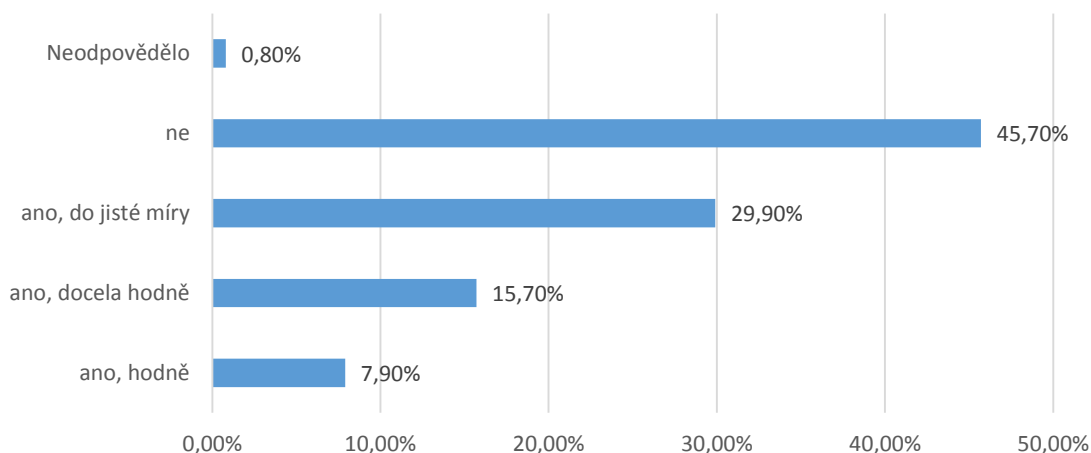
Z celkového počtu 127 (100 %) respondentů se u většiny z nich vyskytuje dušnost, která je spojena s nějakou činností. Konkrétně 7 (5,5 %) respondentů označilo odpověď ano, hodně, 20 (15,7 %) respondentů označilo ano, docela hodně, 44 (34,6 %) respondentů označilo odpověď ano, do jisté míry. U 55 (43,3 %) respondentů se dušnost, která by byla spojena s nějakou činností, nevyskytla. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 8 Výskyt dušnosti v klidovém stavu



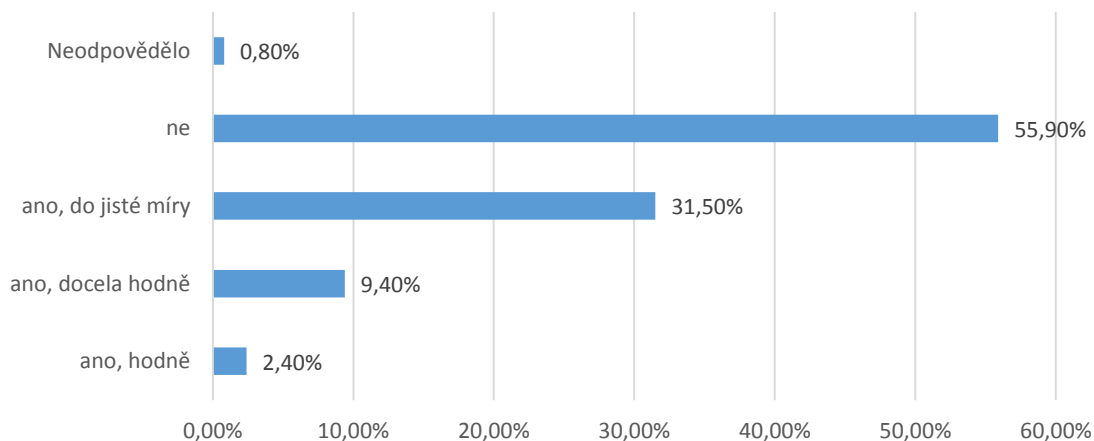
V případě dušnosti v klidovém stavu se u 95 (74,8 %) respondentů tato dušnost nevyskytla. S odpovědí ano, hodně se ztotožnili 2 (1,6 %) respondenti, ano, docela hodně 4 (3,1 %) respondenti a ano, do jisté míry 25 (19,7 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 9 Výskyt pocitu točení hlavy nebo závratě



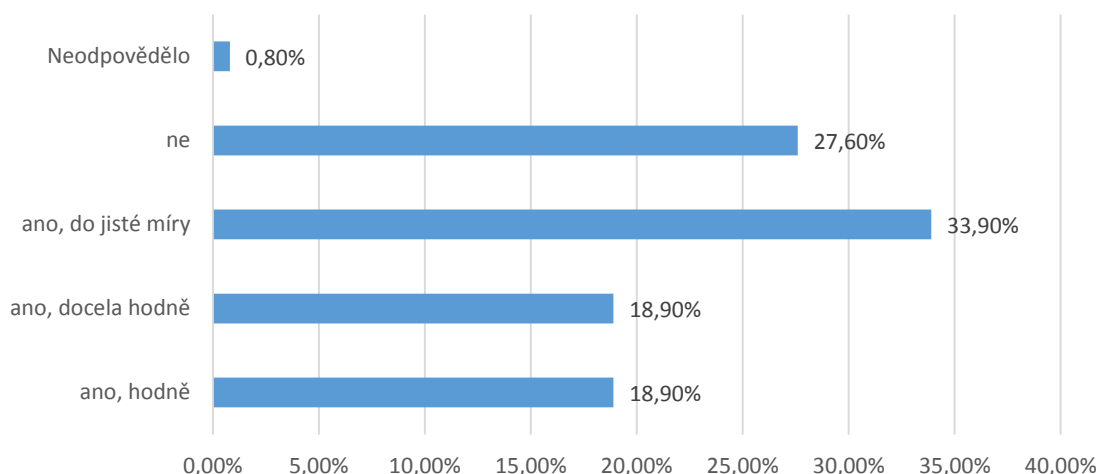
Výskyt pocitu točení hlavy nebo závratě byl udán u většiny respondentů, a to u 10 (7,9 %) respondentů s odpovědí ano, hodně, u 20 (15,7 %) respondentů s odpovědí ano, docela hodně a u 38 (29,9 %) respondentů s odpovědí ano, do jisté míry. Tento pocit se u 58 (45,7 %) respondentů vůbec nevyskytl. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 10 Výskyt studeného potu



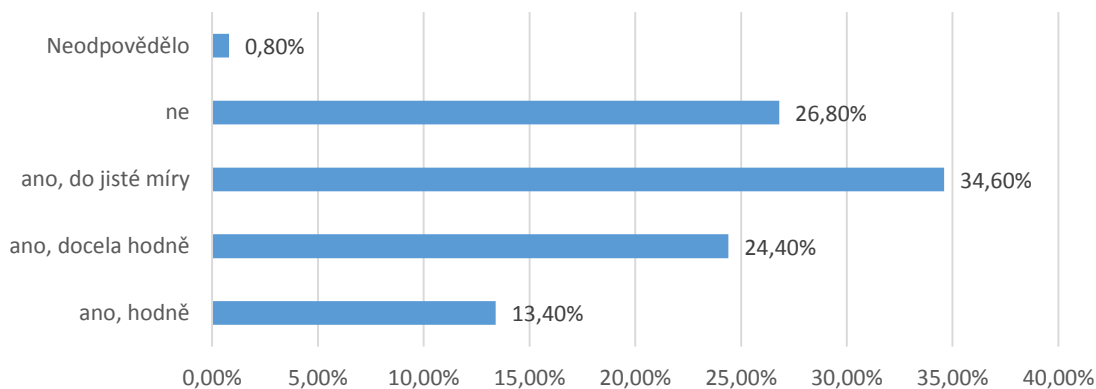
Příznak studeného potu se u většiny respondentů nevyskytl, konkrétně 71 respondentů (55,9 %) uvedlo odpověď ne. Ano, hodně uvedli 3 respondenti (2,4 %), ano, docela hodně uvedlo 12 (9,4 %) respondentů a ano, do jisté míry uvedlo 40 (31,5 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 11 Výskyt slabosti, malátnosti



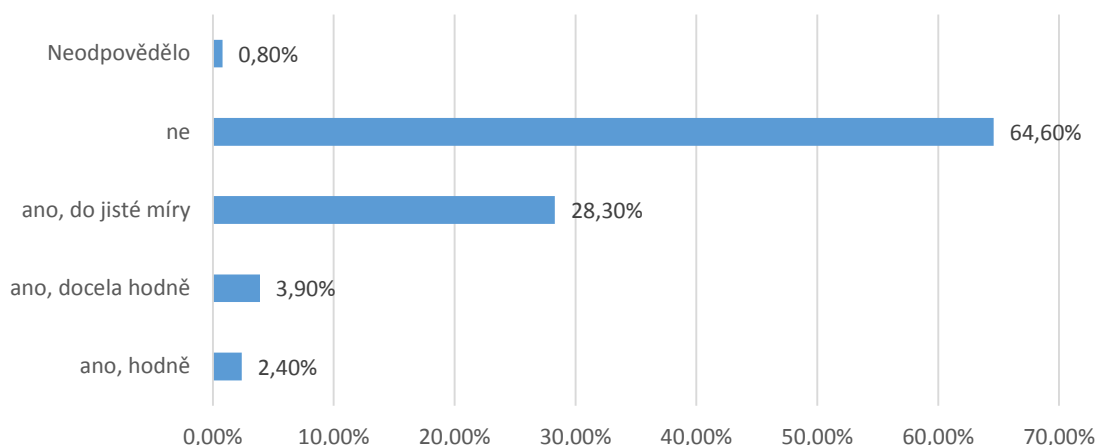
Z celkového počtu 127 (100 %) respondentů se u většiny z nich vyskytla slabost, malátnost. Konkrétně 24 (18,9 %) respondentů označilo odpověď ano, hodně, 24 (18,9 %) respondentů označilo ano, docela hodně, 43 (33,9 %) respondentů označilo odpověď ano, do jisté míry. U 35 (27,6 %) respondentů se slabost, malátnost nevyskytla. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 12 Výskyt únavy



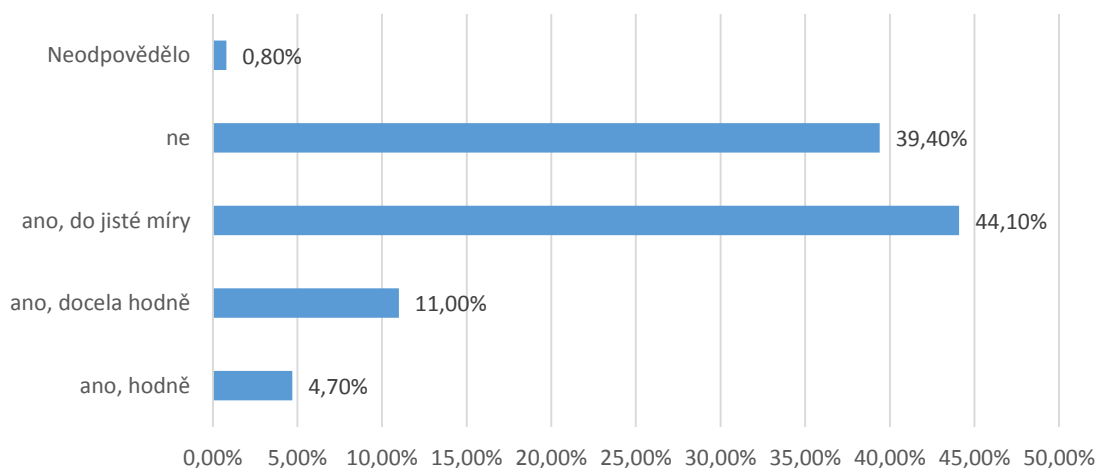
Z celkového počtu 127 (100 %) respondentů se u většiny z nich vyskytuje únava. Konkrétně 17 (13,4 %) respondentů označilo odpověď ano, hodně, 31 (24,4 %) respondentů označilo ano, docela hodně, 44 (34,6%) respondentů označilo odpověď ano, do jisté míry. U 34 (26,8 %) respondentů se únava nevyskytla. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 13 Výskyt bolesti na hrudi



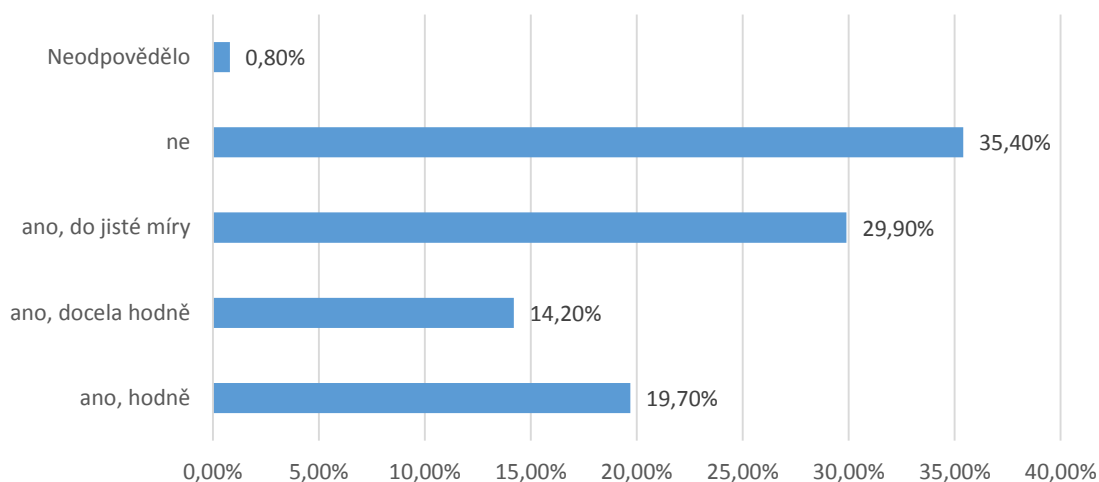
Z celkového počtu 127 (100 %) respondentů se u většiny z nich nevyskytoval příznak bolesti na hrudi. Konkrétně 82 (64,6 %) respondentů označilo odpověď ne. Ano, hodně označili 3 (2,4 %) respondenti, 5 (3,9 %) respondentů označilo ano, docela hodně, 36 (28,3 %) respondentů označilo odpověď ano, do jisté míry. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 14 Výskyt nepříjemného pocitu na hrudi



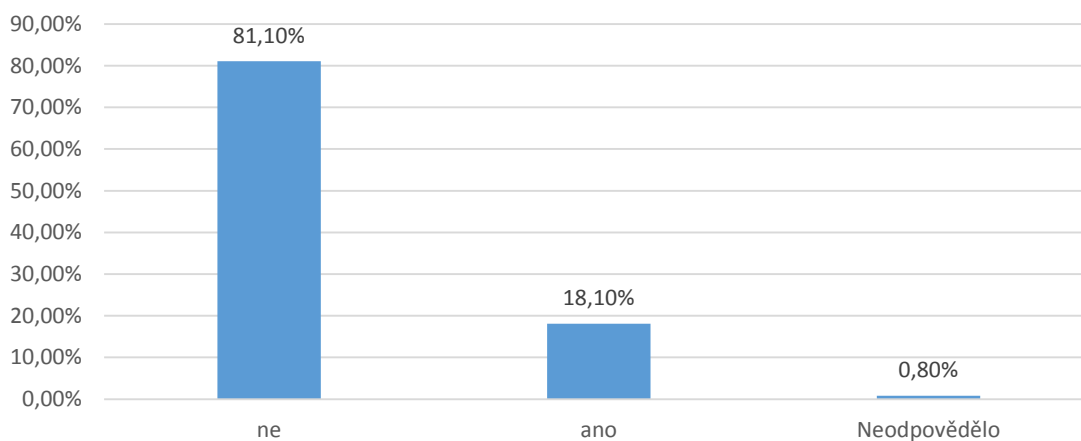
Většina respondentů se setkala s nepříjemným pocitem na hrudi. Odpověď ano, hodně označilo 6 (4,7 %) respondentů, ano docela hodně 14 (11,0 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry označilo 56 (44,1 %) respondentů. S tímto nepříjemným pocitem se naopak 50 (39,4 %) respondentů neseťkalo. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 15 Výskyt neklidu, úzkosti



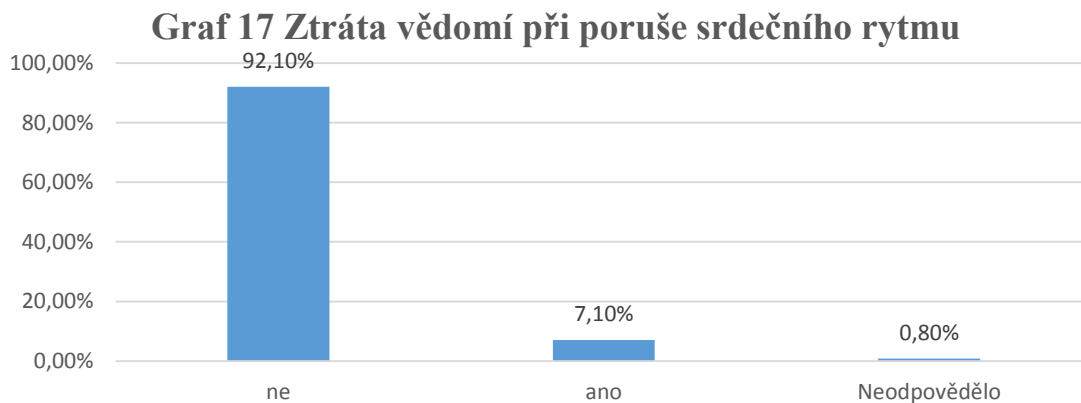
Z celkového počtu 127 (100 %) respondentů se u většiny z nich vyskytl pocit neklidu, úzkosti. Konkrétně 25 (19,7 %) respondentů označilo odpověď ano, hodně, 18 (14,2 %) respondentů označilo ano, docela hodně, 38 (29,9 %) respondentů označilo odpověď ano, do jisté míry. U 45 (35,4 %) respondentů se tento pocit nevyskytl. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 16 Téměř ztráta vědomí při poruše srdečního rytmu



Téměř ztrátu vědomí při poruše srdečního rytmu nezažilo 103 (81,1 %) respondentů. Negativní zkušenost, tj. téměř ztrátu vědomí má 23 (18,1 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

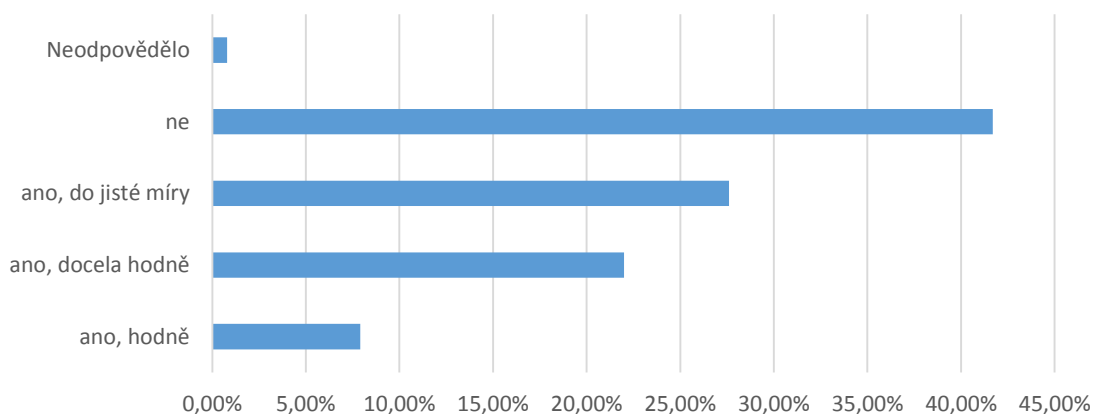




Ztrátu vědomí při poruše srdečního rytmu zažilo 9 (7,1 %) respondentů. Většina respondentů resp. 117 (92,1 %) ztrátu vědomí při poruše srdečního rytmu nezažila. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

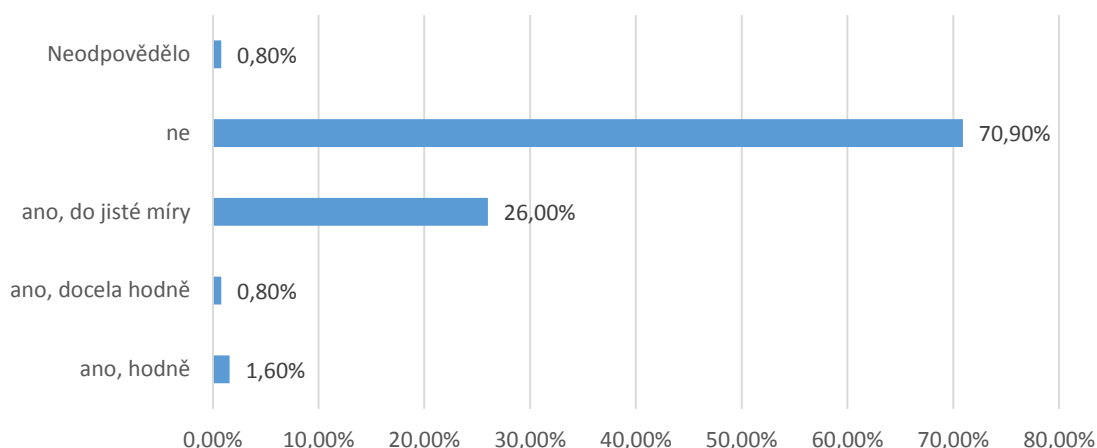
***Poslední část dotazníku ASTA (ASTA díl III Kvalita života související se zdravím) byla zaměřena na poruchy srdečního rytmu a jejich vliv na každodenní život.***

**Graf 18 Nemožnost vykonávat pracovní úkoly, studovat a vykonávat ADL při poruše srdečního rytmu**



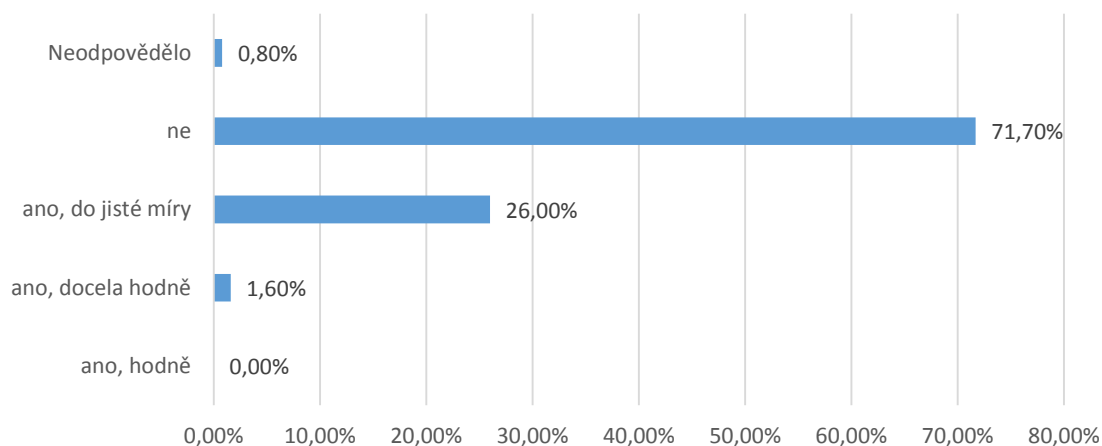
Většina respondentů se ztotožnila s tvrzením, že porucha srdečního rytmu jim znemožňuje vykonávat pracovní úkoly, studovat a vykonávat ADL (činnosti každodenního života). Odpověď ano, hodně, zvolilo 10 (7,9 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 28 (22,0 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 35 (27,6 %) respondentů. Odpověď ne zvolilo 53 (41,7 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 19 Nemožnost setkávat se s rodinnými příslušníky



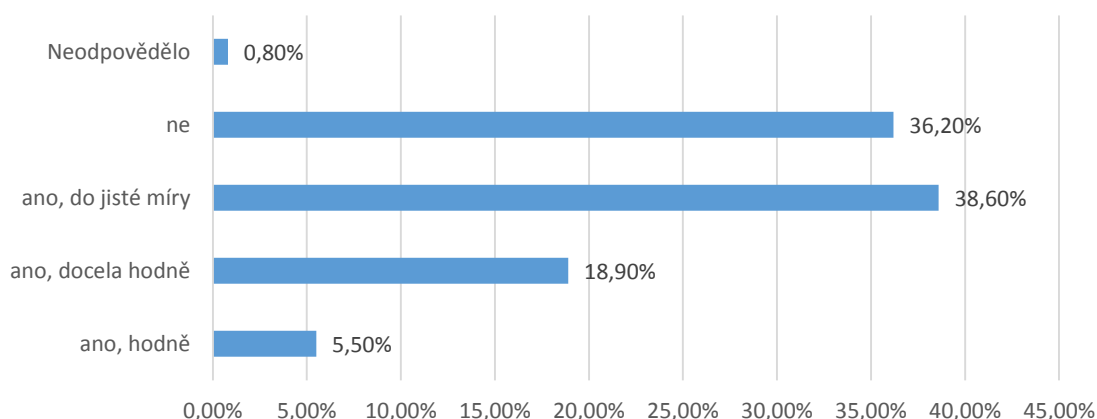
Většina respondentů se neztotožnila s tvrzením, že porucha srdečního rytmu jim znemožňuje setkávat se s rodinnými příslušníky. Odpověď ne zvolilo 90 (70,9 %) respondentů. Odpověď ano, hodně, zvolili 2 (1,6 %) respondenti, odpověď ano, docela hodně 1 (0,8 %) respondent a odpověď ano, do jisté míry 33 (26,0 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 20 Nemožnost setkávat se se známými



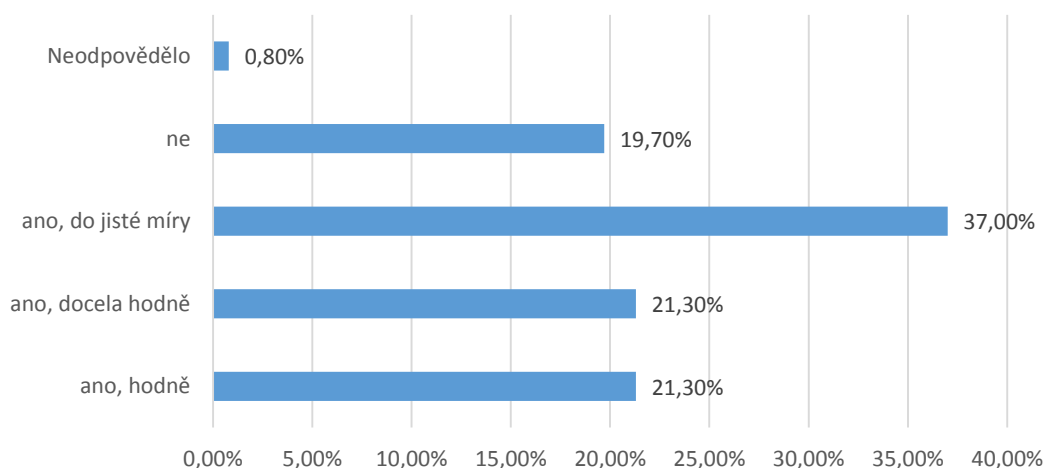
Většina respondentů se neztotožnila s tvrzením, že porucha srdečního rytmu jim znemožňuje setkávat se známými. Odpověď ne zvolilo 91 (71,7 %) respondentů. Odpověď ano, hodně, ne zvolil žádný respondent, odpověď ano, docela hodně 2 (1,6 %) respondenti a odpověď ano, do jisté míry 33 (26,0 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

**Graf 21 Vyhýbání se volnočasovým aktivitám, v souvislosti s výskytem poruchy srdečního rytmu**



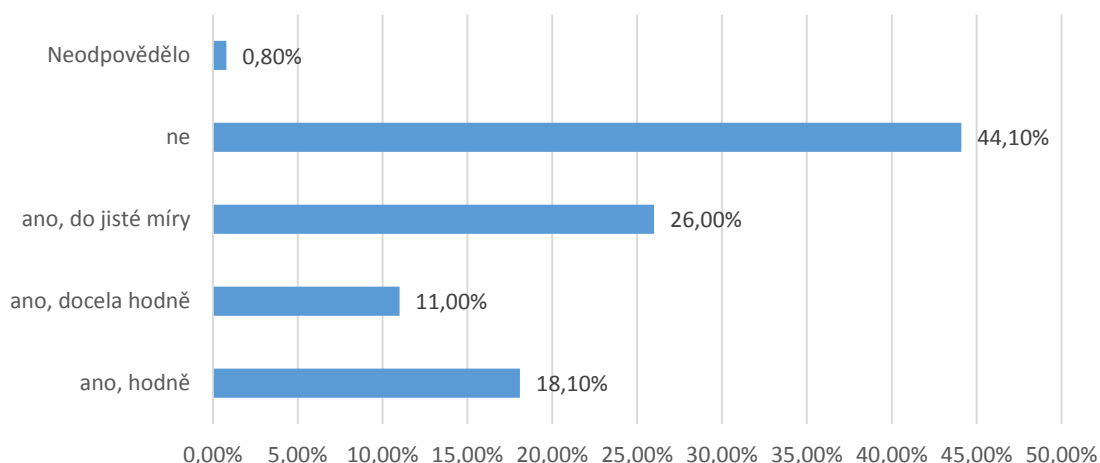
Většina respondentů se ztotožnila s tvrzením, že porucha srdečního rytmu má za následek vyhýbání se volnočasovým aktivitám. Odpověď ano, hodně, zvolilo 7 (5,5 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 24 (18,9 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 49 (38,6 %) respondentů. Odpověď ne zvolilo 46 (36,2 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

**Graf 22 Snížení fyzického výkonu**



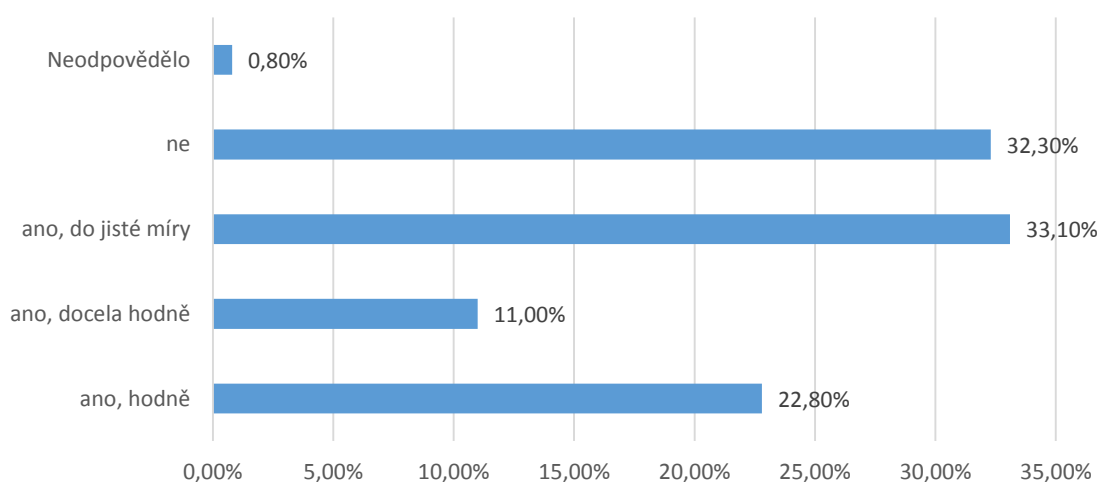
Většina respondentů se ztotožnila s tvrzením, že porucha srdečního rytmu má za následek snížení fyzického výkonu. Odpověď ano, hodně, zvolilo 27 (21,3 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 27 (21,3 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 47 (37,0 %) respondentů. Odpověď ne zvolilo 25 (19,7 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 23 Snížení schopnosti se soustředit



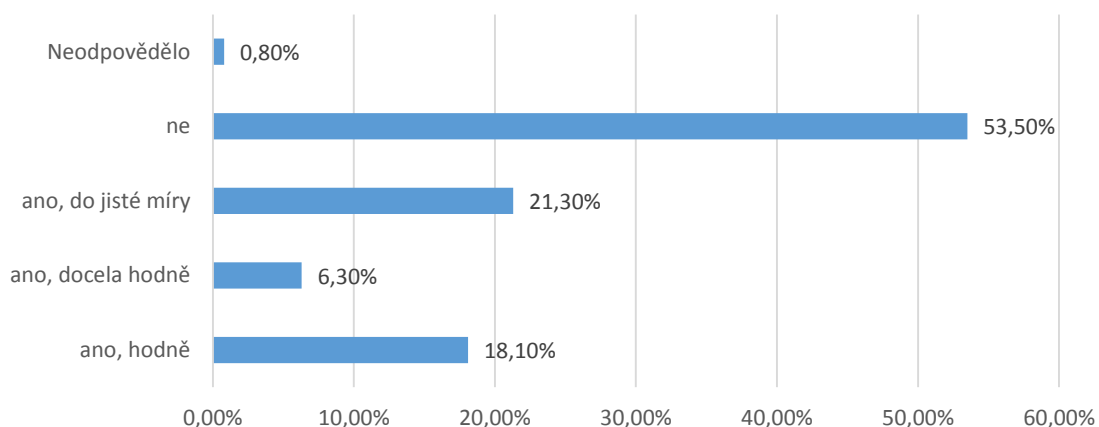
Většina respondentů se ztotožnila s tvrzením, že porucha srdečního rytmu má za následek snížení schopnosti se soustředit. Odpověď ano, hodně, zvolilo 23 (18,1 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 14 (11,0 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 33 (26,0 %) respondentů. Odpověď ne zvolilo 56 (44,1 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 24 Výskyt beználadovosti nebo pokleslosti



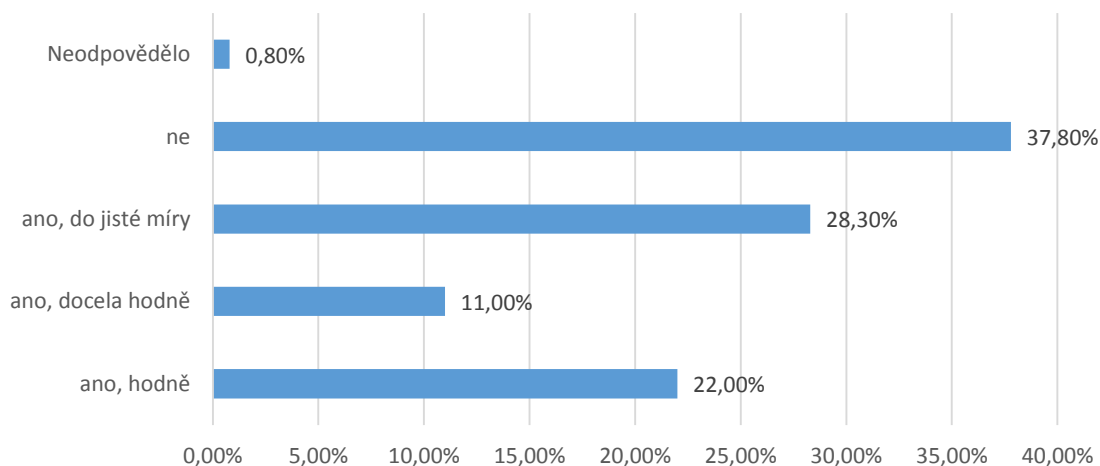
Většina respondentů se setkala se stavy beználadovosti nebo pokleslosti. Odpověď ano, hodně, zvolilo 29 (22,8 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 14 (11,0 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 42 (33,1 %) respondentů. Odpověď ne zvolilo 41 (32,3 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 25 Výskyt stavů podrážděnosti nebo zloby



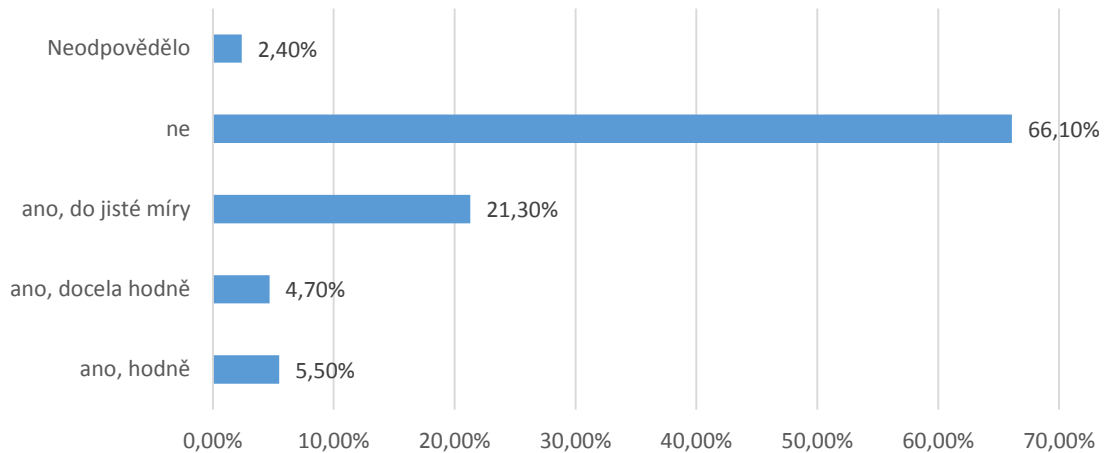
Se stavy podrážděnosti nebo zloby se většina respondentů u sebe neseťkala. Odpověď ne zvolilo 68 (53,5 %) respondentů. Odpověď ano, hodně, zvolilo 23 (18,1 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 8 (6,3 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 27 (21,3 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 26 Výskyt poruch spánku



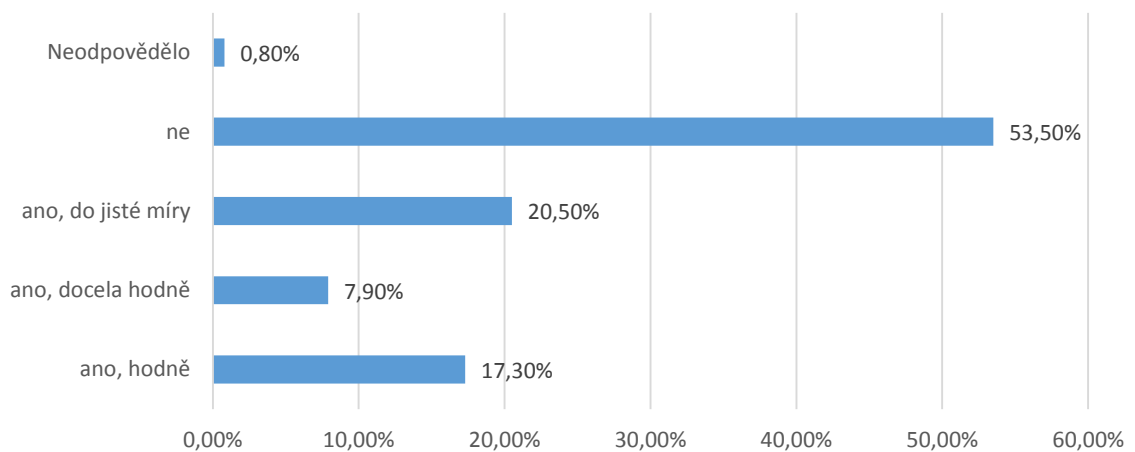
U většiny respondentů se vyskytují poruchy spánku. Odpověď ano, hodně, zvolilo 28 (22,0 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 14 (11,0 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 36 (28,3 %) respondentů. Odpověď ne zvolilo 48 (37,8 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 27 Problémy v sexuálním životě



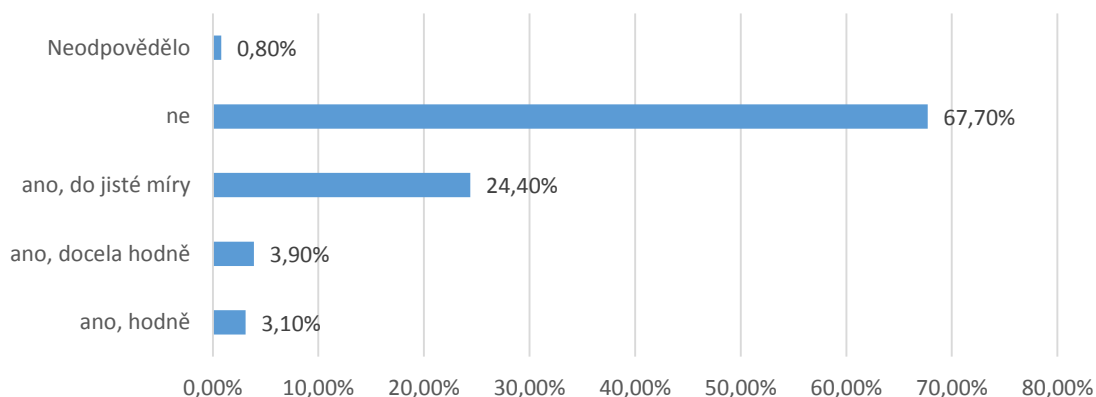
Většina respondentů nemá problémy v sexuálním životě, které souvisejí s poruchou srdečního rytmu. Odpověď ne zvolilo 84 (66,1 %) respondentů. Odpověď ano, hodně, zvolilo 7 (5,5 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 6 (4,7 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 27 (21,3 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

### Graf 28 Pocity strachu ze smrti



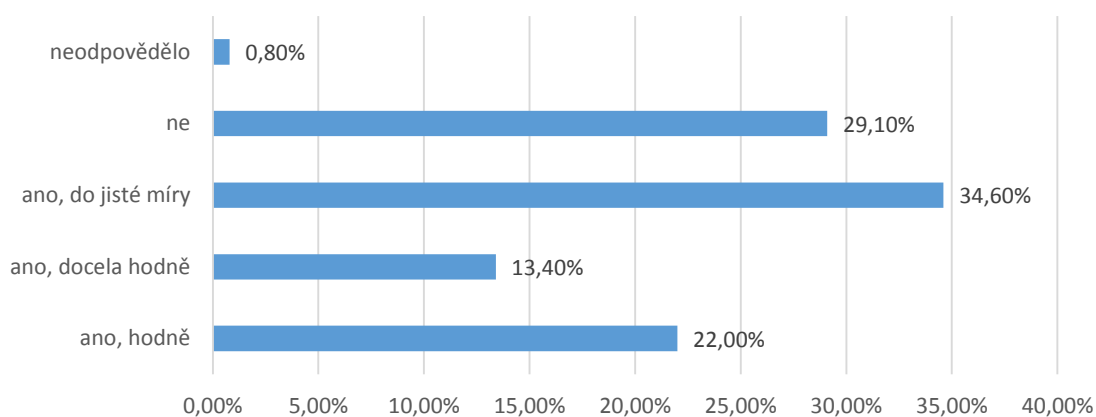
Většina respondentů nemá pocity strachu ze smrti. Odpověď ne zvolilo 68 (53,5 %) respondentů. Odpověď ano, hodně, zvolilo 22 (17,3 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 10 (7,9 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 26 (20,5 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

**Graf 29 Zhoršení životní situace v souvislosti s výskytem poruchy srdečního rytmu**



U většiny respondentů nedošlo ke zhoršení životní situace v souvislosti s výskytem poruchy srdečního rytmu. Odpověď ne zvolilo 86 (67,7 %) respondentů. Odpověď ano, hodně, zvolili 4 (3,1 %) respondenti, odpověď ano, docela hodně 5 (3,9 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 31 (24,4 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

**Graf 30 Obava z návratu problémů spojených s poruchou srdečního rytmu**



Obavou z návratu problémů spojených s poruchou srdečního rytmu trpí většina respondentů. Odpověď ano, hodně, zvolilo 28 (22,0 %) respondentů, odpověď ano, docela hodně 17 (13,4 %) respondentů a odpověď ano, do jisté míry 44 (34,6 %) respondentů. Odpověď ne zvolilo 37 (29,1 %) respondentů. Ze 127 (100 %) respondentů na tuto otázku neodpověděl 1 (0,8 %) respondent.

V rámci statistického zpracování bylo zjišťováno, zda má délka trvání arytmie dopad na zdravotní stav a kvalitu života jedince.

Z hlediska délky trvání arytmie byl soubor rozdělen do 3 částí dle kategorií trvalá nebo jednou nebo několikrát každý den, délka trvání před týdnem až měsícem a před více než měsícem. Rozložení respondentů dle jednotlivých kategorií bylo poměrně vyrovnané.

**Tabulka 2 - Délka trvání arytmie**

		Četnost	Procento	Valid procento	Kumulativní procento
Valid	1 trvalá, denní	47	37,0	37,0	37,0
	2 před týdnem až měsícem	45	35,4	35,4	72,4
	3 před více než měsícem	35	27,6	27,6	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

V další části bylo provedeno testování rozložení proměnných. Vzhledem k tomu, že proměnné, u nichž se provádělo testování, neměli normální rozdělení, byly používány neparametrické testy (viz níže).



**Tabulka 3 - Test normálního rozdělení**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ASTAsymp_BS ASTA symptom burden scale - celkové skóre	,096	124	,007	,963	124	,002
ASTAHRQOL ASTA kvalita života týkající se zdraví – celkové skóre	,146	124	,000	,914	124	,000
ASTAHRQOL_P ASTA kvalita života týkající se zdraví - fyzická dimenze	,131	124	,000	,936	124	,000
ASTAHRQOL_M ASTA kvalita života týkající se zdraví - duševní dimenze	,213	124	,000	,818	124	,000

a. Lilliefors Significance Correction

V následující tabulce byla provedena analýza jednotlivých kategorií dle délky arytmie v jednotlivých dimenzích ASTA. Zároveň byly pro potřeby porovnání jednotlivých dimenzí z hlediska délky trvání arytmie provedeny výpočty průměru a směrodatné odchylky.

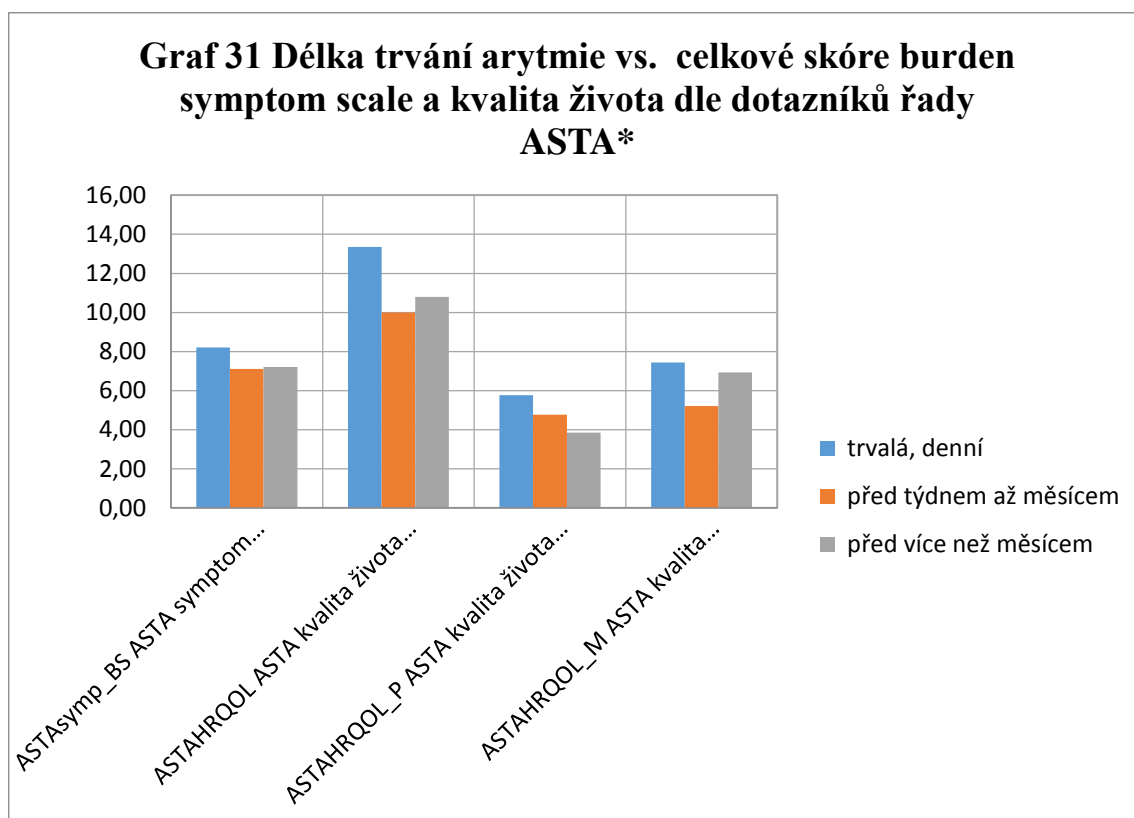
**Tabulka 4 - Délka arytmie kategorizovaná dle dimenzí ASTA**

ARYTM délka - 3 kategorizovaná ARYTM doba	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směr. odchylka	
1 trvalá, denní	ASTAsymp_BS ASTA symptom burden scale – celkové skóre	47	0	16	8,21	4,242
	ASTAHRQOL ASTA kvalita života týkající se zdraví - celkové skóre	45	0	27	13,36	8,716
	ASTAHRQOL_P ASTA kvalita života týkající se zdraví - fyzická dimenze	45	0	14	5,78	3,765
	ASTAHRQOL_M ASTA kvalita života týkající se zdraví - duševní dimenze	47	0	18	7,45	6,487
	Valid N (listwise)	45				
2 před týdnem až měsícem	ASTAsymp_BS ASTA symptom burden scale - celkové skóre	45	0	18	7,11	4,534
	ASTAHRQOL ASTA kvalita života týkající se zdraví - celkové skóre	45	0	28	10,00	8,059
	ASTAHRQOL_P ASTA kvalita života týkající se zdraví - fyzická dimenze	45	0	11	4,78	3,642
	ASTAHRQOL_M ASTA kvalita života týkající se zdraví - duševní dimenze	45	0	18	5,22	5,402
	Valid N (listwise)	45				
3 před více než měsícem	ASTAsymp_BS ASTA symptom burden scale - celkové skóre	34	0	18	7,21	4,772
	ASTAHRQOL ASTA kvalita života týkající se zdraví – celkové skóre	34	0	30	10,79	9,283

ASTAHRQOL_P ASTA kvalita života týkající se zdraví - fyzická dimenze	34	0	12	3,85	3,465
ASTAHRQOL_M ASTA kvalita života týkající se zdraví - duševní dimenze	34	0	18	6,94	6,262
Valid N (listwise)	34				

Grafické vyjádření výsledků je uvedeno v následujícím grafu.

**Graf 31 - Délka arytmie kategorizovaná dle dimenzí ASTA**



Souvislost mezi délkou trvání arytmie s celkovým skórem burden symptom scale a kvalitou života dle dotazníku řady ASTA byla testována Kruskal Wallis testem na hladině významnosti  $p < 0,05$ .

**Tabulka 5- Délka trvání arytmie vs. celkové skóre burden symptom scale a kvalita života dle dotazníků řady ASTA**

	Délka trvání arytmie			Hodnota významnosti*
	trvalá, denní	před týdnem až měsícem	před více než měsícem	
ASTAsymp_BS ASTA symptom burden scale – celkové skóre	8,21	7,11	7,21	,269
ASTAHRQOL ASTA kvalita života týkající se zdraví - celkové skóre	13,36	10,00	10,79	,186
ASTAHRQOL_P ASTA kvalita života týkající se zdraví - fyzická dimenze	5,78	4,78	3,85	,071
ASTAHRQOL_M ASTA kvalita života týkající se zdraví - duševní dimenze	7,45	5,22	6,94	,265

\* *Kruskal Wallis test na  $p < 0,05$ .*

I přes grafické rozdíly v jednotlivých proměnných řady ASTA, nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly. To znamená, že délka trvání arytmie v daném výběrovém souboru nemá dopad na celkový zdravotní stav a kvalitu života měřenou dotazníky řady ASTA.

Dalším statisticky hodnoceným kritériem kvality života pacientů s arytmií bylo vyhodnocení neklidu/úzkosti ve vztahu k vybraným ukazatelům. Těmito ukazateli byla schopnost vykonávat pracovní úkoly a studovat, schopnost fyzické aktivity, snížení schopnosti soustředit se a vyhýbání se plánování činností (dovolená, volnočasové aktivity).

Rozložení absolutních a relativních četností je patrné z následující kontingenční tabulky, ve které je vyjádřen **vztah mezi existencí neklidu či úzkosti na straně jedné a schopnosti vykonávat pracovní úkoly a studovat na straně druhé**. Pro potřeby vyhodnocení byly sloučeny kategorie „ano, hodně“ a „ano, docela hodně“ do jedné kategorie.

**Tabulka 6 – Vztah neklidu (úzkosti) a schopnosti vykonávat pracovní úkoly a studovat**

			NeklidUzk Spojene kategorie - Z2026iNeklidUzkost			Total
			0 Ne	1 Ano, do jisté míry	2 Ano, (+docela) hodně	
ASTAqol1_r rec_Z2331VedouVase PoruchySrdecnihoRyt muKTomuZeNemate SiluVykonavatPracovni UkolyStudov	0 Ne	Count	28	16	9	53
		% within NeklidUzk Spojene kategorie - Z2026iNeklidUzkost	62,2%	42,1%	20,9%	42,1%
		Adjusted Residual	3,4	,0	-3,5	
	1 Ano, do jisté míry	Count	12	11	12	35
		% within NeklidUzk Spojene kategorie - Z2026iNeklidUzkost	26,7%	28,9%	27,9%	27,8%
		Adjusted Residual	-,2	,2	,0	
	2 Ano, (+docela) hodně	Count	5	11	22	38
		% within NeklidUzk Spojene kategorie - Z2026iNeklidUzkost	11,1%	28,9%	51,2%	30,2%
		Adjusted Residual	-3,5	-,2	3,7	
Total		Count	45	38	43	126
		% within NeklidUzk Spojene kategorie - Z2026iNeklidUzkost	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pro vyhodnocení existence statisticky významné souvislosti mezi neklidem/úzkostí a schopnosti vykonávat pracovní úkoly či studovat byl použit test Chí kvadrát dobré shody. Byla rovněž vypočítána úroveň symetrie testovaných proměnných.

**Tabulka 7 – Vyhodnocení vztahu neklidu (úzkosti) a schopnosti vykonávat pracovní úkoly a studovat**

Chi-Square Tests				hodnocení koeficient r efektu
	Value	df	Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	20,674	4	,000	0,405 <b>STŘEDNÍ</b>
Likelihood Ratio	21,801	4	,000	
Linear-by-Linear Association	20,370	1	,000	
N of Valid Cases	126			

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,56.

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's	,359	,070	5,163	,000
N of Valid Cases		126			

a. Not assuming the null hypothesis.  
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Mezi hodnocením neklidu/úzkosti ve vztahu k nedostatku síly k vykonávání pracovních nebo studijních povinností existuje středně vysoká závislost. Jestliže se neklid nevyskytuje, není ani pocit, že není síla k vykonávání těchto úkolů. Totéž platí i v opačném případě. Pokud se neklid či úzkost vyskytuje, má respondent pocit, že nemá sílu vykonávat pracovní či studijní úkoly.

**Vztah mezi existencí neklidu či úzkosti na straně jedné a vyhýbáním se plánování činností (dovolené, volnočasových aktivit) na straně druhé, je patrný z rozložení absolutních a relativních četností v kontingenční tabulky č. 3, ve které byly pro potřeby vyhodnocení sloučeny kategorie „ano, hodně“ a „ano, docela hodně“ do jedné kategorie.**

**Tabulka 8 – Vztah neklidu (úzkosti) a vyhýbání se plánování činností**

			NeklidUzk Spojene kategorie - Z2026iNeklidUzkost			Total
			0 Ne	1 Ano, do jisté míry	2 Ano, (+docela) hodně	
ASTAqol4_r rec_Z2634VedouVase PoruchySrdecnihoRyt muKTomuZeSeVyhby atePlanovaniCinnosti KtereBysteS	0 Ne	Count	24	14	8	46
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	53,3%	36,8%	18,6%	36,5%
		Adjusted Residual	2,9	,1	-3,0	
	1 Ano, do jisté míry	Count	15	16	18	49
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	33,3%	42,1%	41,9%	38,9%
		Adjusted Residual	-1,0	,5	,5	
	2 Ano, (+docela) hodně	Count	6	8	17	31
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	13,3%	21,1%	39,5%	24,6%
		Adjusted Residual	-2,2	-,6	2,8	
Total		Count	45	38	43	126
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabulka 9 – Vyhodnocení vztahu neklidu (úzkosti) a vyhýbání se plánování činností**

Chi-Square Tests				koeficient r	hodnocení efektu
	Value	df	Sig. (2-sided)		
Pearson Chi-Square	14,236	4	,007	0,336	STŘEDNÍ
Likelihood Ratio	14,513	4	,006		
Linear-by-Linear Association	13,531	1	,000		
N of Valid Cases	126				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,35.					
Symmetric Measures					
	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Kendall's	,296	,074	4,013	,000
N of Valid Cases		126			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Identifikována byla rovněž statisticky významná souvislost (i když s menším účinkem) mezi existencí neklidu (úzkosti) a vyhýbání se plánování činností (např. cestování a jiné volnočasové aktivity). Tam, kde neklid či úzkost neexistuje, platí, že k vyhýbání se plánování činností nedochází, se zvýšenou mírou neklidu a úzkosti se zvětšuje tendence vyhýbat se plánování činností.

Vztah mezi existencí neklidu či úzkosti na straně jedné a snížením fyzického výkonu na straně druhé, je patrný z rozložení absolutních a relativních četností v kontingenční tabulky 10, ve které byly pro potřeby vyhodnocení sloučeny kategorie „ano, hodně“ a „ano, docela hodně“ do jedné kategorie.

**Tabulka 10 – Vztah neklidu (úzkosti) a snížením fyzického výkonu**

			NeklidUzk Spojene kategorie - Z2026iNeklidUzkost			Total
			0 Ne	1 Ano, do jisté míry	2 Ano, (+docela) hodně	
ASTAqol5_r rec_Z2735VedouVase PoruchySrdecnihoRyt muKeSnizeniFyzickeh oVýkonu	0 Ne	Count	15	5	5	25
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	33,3%	13,2%	11,6%	19,8%
		Adjusted Residual	2,8	-1,2	-1,7	
	1 Ano, do jisté míry	Count	19	18	10	47
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	42,2%	47,4%	23,3%	37,3%
		Adjusted Residual	,9	1,5	-2,3	
	2 Ano, (+docela) hodně	Count	11	15	28	54
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	24,4%	39,5%	65,1%	42,9%
		Adjusted Residual	-3,1	-5	3,6	
Total		Count	45	38	43	126
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jednoznačně rovněž platí, že existence neklidu/úzkosti vede ke snížení fyzického výkonu. Respondenti, kteří uvedli, že trpí neklidem či úzkostí ve statisticky významné míře uváděli, že tato skutečnost vede ke snížení jejich fyzického výkonu.



**Tabulka 11 – Vyhodnocení vztahu neklidu (úzkosti) a snížení fyzického výkonu**

Chi-Square Tests				
	Value	df	Sig. (2-sided)	hodnocení efektu
Pearson Chi-Square	18,677	4	,001	0,385 <b>STŘEDNÍ</b>
Likelihood Ratio	18,578	4	,001	
Linear-by-Linear Association	14,815	1	,000	
N of Valid Cases	126			
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,54.				
Symmetric Measures				
	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal Kendall's	,320	,076	4,192	,000
N of Valid Cases	126			
a. Not assuming the null hypothesis.				
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.				

**Vztah mezi existencí neklidu či úzkosti na straně jedné a snížením schopnosti soustředit se na straně druhé, je patrný z rozložení absolutních a relativních četností v kontingenční tabulky 12, ve které byly pro potřeby vyhodnocení sloučeny kategorie „ano, hodně“ a „ano, docela hodně“ do jedné kategorie.**

**Tabulka 12 – Vztah neklidu (úzkosti) a snížením schopnosti soustředit se**

			NeklidUzk Spojene kategorie - Z2026iNeklidUzkost			Total
			0 Ne	1 Ano, do jisté míry	2 Ano, (+docela) hodně	
ASTAqol6_r rec_Z2836VedouVase PoruchySrdecnihoRyt muKeSnizeniSchopno stiSeSoustredit	0 Ne	Count	34	17	5	56
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	75,6%	44,7%	11,6%	44,4%
		Adjusted Residual	5,2	,0	-5,3	
	1 Ano, do jisté míry	Count	10	15	8	33
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	22,2%	39,5%	18,6%	26,2%
		Adjusted Residual	-8	2,2	-1,4	
	2 Ano, (+docela) hodně	Count	1	6	30	37
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	2,2%	15,8%	69,8%	29,4%
		Adjusted Residual	-5,0	-2,2	7,2	
Total		Count	45	38	43	126
		% within NeklidUzk Spojene kategorie -	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**S vysokým efektem účinku a prokázanou těsnou korelací se ukazuje závislost hodnocení neklidu/úzkosti se sníženou schopností se soustředit - tady se ukazuje vztah velmi úzký a opět symetrický (bez neklidu není problém se soustředit; na druhé straně u vysoké míry neklidu/ úzkosti je přítomná i vysoká míra neschopnosti se soustředit viz tabulka 13).**

**Tabulka 13 – Vyhodnocení vztahu neklidu (úzkosti) a snížení schopnosti soustředit se**

Chi-Square Tests					
	Value	df	Sig. (2-sided)	koeficient r	hodnocení efektu
Pearson Chi-Square	61,573	4	,000	0,699	VELKÝ
Likelihood Ratio	65,760	4	,000		
Linear-by-Linear Association	52,483	1	,000		
N of Valid Cases	126				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,95.					
Symmetric Measures					
	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal Kendall's	,584	,057	10,108	,000	
N of Valid Cases	126				
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Mezi hodnocením **neklidu/úzkosti** ve vztahu k nedostatku síly k **vykonávání pracovních nebo studijních povinností** existuje středně vysoká závislost; jestliže se neklid nevyskytuje, není ani pocit, že není síla k vykonávání těchto úkolů - totéž platí i v opačném případě. Stejně je to i při hodnocení vztahu ke **snížení fyzického výkonu** a podobně i k **vyhýbání se k plánovaným činnostem** (zde ale s nižším efektem účinku). Naopak s vysokým efektem účinku a prokázanou těsnou korelací se ukazuje závislost hodnocení neklidu/úzkosti **se sníženou schopností se soustředit** - tady se ukazuje vztah velmi úzký a opět symetrický (bez neklidu není problém se soustředit; na druhé straně u vysoké míry neklidu/ úzkosti je přítomná i vysoká míra neschopnosti se soustředit.)

## Vyhodnocení stanovených hypotéz

### **H1 Délka trvání arytmie má vliv na změnu kvality života pacientů s arytmií**

Z hlediska délky trvání arytmie byl soubor 127 respondentů rozdělen do 3 částí dle kategorií trvalá nebo jednou nebo několikrát každý den (47 respondentů), délka trvání před týdnem až měsícem (45 respondentů) a před více než měsícem (35 respondentů). Rozložení respondentů dle jednotlivých kategorií je poměrně vyrovnané.

Pro ověření hypotézy bylo provedeno testování rozložení proměnných. Vzhledem k tomu, že proměnné, u nichž se testování provádělo, neměly normální rozdělení, byly používány neparametrické testy (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk).

Byla provedena analýza jednotlivých kategorií dle délky arytmie v jednotlivých dimenzích ASTA. Zároveň byly pro potřeby porovnání jednotlivých dimenzí z hlediska délky trvání arytmie provedeny výpočty průměru a směrodatné odchylky.

Souvislost mezi délkou trvání arytmie s celkovým skórem burden symptom scale a kvalitou života dle dotazníku řady ASTA byla testována Kruskal-Wallis testem na hladině významnosti  $p < 0,05$ .

Grafické vyjádření výsledků je uvedeno v následujícím grafu 31.

Signifikance v jednotlivých kategoriích byla u ASTAsymp\_BS ASTA symptom burden scale (celkové skóre) 0,269, u ASTAHRQOL ASTA kvalita života týkající se zdraví (celkové skóre) 0,186, ASTAHRQOL\_P ASTA kvalita života týkající se zdraví (fyzická dimenze) 0,071 a ASTAHRQOL\_M ASTA kvalita života týkající se zdraví (duševní dimenze) 0,265. **I přes grafické rozdíly v jednotlivých proměnných řady ASTA, nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly. To znamená, že délka trvání arytmie v daném výběrovém souboru nemá dopad na celkový zdravotní stav a kvalitu života měřenou dotazníky řady ASTA.**

**Hypotéza 1 nebyla potvrzena.**

## **H2 Úzkost v průběhu srdeční arytmie významně omezuje pracovní schopnost.**

Pro ověření hypotézy 2 a pro vyhodnocení existence statisticky významné souvislosti mezi neklidem/úzkostí a schopnosti vykonávat pracovní úkoly či studovat byl použit test  $\chi^2$  kvadrát dobré shody. Byla rovněž vypočítána úroveň symetrie testovaných proměnných (viz tabulka 6 a tabulka 7).

Pro potřeby vyhodnocení byly sloučeny kategorie „ano, hodně“ a „ano, docela hodně“ do jedné kategorie. Rozložení absolutních a relativních četností je patrné z kontingenční tabulky 6, ve které je vyjádřen **vztah mezi existencí neklidu či úzkosti na straně jedné a schopnosti vykonávat pracovní úkoly a studovat** na straně druhé. Kategorii „ne“ představovalo 53 respondentů, kategorii „ano, do jisté míry“ 35 respondentů a kategorii „ano, hodně“ 38 respondentů.

Mezi hodnocením neklidu/úzkosti ve vztahu k nedostatku síly k vykonávání pracovních nebo studijních povinností **existuje středně vysoká závislost**. Jestliže se neklid nevyskytuje, není ani pocit, že není síla k vykonávání těchto úkolů. Totéž platí i v opačném případě. Pokud se neklid či úzkost vyskytuje, má respondent pocit, že nemá sílu vykonávat pracovní či studijní úkoly.

**Hypotéza 2 byla potvrzena.**

## 4. 2 Výsledky kvalitativního výzkumu

### 4. 2. 1 Struktura výzkumného souboru 2

Tabulka 14 - Základní údaje o informantech

Informant	M /Ž	Věk	Rod.st.	Prac.	Dušnost	Palpit.	Točení hlavy	Neklid	Fyzické omezení
1.	M	72	Ženatý	Důch.	-	X	X	X	X
2.	M	42	Ženatý	Prac.	x	X	X	X	X
3.	M	61	Ženatý	Prac.	-	X	-	X	-
4.	Ž	55	Rozved.	Prac.	-	X	X	X	-
5.	M	73	Vdovec	Důch.	-	X	-	X	-
6.	Ž	66	Vdaná	Důch.	X	X	-	X	-
7.	Ž	78	Vdaná	Důch.	X	X	X	X	X
8.	Ž	59	Rozved.	Prac.	-	X	-	-	-
9.	M	71	Ženatý	Důch.	X	-	-	X	-
10.	M	67	Ženatý	Prac.	X	X	-	X	X
11.	M	71	Ženatý	Důch.	-	X	-	X	X
12.	M	69	Ženatý	Důch.	X	-	X	X	X
13.	Ž	53	Vdaná	Prac.	-	X	X	-	X
14.	M	62	Svob.	Prac.	-	-	X	-	-
15.	M	58	Ženatý	Prac.	-	X	X	X	X
16.	Ž	67	Vdaná	Důch.	X	X	X	X	X
17.	Ž	59	Rozved.	Prac.	-	-	-	X	X
18.	M	79	Ženatý	Důch.	-	-	-	-	-
19.	M	78	Ženatý	Důch.	-	X	X	X	X
20.	M	73	Vdovec	Důch.	X	X	-	-	X

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 20 informantů; 13 mužů a 7 žen ve věkovém rozmezí 42 – 79 let. Z hlediska rodinného stavu byl 1 informant svobodný, 14 informantů sezdáných, 3 rozvedení a 2 ovdovělí. Z hlediska pracovního zařazení bylo 9 informantů v pracovním procesu (resp. 8; 1 informant byl v produktivním věku, nezaměstnaný) a 11 informantů bylo ve starobním důchodu.

Osm informantů uvedlo, že trpí námahovou dušností, klidovou dušností všichni negovali. Šestnáct informantů uvádělo, že pociťuje palpitaci, deseti informantům se točí hlava, všem při pohybu hlavou. Patnáct informantů bylo vlivem arytmie neklidných, udávali stav neklidu, který před nástupem arytmie neměli. Dvanácti informantům došlo vlivem arytmie ke zhoršení fyzické výkonnosti, popisovali změnu oproti stavu před vznikem arytmie.

#### 4. 2. 2 Výsledné kategorie a subkategorie

Schéma 1 - Grafické znázornění modelu Imogene Kingové

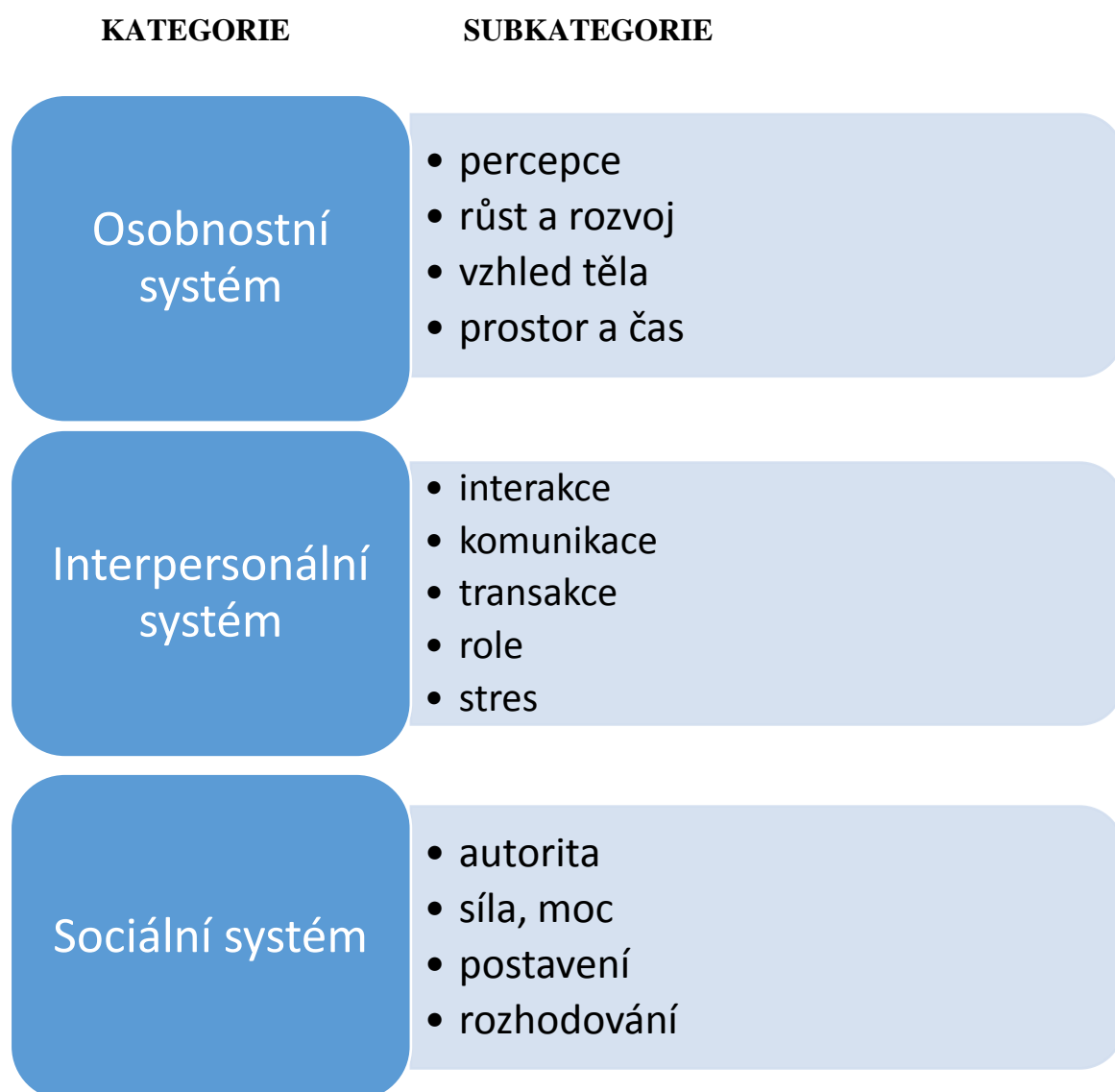


Schéma 1 znázorňuje systémové pojetí ošetrovatelského modelu Imogene Kingové, pričemž systém je členen na podsystemy – osobnostní podsystem, interpersonální podsystem a sociální podsystem. Subkategorie predstavujú zaměření, jejichž společné propojení utváří celkovou kategorii. Ve stejném sledu, v jakém jsou subkategorie ve schématu uspořádány, jsou dále v podrobném popisu řazeny.

## **Kategorie 1 - Osobnostní systém**

### **Subkategorie 1. 1 Percepce**

V oblasti vnímání byli informanti dotazováni, jak vnímají vlastní onemocnění, jakým způsobem se u nich onemocnění projevilo a co v současné době v souvislosti s arytmií prožívají.

***(Jak vnímáte vlastní stav s onemocněním arytmiie? Jak se u Vás projevovává? Co prožíváte v souvislosti s arytmií?)***

Většina dotazovaných si uvědomuje svůj zdravotní stav a závažnost onemocnění. Informant 1 uvádí: „*Vlastní stav vnímám, uvědomuji si závažnost stavu. Nikdy mi nebyla jasně definována příčina vzniku obtíží, proto ani nevím, jak bych mohl stavu zabránit. Pozoroval jsem neklid, tíseň, vnímal nepravidelnost tepu*“. Někteří dotazovaní měli s arytmií i zkušenost v rodině, jiní se s onemocněním setkali až poprvé u nich samotných. Informantka 8 popisovala, že „*vlastní stav si uvědomuji. Víím, že to není jednoduché onemocnění a stav se může vracet, znám to, má to i můj přítel.*“ Závažnost onemocnění si uvědomovali všichni dotazovaní. Někteří si toto onemocnění dávali do souvislosti s hypertenzí, se kterou se již dlouhodobě léčí, jiní arytmií zahrnovali obecně mezi onemocnění srdce a srovnávali ji s prodělaným srdečním infarktem. Někteří informanti si neuvědomují, zda se u nich arytmiie projevila po nějaké konkrétní činnosti. Informant 3 si ale vybavil, kdy se u něho arytmiie objevila poprvé: „*Arytmiie mi začala po fyzické námaze, kdy jsem kopal stání pro auto, bylo to v létě, bylo horko a já byl fyzicky dost vyčerpaný. V noci jsem nemohl vůbec spát, cítil jsem se divně. Když mi ten stav nepřestával ani za další den, jel jsem ke švagrové (zdravotní sestra), ta mi změřila tlak a řekla, že spíš než špatný tlak mám srdeční nepravidelnost. Od té doby jsem již věděl, že*

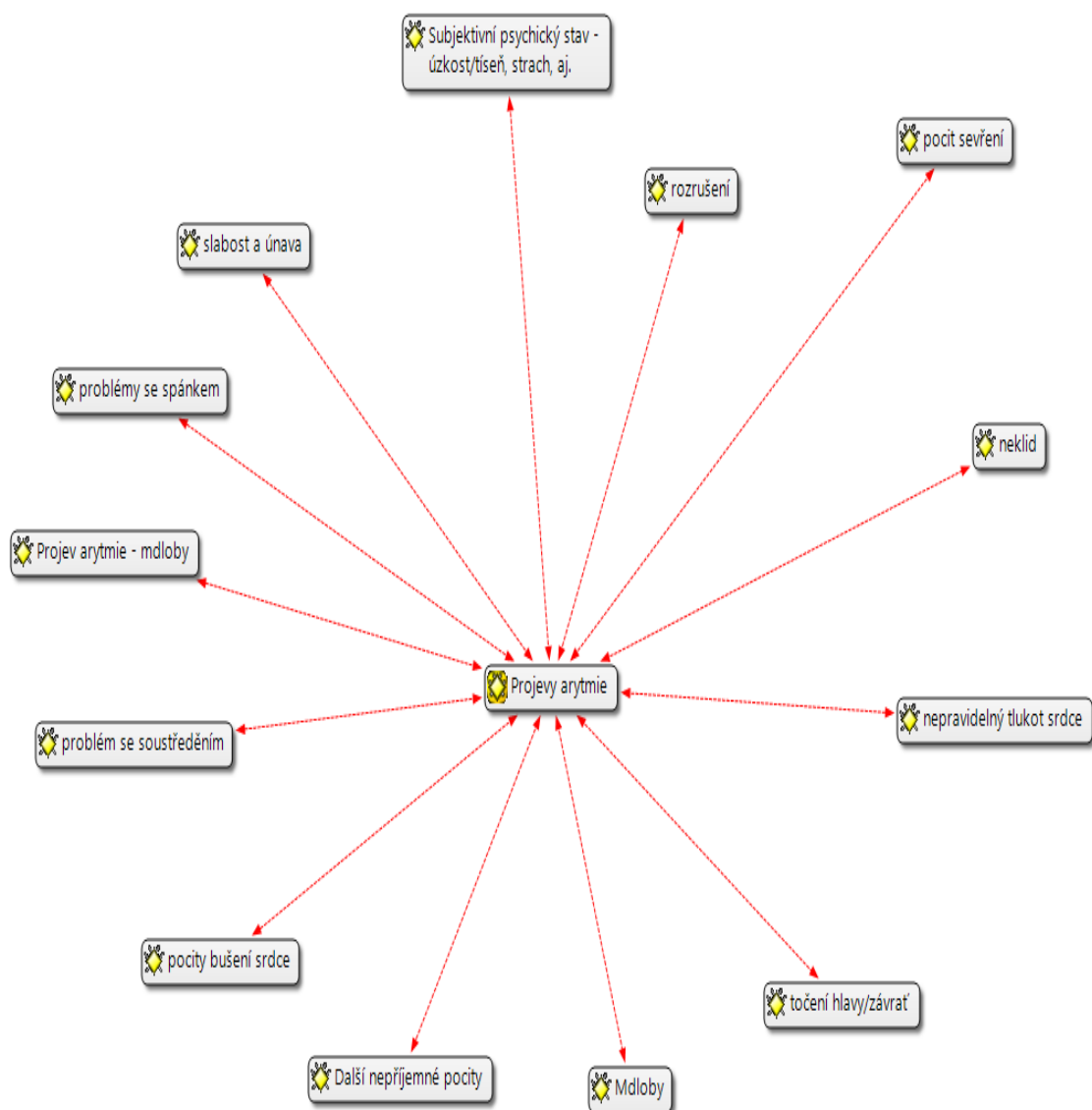


*když mám takové pocity, jedná se o arytmií“.* Stejně tak informantka 7 si přesně vybavila situace, za nichž se u ní objevila arytmie: *„Prvně mi to začalo, když mi doktoři sdělili, že mám rakovinu střeva. Asi jsem z toho byla rozrušená a možná proto mi ta nepravidelnost začala. Pak se to ještě několikrát opakovalo. Nyní mi to začalo, protože jsme sušili seno, bylo venku moc horko a možná jsem si to přivodila tím“.* Někteří dotazovaní vznik arytmie přičítali psychickým vypětím nebo rozčilením např. informantka 8, která se rozčílila v zaměstnání, ale připustila, že takových vzrušených stavů prožila mnohem víc a nikdy jindy se u ní arytmie neobjevila. Stejně tak informantka 6, která pravidelně jezdila na kole, absolvovala delší procházky i turistické pochody a navštěvovala plovárnu a také saunu, si neuvědomuje, že by změnila své návyky, přesto se po jedné návštěvě plovárny a sauny u ní arytmie objevila. Sama byla zastáncem zdravého životního stylu a popsala se jako čínorodá, relativně mladá důchodkyně (66 let), která předpokládala, že její životní styl bude spíš podporou jejího zdraví a velmi ji nastalá situace zaskočila. Proto nelze z výpovědí dotazovaných jednoznačně stanovit, z jakého důvodu, resp. jaké konkrétní situace předcházely vzniku arytmie. Všichni informanti, kteří udávali vnímání pocitů palpitace („bušení srdce“) popsali tyto pocity jako velmi nepříjemné, jako stavy, které v nich vyvolávají úzkost, neklid, tíseň. Informantka 4 popsala své pocity jako velmi výrazné, s dominancí strachu: *„Byla jsem celá rozechvělá. Nikdy mi takhle nebylo. Nevěděla jsem, čím to může být. Se srdcem jsem se neléčila, tak si to nedovedu vysvětlit. Měla strach jsem, co bude dál. Bylo mi to velmi nepříjemné. Měla jsem opravdu strach“.* Stejně tak informant 1: *„Zažívám pocit, že srdce bije nepravidelně a mám strach, že při delší pauze se již nerozběhne“.* Většina dotazovaných popsala nepříjemné pocity na hrudníku, všichni negovali pocit bolesti nebo pálení za hrudní kostí, ale charakterizovali je jako sevření hrudníku. Pacienti, kteří udali v souvislosti s arytmií dušnost, ji popsali vždycky v souvislosti s probíhající arytmií, vždy šlo o dušnost námahovou, nikoli klidovou. Někteří dotazovaní připustili, že dušnost byla způsobena psychickým rozpoložením, že se zjištěním arytmie rozrušili a měli problémy s dýcháním. Stav se vždy upravil. Žádný z dotazovaných nepřipustil, že by v souvislosti s arytmií měl poruchy stavu vědomí, nebo byl dokonce v bezvědomí. Informant 10 uvedl, že si *„vlastní stav, nebo vlastně tu arytmií, si nějak neuvědomuji. Nějak jsem o tom nepřemýšlel.“* Důvod, proč nepřemýšlel o vlastním stavu, popsal pragmaticky tak, že by s nastalým stavem nemohl stejně sám moc udělat a zamýšlet se nad změnou vnímání vlastního stavu je dle jeho vyjádření ztráta času. Také informanti 7, 18, 19 si svůj stav uvědomili spíše ve

smyslu následku stáří (78 let, 79 let, 78 let), kdy s rostoucím věkem u každého člověka onemocnění přibývají a přijali jej jako další projev stáří.

Ze získaných sdělení dotazovaných jsou projevy arytmie sumarizovány do následujících oblastí a zaznamenány v diagramu.

**Diagram 1 Popisované projevy arytmie**



Zpracováno v počítačovém programu Atlas. ti verze 7; zdroj vlastní

Dotazovaní popisují změnu subjektivně vnímaného psychického rozpoložení, popisují následující emoce – úzkost nebo tíseň, strach, rozrušení, pocit sevření, neklid, poruchu koncentrace (nemohou se soustředit). Po fyzické stránce na sobě pociťují únavu, slabost, někteří mdloby, točení hlavy až závrať. Všichni informanti udávají problémy se spánkem, ty jsou způsobené nepříjemným pocitem vnímání tlukotu vlastního srdce (palpitace), ať už nepravidelného rytmu, nebo velmi rychlé frekvence srdeční činnosti. Mezi dalšími popisovanými nepříjemnými pocity bylo „tepání na spáncích“, tlak v hlavě, pocity teplotních změn - pocit chladu se střídá s pocitem návalu horka - opocení studeným potem.

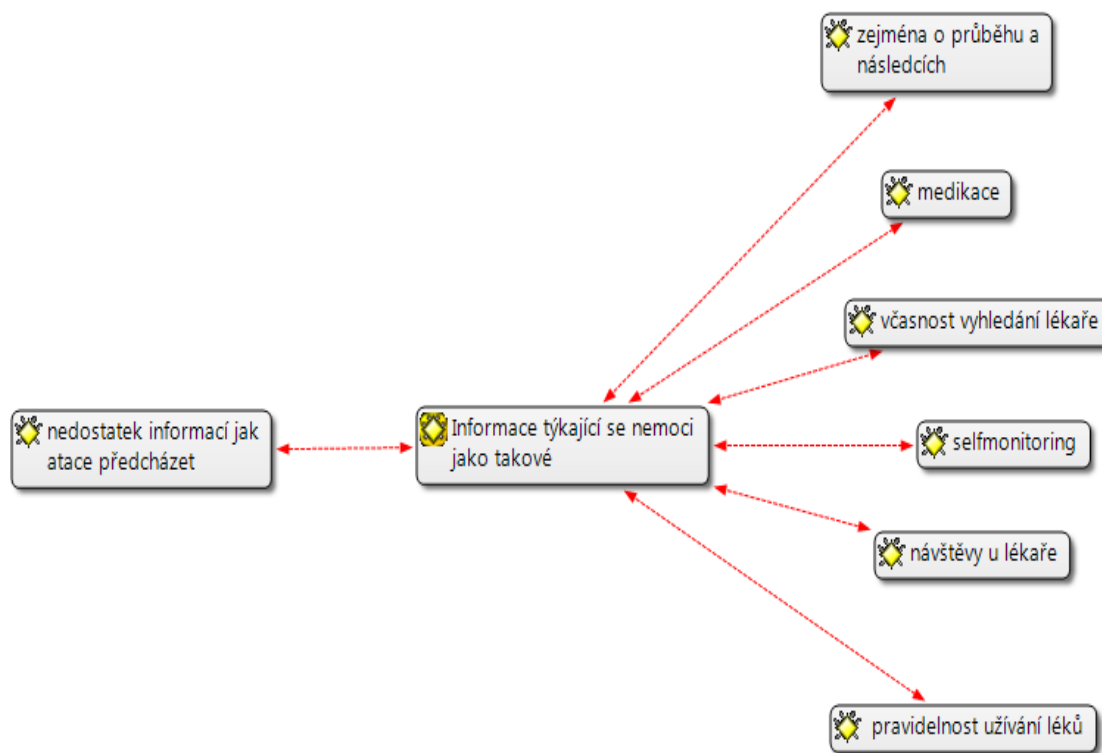
Další otázkou rozhovoru, která dokreslovala obraz vnímání sebe samé a vnímání nemoci dotazovanými, byla otázka, zjišťující informovanost o nemoci a závažnosti zdravotního stavu a o dodržování léčebného procesu, konkrétně pravidelnosti zdravotních prohlídek u lékaře.

***(Navštěvujete pravidelně lékaře? Jste o svém stavu informován/a?)***

Všichni dotazovaní měli informace o svém zdravotním stavu. Některé informace jim byly sděleny při ošetření na lůžkové ošetrovací jednotce v nemocnici, jiné jim sdělil praktický lékař při pravidelné kontrole. Někteří dotazovaní připustili, že se kontrol u lékaře obávají, informant 17 uvedl, že „k lékaři chodím pravidelně, informace mám. Mám ale dost nadváhu a tak vždycky kontrola u lékaře začíná slovy: „Už jste zhubl?“. Je mi to nepříjemné a tak např. k obvodnímu lékaři jdu, až když opravdu musím. O komplikacích arytmiie moc nevím a ani asi nechci vědět, měl bych ještě větší strach“. Informantka 6 je bývalý zdravotník – radiologická asistentka, tak na preventivní prohlídky chodila pravidelně, s lékařkou se znala osobně, tak se vždycky domluvila, co je pro ni potřeba a lékařce plně důvěřovala. Obecně lze konstatovat, že většina dotazovaných nepodcenila lékařská vyšetření a doporučené zdravotní prohlídky. Informant 15 připustil, že: „Asi bych to neměl úplně říkat, ale jsem v léčbě trochu „lemp“. Když je mi zle, sliboval bych hory doly a ve chvíli, kdy mi otrne, začnu to zanedbávat. Léky se snažím užívat pravidelně, ale někdy zapomenu“. Dotazovaní uvedli, že očekávají v průběhu lékařského vyšetření/prohlídky získání dalších informací, obvykle těch, které jim ozřejmí příčinu vzniku onemocnění a zásady předcházení vzniku arytmiie. Ne všichni dotazovaní byli schopni přijmout informaci o potencionálním zhoršení zdravotního stavu. Informant 2 uvedl:

„K lékaři chodím, ale někdy také na kontrolu zapomenu. Možná je to i tím, že se bojím, co mi řeknou, že je to horší a tak tam raději nejdu. Nakonec mne ale manželka stejně vždycky donutí jít“. Informant 1 se popsal jako více úzkostný, snažil se kontrolovat pravidelnost srdeční akce buď pohmatem na zápěstí, nebo při měření tlaku digitálním tonometrem. Byl lékaři instruován, že pro úspěšnou léčbu je důležitá včasnost odhalení arytmie a vyhledání lékaře (návštěva kardiologie). Vzhledem k tomu, že ne vždy byl schopen popsat přesný začátek arytmie (neboť jej spolehlivě nepozná), zakoupil si digitální tonometr a ten použil právě v případě, že se „cítím nesvůj“ a změna srdečního rytmu se při měření tlaku na přístroji zaznamená. Také další informanti (3, 5, 10, 20) byli lékaři informováni o důležitosti včasného vyhledání lékařského ošetření a při pocítění obtíží si sami měřili tepovou frekvenci (na zápěstí, na krku, přiložením dlaně na hrudník v oblasti úderu srdečního hrotu- „pod prsem“ - informant 3).

**Diagram 2 Přijímání informací o onemocnění**



Zpracováno v počítačovém programu Atlas. ti verze 7; zdroj vlastní

Závěrem k informovanosti o onemocnění lze konstatovat, že z výpovědí dotazovaných vyplývá, že chtějí přijímat informace o onemocnění jako takovém, o jeho podstatě, projevech, následcích a komplikacích. Jsou lékaři informováni o možnostech farmakologické i nefarmakologické léčby. Jsou jim vysvětleny zásady užívání léků (pravidelnost užívání léků, laboratorní kontroly např. při užívání Warfarinu). Velký důraz je ze strany lékařů kladen na vysvětlení důvodů včasnosti vyhledání lékařského ošetření při záchytu projevů arytmiie. Aby mohly být srdeční nepravidelnosti pacientem odhaleny, musí být náležitě instruován o sledování vlastního stavu, především o občasném měření tepové frekvence. Dotazovaní demonstují, kde si mohou vyhledat tep, jakým způsobem byli lékařem, ale i sestrou o tomto edukováni.

Informanti očekávali, že získají informace, jak se arytmií vyvarovat (jak jí předejít). Těchto informací se jim ale obvykle nedostává.

Následující otázka rozhovoru, která souvisí s vnímáním vlastního obrazu a vnímáním nemoci dotazovanými, byla otázka, zjišťující příznaky arytmiie, konkrétně stavy dušnosti, točení hlavy, závratě, mdloby a případné poruchy stavu vědomí.

***(Jaké máte příznaky onemocnění? Jste dušný/á? Máte stavy točení hlavy, závratě, pocity na omdlení, poruchy vědomí?)***

Pokud dotazovaní uváděli stavy dušnosti, pak se jednalo o dušnost námahovou, nikdo neuváděl dušnost klidovou. Informant 18 uvedl, že: „*dušný nebývám, pokud jsem měl nepravidelnost, cítil jsem spíše pocity „sevření“ než bolest nebo dušnost*“. Někteří informanti, např. informant 2 přisuzovali dušnost jiným důvodům, než vlastnímu onemocnění – „*Někdy se zadýchám, třeba při chůzi do kopce, ale když nosíte cca 30 kg navíc, tak si myslím, že to je i tím*“. Stejně tak informantka 13 připustila, že dušná bývala, ale spíš v souvislosti s rozrušením a neklidem, které u ní arytmií doprovázeli. V takových situacích se vždycky velmi lekla, byla úzkostná a měla pocit dechové tísně. Ale takové stavy zažívala, i když neměla arytmií a byla rozrušená např. v zaměstnání. Informantka 7 se léčila s chronickou obstrukční bronchopulmonální chorobou a dechové obtíže mívala i v období, kdy arytmií neměla. Užívala pravidelně léky a nebyla schopna popsat, zda se při arytmií dušnost zhoršovala, nebo zůstala stejná. Přikláněla se spíš k variantě, že byla stejná. Informant 12 dušnost negoval, byl zvyklý fyzicky pracovat a nikdy se výrazně

nezadýchával ani při takových aktivitách. Informanti, kteří měli arytmií poprvé (4, 6, 8, 14, 17) dušnost neudávali, připouštěli ale, že pro ně byla nastalá situace tak nenadálá, nová a jiná, že si možná dušnosti nevšimli (nebo si ji nepřipustili), neboť jiné příznaky byly mnohem výraznější a dušnost převýšily. Točení hlavy udala část dotazovaných, ale opět většina z nich přičítala točení hlavy jiný důvod než arytmií. Například informantka 13 uvedla: „*občas se mi hlava točí, ale to jsem si říkala, že může být k přechodu*“. Točení hlavy popsala i informantka 7, která pociťuje točení hlavy již minimálně 20 let. Vždy, když v noci vstávala na WC, musela nejprve chvíli sedět a pak až se zvednout z lůžka. Tento stav měla již dlouho a naučila se s ním žít. Proto nyní nepociťovala žádnou změnu. Někteří dotazovaní udali, že se jim hlava točí, když mají vyšší krevní tlak (informant 18: „*Když se mi hlava točí, zajdu si k obvodní paní doktorce a ta mi řekla, že mi vyskočil tlak. Proto nemůžu říct, že se mi točila hlava nyní nějak jinak, spíš jsem si to vysvětlil tím kolísavým tlakem.*“ Takové stavy zažívali častěji, ale přímou souvislost s arytmií v tom nespatořovali. Stejně tak nebyli informanti schopni vyjádřit přímou souvislost arytmiie a závratě. Většina dotazovaných závratě spíše negovala, informant 1 ji sice udal, ale nebyl přesvědčen, že ji měl při arytmií. Ví, že měl závratě při poloze ve výškách a možná si ji nyní vybavil, ale nemůže jednoznačně říci, že ji měl při arytmiích. Oproti tomu pocity na omdlení udala většina dotazovaných. Informantka 4 uvedla, že tento pocit zažila v podstatě až nyní, nikdy se jí nic podobného nepříhodilo.

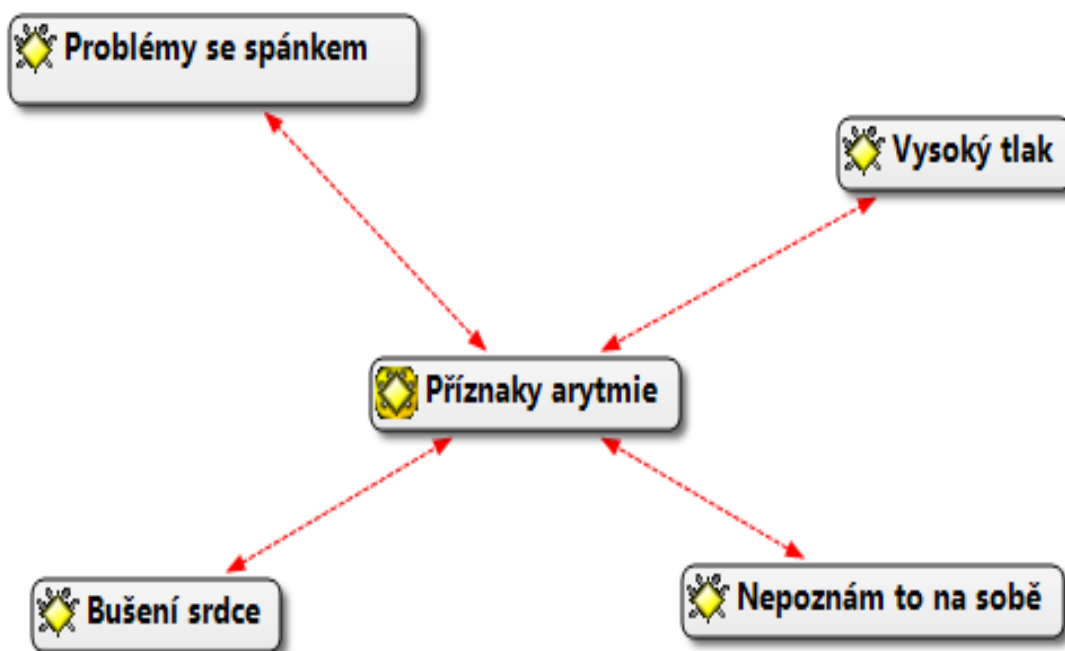
Vzhledem k tomu, že literatura popisuje v souvislosti s arytmií také možné problémy se spánkem, byla i dotazovaným položena otázka, týkající se kvality spánku.

***(Máte problémy se spánkem, které jste před arytmií neměl/a ?)***

Vesměs všichni dotazovaní připustili, že subjektivní vnímání projevů arytmiie pro ně bylo natolik jiné a nepříjemné, že se potýkali s problémy se spánkem. Obvykle měli problém usnout, neboť vnímání tlukotu vlastního srdce pro ně bylo nepříjemné, zvláště pokud byl srdeční rytmus nepravidelný nebo velmi rychlý. Informant 1 popsal, že za normálních okolností problémy se spánkem nemá, ale „*v době, kdy vnímám srdeční nepravidelnost, spát nemůžu, je mi „divně“, jsem úzkostný a vlastní srdeční nepravidelnost (vnímám ji na hrudi, v uších, v hlavě) mi nedovolí spát*“. Také informantka 7 se při dotazování na problémy se spánkem rozhovořila o tom, že zvládnout arytmií přes den celkem lze, člověk

se odpoutá od vnímání srdeční nepravidelnosti, dělá například domácí práce a stav si neuvědomuje. Ale ve chvíli, kdy si lehla do lůžka, tak měla pocit, že jí někdo kladívkem klepe do matrace. Ještě lze ležet v poloze na pravém boku, ale poloha na zádech nebo na levém boku pro ni byla velmi nepříjemná. Také informant 2 měl nepříjemné zkušenosti se spánkem při arytmií, i když připustil, že problémy se spánkem měl i při začátku své podnikatelské éry: „ *Někdy se mi tak honí hlavou, zda se mi bude dařit a firma prosperovat. Léky na spaní jsem někdy užíval, i když jsem ještě neměl arytmií. Při arytmií je spaní mnohem horší, ten pocit bušení je velmi nepříjemný. Je to, jako byste měla u hlavy zvon*“. Informant 20, který byl vdovec a žil sám v domácnosti měl problém se spánkem od úmrtí manželky. Nejen, že mu doma scházela, ale samotu si uvědomil především s ohledem na možné zdravotní indispozice a bezmoc ve chvíli, kdy by potřeboval zavolat lékařskou pomoc. Ve chvíli, kdy měl srdeční arytmií a kterou před spaním opravdu nepříjemně vnímal, si samotu uvědomoval mnohem víc. Možná i z tohoto důvodu měl problémy se spánkem, hůře usínal, v noci se často budil a vždy při tom cítil srdeční nepravidelnost. Informantka 4 trvalé problémy se spánkem negovala, ale když měla arytmií poprvé, cítila „tepání v hlavě“, jako by byla po dlouhém běhu a při usínání ji to velmi obtěžovalo. Informantka 6, která se snažila žít zdravým životním stylem, dosud vždy spala dobře. Tím, že byla dost aktivní – chodila běhat, jezdila na kole, dělala pěší výlety, tak se spánkem problémy nikdy neměla. Ani když chodila do práce. Nyní také nic nepozorovala.

**Diagram 3 Problémy se spánkem**



Zpracováno v počítačovém programu Atlas. ti verze 7; zdroj vlastní

Závěrem lze krátce shrnout, že problémy se spánkem si dotazovaní uvědomují především v souvislosti se základními příznaky arytmie, nejčastěji s vnímáním palpitace („bušení srdce“). Někteří vnímají problémy se spánkem v souvislosti s léčenou hypertenzí a ve sledovaném souboru byl i dotazovaný, který na sobě žádné příznaky arytmie, které by mu narušovaly spánek, nepocíťoval a neměl tedy se spánkem problémy.

Poslední sledovaný aspekt v oblasti vnímání sebe sama a vnímání nemoci, bylo zjišťování vztahu dotazovaných ke zdravotnickému personálu. Toto hledisko mělo být zjišťováno a analyzováno nikoli z důvodu popsání interpersonální interakce, ale z důvodů vlastního uvědomění si potřeby důvěry, bezpečí a jistoty směrem ke zdravotnickému personálu.

***(Charakterizujte svůj vztah ke zdravotnímu personálu)***

Všichni dotazovaní udali kladný vztah ke zdravotníkům, měli v ně důvěru a věřili v jejich odbornou kvalitu. Vesměs popsali pozitivní vztahy s praktickými lékaři (s výjimkou informantky 13, která měla pocit, že jí praktický lékař nedůvěřuje a obviňuje ji, že některé



své problémy zveličuje za účelem získání invalidního důvodu), byli k nim upřímní a nebáli se svěřovat se jim s dalšími problémy. Někteří oslovení popsali svůj vztah k praktickým lékařům jako vztah k „rodinnému lékaři“, převážně byli lékaři uklidňováni a byl jim vysvětlen (i opakovaně) zdravotní stav a zodpovězeny jejich dotazy, týkající se možností a postupu léčby. Informantka 7 ocenila, že jí lékaři vždy informace sdělili srozumitelně a také informovali důkladně i její dceru, která dle jejího sdělení, problematice asi více rozuměla. Specifický vztah ke zdravotnickým pracovníkům měla informantka 6, která celý život pracovala jako radiologická asistentka a vztahy se zdravotníky měla vesměs kolegiální a mezi zdravotníky měla i řadu přátel. Předávání informací pak bylo v podstatě v rovině osobní a vlídné. Informant 19 byl optimistický a doplnil, že: „ *s personálem maximálně spolupracuji, léčbě a lékařům věřím. Věřím, že současný stav bude trvalý, že se mi nepravidelnost již nevrátí*“.

#### Subkategorie 1. 2 Růst a rozvoj

Součástí osobnostního podsystemu je změna související s růstem a rozvojem nejen fyzické stránky, ale i rozvojem uvědomění si vlastního „já“. U pacientů s arytmií je na růst a rozvoj pohlíženo z hlediska uvědomění si důležitosti léčby a respektování režimových doporučení zdravotnických pracovníků, jako nástroje úpravy zdravotního stavu. Z tohoto důvodu byla dotazovaným položena níže uvedená otázka.

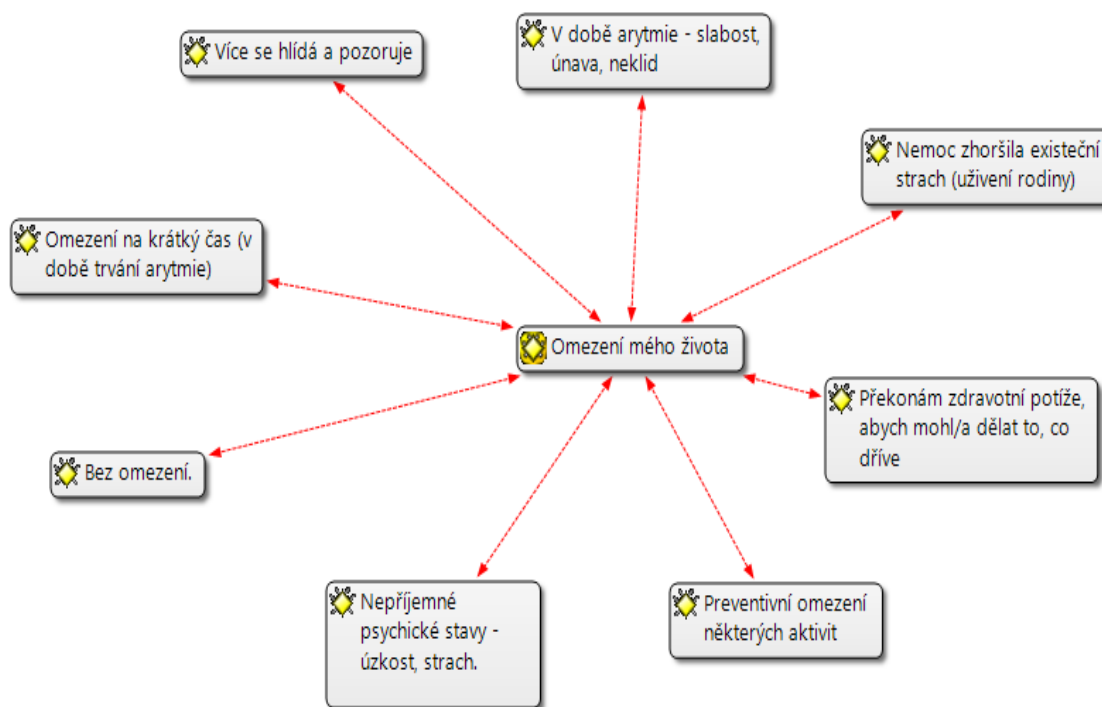
***(Uvědomujete si důležitost léčby arytmie? Máte doporučená nějaká režimová omezení?)***

Sumárně lze konstatovat, že dotazovaní si svůj zdravotní stav uvědomovali, byli připraveni spolupracovat s lékaři v postupu léčby, většina dodržovala režim užívání léků. Informantka 16 se snažila vyvarovat velkému napětí nebo stresu a zjišťovala si další informace o nemoci i o zásadách zdravého životního stylu. Informant 1 byl znepokojený tím, že nezná „spouštěcí mechanismus“ nemoci a proto neví, čeho se vyvarovat, aby se nepravidelnost neobjevila. Přestože se snaží pečovat o vlastní zdraví, věděl, že má nadváhu, omezení ve stravě se mu ale moc nedařilo, zeleninu do jídelníčku příliš nezařazoval, neboť mu nechutná. Vzhledem k tomu, že byl po operaci páteře a bolesti zad u něj přetrvávali, nemohl se příliš věnovat pohybovým aktivitám, jezdil po ČB na kole, dlouhé chůze nezvládl. Informant 3 v té souvislosti uvedl, že: „ *Tedy, když mi úplně není, tak samozřejmě buď spím, nebo ležím u televize, nebo si čtu. Ale jakmile pomine, fyzicky*

*se neomezují*“. Informantka 7 uvedla, že si uvědomuje důležitost léčby, aby nedocházelo k srdečním nepravidlostem a nenastaly komplikace. Již v minulosti prodělala mírnou mozkovou příhodu a obávala se tedy možných komplikací. Současně si ale neuvědomovala, jak by měla výrazně změnit svůj životní režim - nekouřila, alkohol nepila, pohybu měla, dle jejího mínění, doma dost, bydlela na statku a pečovala o hospodářství. Bylo jí doporučeno, aby se opatrně předkláněla, protože z důvodu občasného točení hlavy by si mohla ještě přivodit úraz. Informanti, kteří kouřili, si uvědomovali, že by měli přestat kouřit, ale nebyli si jisti, zda to zvládnou. Někteří z nich se o to již opakovaně pokoušeli, ale obvykle bez dlouhodobého efektu. Informantka 8 si uvědomovala svoji nadváhu, ale: *„to mi taky nejde moc změnit. Já to mám po rodičích, taky byli jak kuličky. Pohyb moc nemám, bolí mne kolena a kyčle, tak ani moc nechodíme. Ale spolupracovat budu, hlavně, aby mi bylo dobře“*. Přestože si informant 3 uvědomoval důležitost léčby, přesto uvedl, že: *„Důležitost léčby si uvědomuji, ale jak jsem řekl, ve chvíli, kdy je mi úplně dobře, jsem trochu lajdák. Každá další nepravidelnost mne vystraší a já si pak i sám sobě slibuji, že příště půjdu včas. Někdy totiž příznaky tajím před manželkou a promluvím o nich až třeba za 3 dny. To se asi leknu, že se to samo nespraví“*. Co se týká režimových doporučení a s tím souvisejících životních omezení, všichni oslovení se shodli v tom, že vzniklá arytmie jim navodila stav neklidu a úzkosti a omezila jejich fyzickou aktivitu. Pokud ale potíže pominuly, obvykle se vrátili ke svým aktivitám (ať pracovním nebo volnočasovým) a trvalé omezení neměli. Stejně tak dušnost způsobila (aspoň po omezenou dobu) utlumení jejich fyzické aktivity a raději spíše odpočívali. Informant 1 popsal, že se více hlídá a sleduje, zda arytmie nenastala, někdy jej tyto „úzkostné stavy strachu o sebe“ rozčilovaly, ale nemohl si pomoci. Informant 20 si žádná velká omezení nepřipustil: *„Nekouřím, nepiju, tak nemám co omezit. Žiju sám, jsem vdovec a pro jídlo v poledne si chodím do jídelny. Jezdil jsem na kole (ale jen tak po městě, ne nějaké závody), paní doktorka říkala, abych to raději omezil, aby se mi při té nepravidelnosti nezatočila hlava a abych nespádl, tak jsem to trochu omezil“*.

Omezení v životě dotazovaných pacientů s arytmií, která vyvstala z realizovaných rozhovorů, jsou shrnuta do diagramu 4.

#### Diagram 4 Omezení v životě pacienta s arytmií



Zpracováno v počítačovém programu Atlas. ti verze 7; zdroj vlastní

Omezení v životě dotazovaných pacientů s arytmií by se dala shrnout do následujících konstatování: pacienti si byli vědomi určitých limitací v běžném životě. Většinou se tato omezení týkala času, kdy u nich přetrvává arytmie, po úpravě srdečního rytmu již striktně tato omezení nedodržovali (nebo je nepotřebovali – např. fyzické omezení z důvodu dušnosti). Omezení bychom mohli rozdělit do dimenzí fyzických, psychických a sociálních (při výkladu souvislostí však můžeme zaznamenat průniky těchto dimenzí – např. psychické rozpoložení pacienta ovlivní fyzickou aktivitu a ta zase může ovlivnit sociální uvědomění si dopadů nemoci na socioekonomickou situaci domácnosti). Všichni oslovení prožívali v době trvání arytmie určitou slabost, únavu a neklid, které vedly ke snížení fyzické výkonnosti a více méně preventivně ani vyšší fyzickou námahu nevyhledávali. Pacienti byli odhodlaní překonat své zdravotní potíže, aby mohli i nadále žít život tak, jak byli zvyklí a věnovat se všem aktivitám, které provozovali dosud. Uvědomění si vlastní nemoci může v pacientech s arytmií vyvolat nepříjemné psychické obtíže – úzkost nebo strach. Úzkost může navodit stavy nadměrného se sledování a nepřiměřené obavy o vlastní život (odmítání i minimálních fyzických aktivit). Nebylo

zaznamenáno snížení sociálních kontaktů v důsledku probíhající arytmie, pacienti s arytmií se necítí býti sociálně omezeni. Ve sledovaném souboru byli i pacienti, kteří nezaznamenali žádná životní omezení, která by byla z důvodu arytmie nově nastavená.

### Subkategorie 1. 3 Vzhled těla

Vzhled těla – resp. vnímání vlastního vzhledu těla není u pacientů s arytmií tak významné, neboť toto onemocnění není primárně vizuálně zřejmé. Je možné objektivně sledovat dušnost pacienta, neklid, synkopu, ale tyto nespecifické příznaky nemusí být u každého pacienta s arytmií zaznamenané. Smyslem této části dotazování bylo však zjistit, zda si pacienti sami uvědomují (zaznamenávají sami na sobě), že jsou nějakým způsobem změněni, například i způsobem projevu.

***(Vzhled těla nebývá při arytmií změněn (např. jako po některých operacích), ale uvědomujete si nějakým způsobem, že se v době nemoci „chováte“ jinak?)***

Tak jako již v předcházejících pasážích, které pojednávaly o vnímání vlastního onemocnění a stavu, tak i v této části se dotazování opakovaně zmiňovali o stavech slabosti, únavy a neklidu. Někteří připustili, že to na nich možná bylo i zřejmé. Co ale jistě okolí zaznamenávalo, byla skutečnost, že nevyhledávali fyzickou aktivitu a více odpočívali v lůžku. Informant 15 sdělil, že ve chvíli, kdy si šel o víkend po obědě lehnout, manželka se jej hned dotazovala, zda nemá zdravotní potíže, zda mu srdce pravidelně bije. Také informantka 13 popsala, že v době trvání arytmie se vyhýbala fyzické práci v domácnosti a byla svými dětmi a manželem slovně atakována, že byla nepořádná a líná, že se jí nechce nic dělat. Nyní, dle jejího sdělení, již rodina věděla, že když více vyhledávala odpočinek a byla méně aktivní, a „bez energie“, bylo to způsobeno jejím zdravotním stavem. Informant 11 si změnu svého vzhledu uvědomoval ve změně svého chování: *„Necítím nic, že bych se vlivem arytmie změnil. Ale když mám nepravidelné bouchání srdce, cítím se slabý a unavený. A samozřejmě jsem tím pádem podrážděný“*. Informantka 16 byla přesvědčená, že by na jejím vzhledu nebo chování okolí poznalo, že má zdravotní indispozici: *„Necítím se jinak. Jen jak jsem měla ten stav, myslím si, že by okolí poznalo, že mi není dobře. Manžel říkal, že viděl, že jsem velmi rozrušená a dýchala jsem jinak.“* V podstatě lze ale konstatovat, že vlivem arytmie

necítili dotazovaní změnu vzhledu vlastního těla, připustili možnou změnu nálady a tím pravděpodobně vzbudili ve svém okolí podezření o zdravotním problému.

#### Subkategorie 1. 4 Prostor a čas

Zjišťování informací o změnách v čase a prostoru souvisí s životními změnami, které arytmie může pacientům přinést. Položená otázka dávala dotazovaným prostor k vyjádření se, zda změnila arytmie jejich časový režim, přičemž někteří dotazovaní změnu vnímali jako dočasnou po dobu trvání arytmie nebo jako časový úsek mezi opakujícími se arytmiemi (například v rozmezí 3 měsíců) nebo změnu, která nastala po proběhlé arytmií.

#### *(Změnila arytmie Váš časový režim?)*

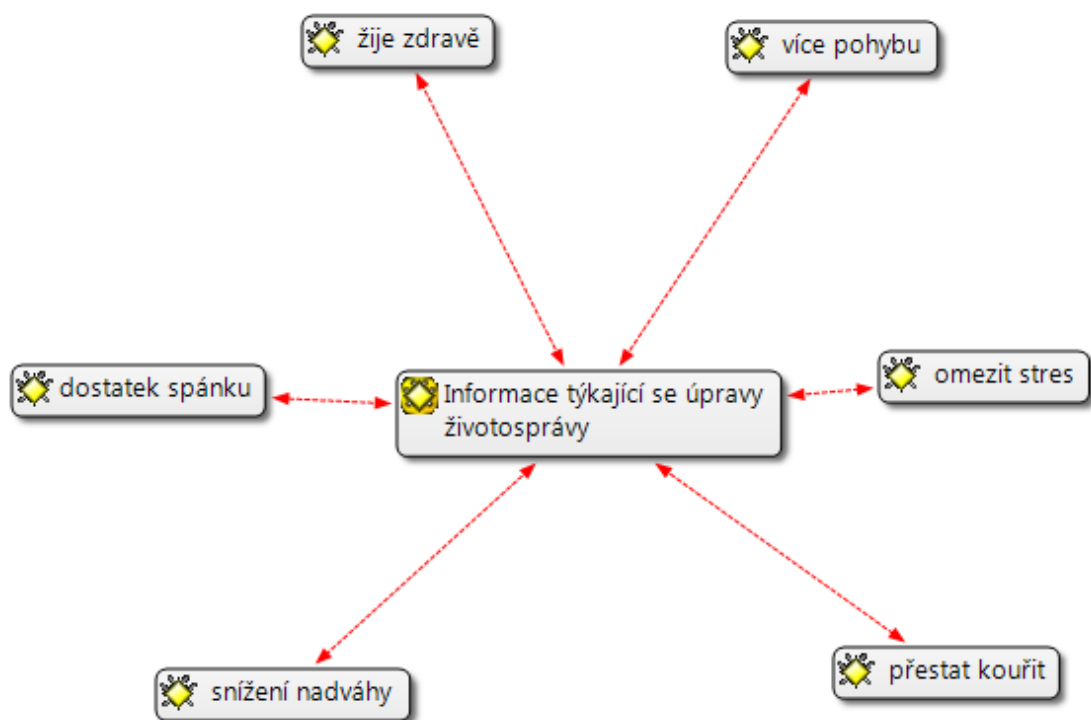
Všichni dotazovaní si uvědomili, že pokud u nich nastal stav nepravidelnosti srdečního rytmu, měli by vyhledat odbornou pomoc. Přestože informanti udali, že pro ně není hospitalizace příjemná, uvědomili si, že v domácím prostředí se obvykle stav sám neupraví. Pochopitelně většina z nich preferovala ambulantní ošetření, ale vzhledem k tomu, že ani hospitalizace po invazivním zákroku nebývá dlouhá, vesměs ji tolerovali. Hospitalizace mohla být určitou komplikací u těch, kteří byli v pracovním procesu.

Ti z dotazovaných, kteří byli starobními důchodci, velký problém v hospitalizaci nespatořovali – informant 20: „ *Umístění v nemocnici mi život nekomplikuje, neboť již do práce nechodím, totéž platí o čase – jako důchodce si ho organizuji dle vlastní potřeby*“. Podobně se vyjádřil i informant 5, který žil sám (byl vdovec) a naopak hospitalizace byla vždy pro něho změnou v jeho životního stereotypu. Jiný názor sdíleli zaměstnaní, konkrétně informant 2: „ *Pokud musím být hospitalizovaný, pak ano. Jsem soukromý podnikatel ve stavebnictví, na mně jsou závislí další pracovníci, cítím zodpovědnost i za ně. Tak jsem raději, že můžu být doma a i když ležím, nebo mám klidový režim, můžu vše řídit z domova. Ve všem mi maximálně pomáhá manželka. Snaží se mne zastoupit. Je v domácnosti, ve firmě se vyzná*“. Stejně tak dotazovaná, která chodila do zaměstnání a měla obavu, aby její nepřítomnost na pracovišti nezpůsobila problémy ostatním pracovnícům, které by za ní musely práci odvést. Z nezaměstnanosti ale strach neměla. Informantka 6 měla obavu, aby onemocnění nezměnilo její možnosti ve fungování

rodiny: „ Doufám, že mne nemoc neovlivní, že nebudu muset měnit svůj životní režim. Jsme s manželem velmi aktivní, obstaráváme zahrádku, jezdíme na kole, podnikáme spoustu výletů, jezdíme na dovolené. Pevně doufám, že se tohle nebude muset změnit, to by mi bylo moc líto. Nejen kvůli sobě, ale i kvůli manželovi a vnoučatům, která s sebou často vozíme“.

Vesměs všichni dotazovaní spojovali změnu času a prostoru s hospitalizací, nebo s ambulantním ošetřením (tzn. s návštěvou lékaře). Jejich výpovědi se shodovaly v tom, že zdravotnická instituce je místem získání nových informací, například o úpravách životního stylu. Ti informanti, kteří o edukaci hovořili, vyjádřili její přínos pro svůj další život, ocenili čas, který jim zdravotničtí pracovníci věnovali a nelitovali času, který této činnosti sami věnovali.

#### Diagram 5 Edukace o zdravém životním stylu



Zpracováno v počítačovém programu Atlas. ti verze 7; zdroj vlastní

Závěrem lze shrnout, že informace, které byly dotazovaným v rámci edukace o úpravách životního stylu předány, se týkaly především zvýšení pohybové aktivity (rekreační chůze), omezení kouření, úpravy tělesné hmotnosti (snížení nadváhy, v jednom případě se dokonce jednalo o obezitu 3. stupně), omezení stresu, zajištění dostatku spánku. Jedna informantka byla přesvědčená, že žila zdravě a dle jejího vyjádření žádnou úpravu nepotřebovala. Předložená doporučení byla dotazovanými pozitivně vnímána, nicméně připustili, že si nejsou jisti, zda budou schopni je dodržovat.

## **Kategorie 2 Interpersonální systém:**

### Subkategorie 2. 1 Interakce

V oblasti vztahů bylo zjišťováno, jak z pohledu dotazovaných probíhá navázání kontaktu se zdravotnickými pracovníky, zda považují tento vztah za optimální a zda mohou zhodnotit tento vztah jako vztah založený na důvěře.

*(Jakým způsobem navazujete kontakt se zdravotnickým personálem? Máte v ně důvěru?)*

Obecně lze konstatovat, že všichni informanti vyjadřovali spokojenost při spolupráci se zdravotnickým personálem. Ani jeden z dotazovaných nevyjádřil nedůvěru a nespokojenost při spolupráci. Pouze informantka 13, která se před časem přestěhovala z jiného města a navštěvovala nového lékaře, byla se spoluprací trochu nespokojená, neboť měla pocit, že jí lékař její problémy nevěřil. Informant 3 sám sebe hodnotil jako vstřícného a spolupracujícího, který: „*kontakt navazuji velmi dobře. Nemám problém se s každým domluvit. Lékařům důvěřuji, obvykle když mi není úplně dobře, poslechnu na slovo a vše plním přesně. A když mi otrne, pak trochu „smlouvám“. Ale nikdy se nebráním léčbě nebo doporučeným vyšetřením. Mám ale strach, asi syndrom bílého pláště (smích). Jejich rady vyslechnu, ptám se na upřesnění. Vzhledem k tomu, že jsem technik, tak se někdy ptám spíš na technickou podstatu onemocnění a léčby“.*

Vztah mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem může být ovlivněn také typem temperamentu. Dotazovaní se sami měli „přiřadit“ k temperamentu (Hippokratova typologie temperamentu – sangvinik, cholerik, melancholik a flegmatik). Informant 11

například uvedl: „*Sám bych se charakterizoval jako sangvinik – jsem celkem otevřený, komunikativní, vstřícný. Asi i proto mám ke zdravotníkům důvěru, spolupracuji se mi s nimi dobře. Poslouchám, co mi doporučí a jakou léčbu mi doporučí. Snažím se jim všechny informace o svém zdravotním stavu říct pravdivě, vždy popíšu, kdy mi stav začal, co tomu předcházelo*“. Většina dotazovaných se přiřadila k typu sangvinika, dotazovaní 3 a 8 se charakterizovali spíše jako cholericí, ale ne vždy se prý projevují „výbušně“. Připustili, že se takto zařadili spíš na základě toho, jak je obvykle hodnotilo jejich okolí. Informantka 7 popisovala svoje občasné chmurné nálady a hodnotila se jako „*občas melancholická*“.

Předpokládáme, že zdravotníci přistupují k pacientům profesionálně a vztah navazují se všemi srovnatelně vstřícně, empaticky a trpělivě. Z tohoto důvodu je zde uvedená interakce víceméně jednostranná a popisovaná pouze z pohledu dotazovaných (pacientů) bez možnosti komparace názorů zdravotníků.

## Subkategorie 2. 2 Komunikace

Při vytvoření efektivní spolupráce hraje významnou roli komunikace. Z tohoto důvodu byla i dotazovaným položena otázka o schopnosti komunikovat se zdravotníky.

***(Jak komunikujete s personálem, jak se Vám daří navázat komunikaci, měl jste někdy významný komunikační problém?)***

Žádný z dotazovaných nepřipustil komunikační problém a všichni se spokojeně vyjadřovali ke způsobu komunikace se zdravotnickým personálem. Dotazovaný 1 uvedl: „*Nemám problém navázat kontakt se sestrou, lékařem, celý život jsem pracoval s lidmi, myslím si, že jsem dost komunikativní. Rodině (manželce, dcerám) říkám vše podle pravdy, obvykle manželce hned, jakmile se mi zdá, že mám nepravdivosti a vyhledám odbornou pomoc*“. Stejně tak dotazovaný 2, který vyjadřoval spokojenost s komunikací: „*Ve firmě jsem zvyklý jednat s lidmi dnes a denně, tak mi nedělá problém domluvit se i se zdravotníky. Nejsem konfliktní, myslím si, že ani zdravotníci se mnou nemají problém, snažím se spolupracovat*“. Informant 3 uvedl, že má v příbuzenstvu zdravotníky a z toho důvodu měl i určitou výhodu, neboť některým odborným termínům rozuměl (nebo se o nich s rodinou poradil). Informantka 6, která byla zdravotnickým pracovníkem



(radiologická asistentka), vyjadřovala spokojenost při komunikaci, neboť zdravotníci jí stále považovali jako „jednu z nich“. O to větší důvěru v ně měla.

### Subkategorie 2. 3 Transakce

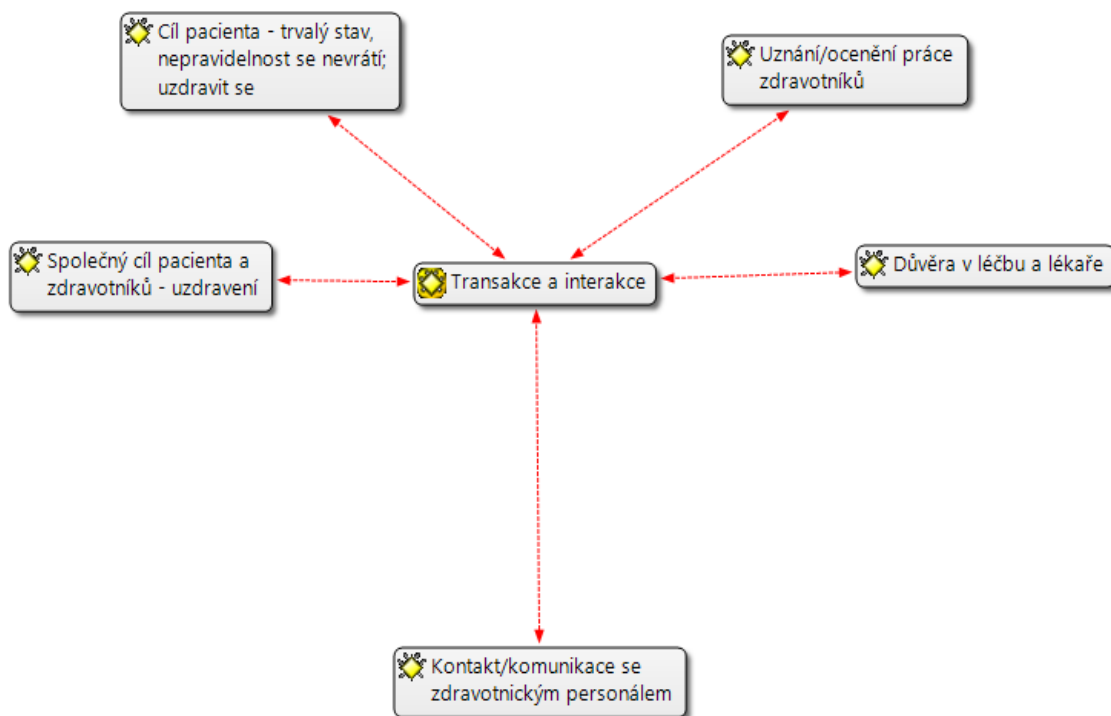
Velmi důležitou součástí spolupráce zdravotnických pracovníků a pacientů je víra pacienta v dosažení cíle - v úspěch léčby a uzdravení. Z tohoto důvodu byli informanti dotázáni, zda se snaží cíle – uzdravení, dosáhnout spoluprací se zdravotníky.

#### ***(Jak se zdravotníky spolupracujete pro dosažení cíle, uzdravení?)***

Hlavním cílem všech dotazovaných bylo zvládnout nastalou situaci, změnit srdeční arytmií na pravidelný srdeční rytmus, žít bez výrazných omezení a neprožívat neklid, který v nich vnímání srdeční nepravidelnosti navozovalo. Všichni se vyjadřovali v tom smyslu, že věří v dosažení cíle. Dotazovaný 19 uvedl: „*Zdravotníkům plně důvěřuji, vím, že v péči o zdraví je hlavním cílem dosažení pravidelného rytmu srdečního. Tohoto cíle se snažíme společně dosáhnout. Maximálně se snažím dodržovat doporučení lékařů. Léky užívám pravidelně, chodím na všechna vyšetření a kontroly. A tak pevně věřím, že se nám společně povede můj stav udržet*“. Informantka 6 charakterizovala svůj cíl takto: „*Lékařům věřím, vím, že mi chtějí pomoci, budu spolupracovat, jak bude potřeba. Víím, že některá vyšetření nemusí být příjemná, ale určitě je podstoupím, chci, abych byla řádně vyšetřena a aby se můj stav upravil. Chci zůstat stejně aktivní, jako jsem byla dosud, nedovedu si představit, že bych se musela nějak omezovat. Tak to je asi mým cílem*“.

Na základě výpovědí dotazovaných lze oblast transakce a interakce shrnout do následujícího diagramu, který je určitým vyjádřením podstaty interpersonálního systému. Základem je navázání oboustranně vstřícného vztahu, v němž hraje významnou roli efektivní komunikace.

## Diagram 6 Transakce a interakce



Zpracováno v počítačovém programu Atlas. ti verze 7; zdroj vlastní

Všichni dotazovaní měli stanovený srovnatelný cíl – chtěli dosáhnout trvalého stavu bez arytmie, chtěli se uzdravit. Nejednalo se, dle jejich vyjádření, o cíl pouze jejich; tento cíl vnímali jako cíl společný se zdravotnickými pracovníky. Také oni měli, dle vyjádření dotazovaných, zájem, aby se pacienti uzdravili. Tuto vazbu si dotazovaní uvědomovali, a proto projevíli důvěru v léčbu a lékaře. Jejich práci dokázali ocenit, stejně tak jako trpělivost, vstřícnost a empatii při komunikaci s nimi. Jako základ úspěšné spolupráce popisovali dotazovaní vstřícnou komunikaci, díky které lze navázat vztah, založený na důvěře a respektu.

### Subkategorie 2. 4 Role

Nedílnou součástí interpersonálního systému je i vnímání vlastní role, kterou/které pacienti s arytmií mohou mít změněny. Dříve než byla informantům otázka zjišťující

jejich role a v souvislosti s probíhající arytmií také změna rolí položena, byl jim pojem role vysvětlen.

***(Jaké plníte role (rodinné, profesní, společenské)? Došlo vlivem arytmiie ke změně plnění některé z Vašich rolí?)***

Všichni dotazovaní jako první svoji roli uváděli roli rodinnou. Bylo zřejmé, že ji vnímali jako stěžejní. Všichni by tuto svoji roli rádi plnili i nadále, byť si uvědomovali možná omezení. Informant 1 uvedl: „*Role plním rodinné – jsem manželem, manželka je již také ve starobním důchodu, vycházíme spolu dobře, jsme sezdáni 53 let. Mám dvě dospělé vdané dcery. Vycházím s nimi dobře, s nimi i s jejich manžely. Mám 5 vnoučat. S těmi vycházím výborně – funguji jako správný děda, vozím je na výlety, pořádám pro ně aktivity*“. Informantky 6, 7, 13 popisovaly, že by rády pokračovaly v plnění role babičky a mohly pomáhat svým dětem. Profesní role hodnotili ti informanti, kteří ještě působili v pracovním procesu (2, 3, 4, 8, 10, 13, 14, 17). Vyjadřovali se k situaci na pracovišti, někteří z nich působili i ve vedoucích postaveních. Informant 2 je majitelem menší firmy a svoji roli a vztah s podřízenými hodnotil jako dobré. Onemocnění mu nijak profesní roli neomezilo: „*Profesně jsem majitel firmy, s podřízenými mám dobrý vztah, myslím si, že mne i respektují a myslím si, že jsem je jako jejich šéf nezklamal. Snažím se vždy „hrát s nimi fér hru*“. *Arytmie mne v tom nijak neomezuje, nemusel jsem měnit třeba práci*“. Všichni informanti, kteří byli již starobními důchodci, vzpomínali na svoje profesní role a srovnávali, zda by je v době jejich pracovního zařazení arytmiie omezovala. Informantka 13 byla toho času nezaměstnaná a popisovala, že jsou její problémy tak významné, že si nedovede představit, že by v té době mohla být v pracovním provozu. Dříve pracovala jako dělnice, pracovala i docela značně fyzicky a podobnou práci by nemohla vykonávat. Momentálně práci nehledala. Dotazovaní se i velmi upřímně rozhovořili o společenských rolích, jeden informant zastával pozici komunálního politika, jiný (19) popsal, že: „*společenské role mám – bydlím v panelovém domě, jsem „domovní důvěrník“, rád pomůžu radou sousedům, pomáhám se starat o dům. Arytmie mne v těchto aktivitách neomezují*“.

Obecně lze konstatovat, že informanti si své role příliš neuvědomovali, nikdy se nad nimi takto nezamýšleli, ale po vysvětlení principu osvojení role, se na toto téma upřímně rozhovořili a sami definovali, které role zastávali. Rodinná role nebyla arytmií výrazně

ovlivněná, snad jen tím, že jejich rodinní příslušníci měli tendence jim více pomáhat a přejímat některé jejich rodinné povinnosti. Pracovní role zastávali již pouze ti informanti, kteří byli ještě v pracovním procesu (2, 3, 4, 8, 10, 13, 14, 17), ostatní – starobní důchodci, vzpomínali na dobu, kdy tuto roli plnili. Zaměstnaní informanti vyjadřovali obavu o změny, které by mohla arytmie, resp. pracovní neschopnost pro ně znamenat (především zátěž pro spolupracovníky). Necítili však ohrožení pracovního poměru, nepřipustili si možnost odchodu do invalidního důchodu, neboť situaci vyhodnotili tak, že arytmie je vždy stav přechodný a po jeho úpravě mohou zcela bez omezení fungovat. Zajímavé bylo líčení informantů na téma „společenské role“. Někteří je vnímali v širším kontextu (komunální politik, domovní důvěrník), jiní jako způsob komunikace s blízkým okolím (sousedé, spolupracovníci, přátelé). Žádná z jejich rolí nebyla významně arytmií ovlivněna, a pokud ano, vždy se jednalo o omezení po dobu trvání arytmie a po úpravě srdeční nepravidelnosti byli schopni roli opět zastávat.

#### Subkategorie 2. 5 Stres

Poslední sledovanou oblastí v interpersonálním systému je stres. Ve sledovaném souboru informanti s arytmií popisovali neklid a obavu, kterou jim srdeční nepravidelnost navozuje (viz Kategorie 1). Tyto psychické stavy mohou být umocněny nebo vyvolány stresem, který může ovlivnit i kvalitu interpersonálních vztahů. Z tohoto důvodu byla informantům položena otázka, zjišťující prožívání stresu.

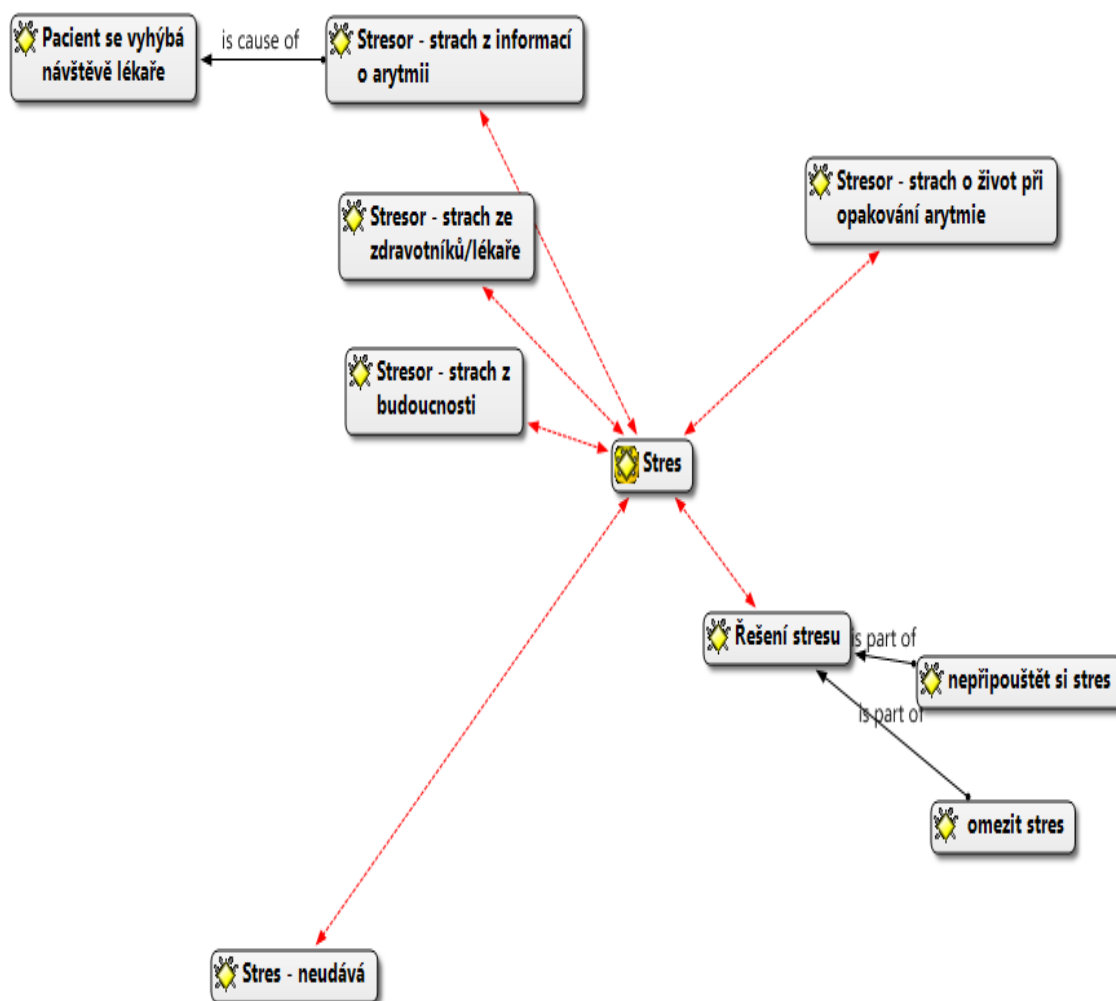
#### ***(Prožíváte stres?)***

Někteří dotazovaní (vesměs ti, kteří jsou již ve starobním důchodu) popsali, že stres neprožívají, obvykle stres řadili k faktoru, který více náleží k pracovním povinnostem. Informant 1 uvedl: „*Stres prožívám již méně, než když jsem chodil do práce. Obvykle jsem pak podrážděný, hůře spím, jsem neklidný. A samozřejmě mám větší strach, aby mi nevznikla srdeční nepravidelnost. Přestože si uvědomuji, že jako důchodce s výborným domácím zázemím a klidnými a vyrovnanými vztahy v rodině bych neměl mít důvod ke stresu, přesto jsem někdy neklidný, cítím se podrážděný, jako „roztřesený“.* Někdy (cca 2x za rok) si na to večer pár dnů užívám Lexaurin (obvodní lékařka tomu říká „na dobrou náladu“). Stres z pracovních důvodů potvrdil informant 3: „*I když si to nechci moc připouštět, tak ale stres prožívám. Asi nejvíce v podnikání. Začátky nebyly úplně*

*jednoduché, začínal jsem od nuly, vše jsem si musel vybudovat sám. Měl jsem obavu o rodinu, abych uživil manželku a malou dceru“.* Řada dotazovaných se charakterizovala jako klidný a vyrovnaný jedinec, který si nikdy stres nepřipouštěl (dotazovaný 4, 5, 6, 11, 14, 18, 19). Ostatní popsali, že jsou někdy stresováni v souvislosti s arytmií. Nevěděli, co mohou očekávat, zda dojde k úpravě srdečního rytmu, prožívali nepříjemné pocity, které jim rušily spánek a navozovaly změnu nálady a vnitřní neklid. Tyto stavy byly pro ně stresující.

Prožívání stresu, faktory, které dotazovaní udávali v průběhu rozhovoru jako stresující a způsob řešení stresu je shrnuto v diagramu 7.

**Diagram 7 Stres u pacienta s arytmií**



Zpracováno v počítačovém programu Atlas. ti verze 7; zdroj vlastní

V podstatě každý dotazovaný se o stresu vyjadřoval z jiného úhlu pohledu. Byli i tací (dotazovaný 4, 5, 6, 11, 14, 18, 19), kteří stres ve svém životě negovali. Oproti tomu jiní (například 2, 3, 10, 15, 17) vyjadřovali stres v podobě obavy o budoucnost, obavy o schopnost zůstat nezávislý, zvládnout další ataku onemocnění, zvládnout léčbu, zvládnout pracovní povinnosti tak, aby dokázali zajistit rodinu. Dalším popsaným důvodem stresu byl strach ze zdravotníků, strach z informací, které by jim lékař mohl sdělit, strach z toho, že nemoc již nelze zmírnit. Z tohoto důvodu se například informant 3 někdy vyhýbal i lékařské kontrole, neboť měl obavu, jaké informace se dozví, zda došlo ke zhoršení stavu a zda bude jeho stav řešitelný. Dalším výrazným stresujícím faktorem byl, dle výpovědí dotazovaných, strach o život při opakování arytmie (informant 1 uvedl, že má strach, aby se mu při nepravidelnosti srdce nezastavilo úplně, aby se zase „rozběhlo“). Informanti, kteří připustili, že prožívali stres, viděli možnost řešení stresu buď v jeho minimalizaci, nebo v tom, že se naučí s nastalou situací žít a nebudou si ji připouštět. Výpovědi dotazovaných se shodovaly v tom, že ke snížení stresu, způsobeného strachem z onemocnění, je důležité mít dostatek informací (o onemocnění, možnostech léčby, podpory zdraví). Potencionální deficit může ovlivnit také sestra, která vhodnou komunikací dodá pacientovi potřebné informace a tím sníží jeho strach.

### **Kategorie 3 Sociální systém:**

#### **Subkategorie 3. 1 Autorita**

Autorita může ovlivnit status pacienta s arytmií, může mít vliv na vnímání nemoci i na její prožívání. Současně může ovlivnit vztahy se zdravotnickými pracovníky i vztahy v rodině. Sledované skupině byla položena otázka, která zjišťovala potencionální změnu pozice ve skupině (rodina, zaměstnání), která byla vyvolaná arytmií.

#### ***(Jste doma nebo v zaměstnání autoritou? Ovlivňuje arytmie tuto Vaši pozici?)***

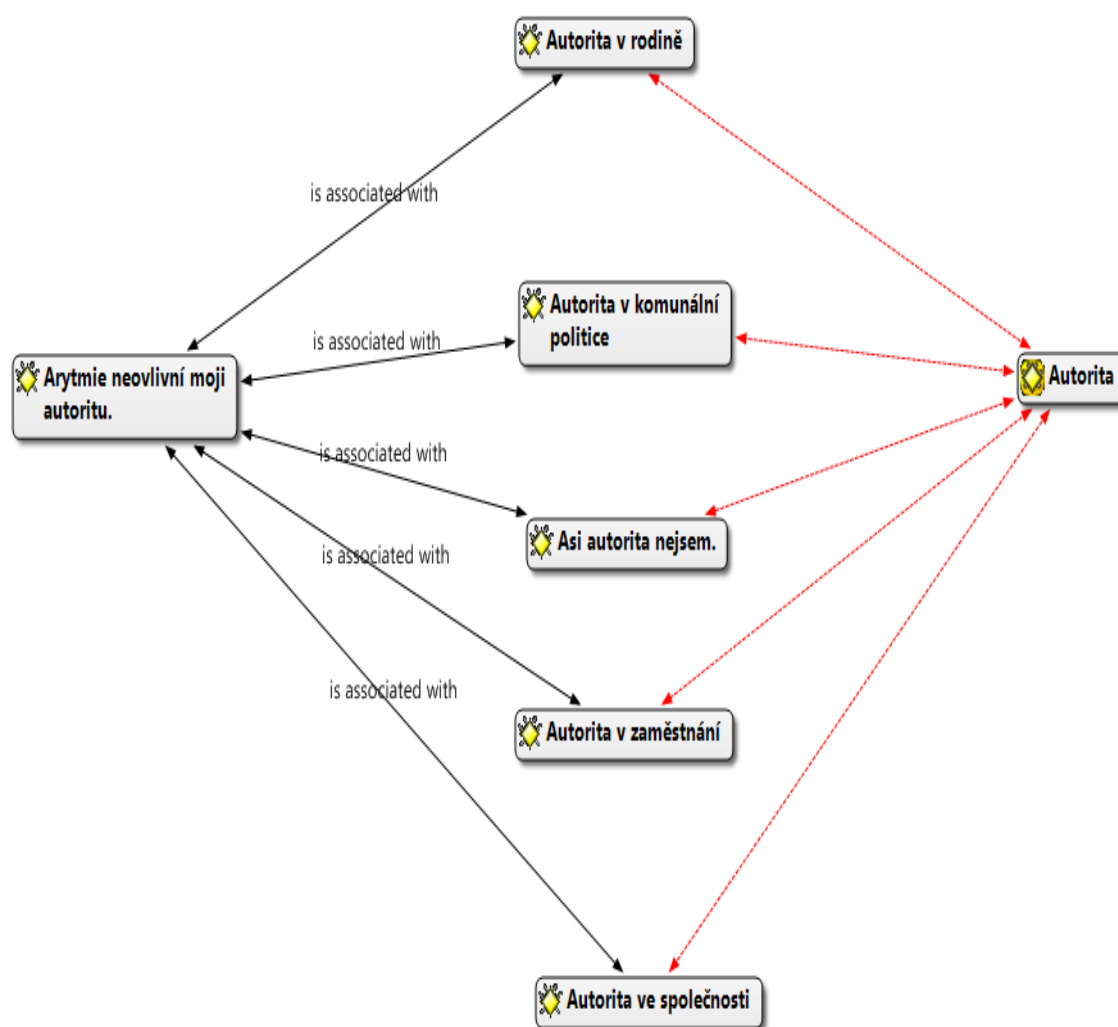
Obecně lze konstatovat, že všichni informanti pozici autority vnímali z pohledu pracovního zařazení. Ti z nich, kteří ještě působili v pracovním procesu (2, 3, 4, 8, 10, 13, 14, 17) popisovali své pracovní zařazení (hodnotili se ve vztahu k ostatním zaměstnancům, ke svým nadřízeným). Dotazovaný 2, který je soukromým podnikatelem

a majitelem firmy svoji autoritu definoval: „*Při své výšce a váze jsem doma autoritou určitě (smích). Ale vážně, doma jsem autoritou, i když se s manželkou o všem radíme, obvykle jsem to já, kdo rozhodne. V práci autoritu mám určitě, jinak bych tým zaměstnanců (chlapů) neudržel. Zatím jsem nezaznamenal, že by arytmie měla na moji autoritu vliv*“. Informanti, kteří byli již ve starobním důchodu, vesměs vzpomínali, zda byli autoritou v zaměstnání. Například informant 19 uvedl, že býval autoritou v práci (vedoucí) i v rodině, domníval se, že jej dcery i manželka respektovaly. Přestože se popisoval jako lehce dominantní, plně vždy respektoval autoritu zdravotníků a snažil se dodržovat léčebný režim a chodit na všechna vyšetření. Informantka 8 popsala, že: „*Asi vzhledem ke své povaze autorita jsem. Přítel to respektuje, v práci já respektuji vedoucího, ale mezi kolegyněmi, si myslím, jsem autorita. Ale nijak to neprosazují, ani se toho nedožadují. Jen vím, že to tak je. Jestli se arytmií zklidním a nebudu autoritativní, to zatím nevím, ale skoro si myslím, že ne*“. Informant 3 se pravděpodobně nejvíce vyjadřoval na téma autority a upřímně popsal: „*Musím upřímně říct, že jsem autoritativní typ (aspoň dle mínění manželky). Mám pocit, že mám vše řídit a organizovat jak doma, tak i v práci. Možná tomu přispívá i to, že podnikám sám a jsem zvyklý vše řídit sám. Svoji dominanci se možná i podvědomě snažím uplatnit i v komunální politice. Myslím si, že jsem respektovaný. Lidi (sousedi) za mnou chodí pro radu*“. Autoritu v rodině spíše popisovaly informantky – ženy, které vesměs uváděly, že v domácnosti je nebo byl (vdovy) autoritou manžel, ale ony mnohdy spolurozhodovaly o zásadních aktivitách rodiny. Dotazovaní – muži se více cítili autoritou v domácnosti, ale stejně tak jako ženy uváděli, že o chodu domácnosti většinou spolurozhodovali s manželkami. Nikdo z dotazovaných se nevyjádřil ve smyslu změny vlastní pozice v souvislosti s proběhlou arytmií. Informant 18 sdělil: „*Nedokážu posoudit, jestli by arytmie měla vliv na moji pozici, nikdy jsem o tom tak nepřemýšlel, ale spíš si myslím, že ne*“. Při konverzaci na téma „autorita“ se všichni dotazovaní shodně vyjadřovali k lékařům jako k autoritě. Respektovali jejich doporučení, neboť si uvědomovali, že cílem lékařského snažení je uzdravit pacienta. Přestože dotazovaní „vzhlíželi“ k lékařům jako k vysoce odborně erudovaným, oceňovali jejich chování a jednání s pacienty, jako se „sobě rovnými“. Neměli pocit povýšenosti ze strany lékaře, přestože se někdy v životě s takovým přístupem autority k druhým setkali. Informantka 7 a informant 18 se srovnatelně vyjadřovali i k autoritě sester, vnímali je jako autoritu, i když jiným způsobem, než autoritu lékaře. Přestože je sestra pro ně autoritou, zůstává v přístupu k pacientům více

„lidová“, nepoužívá tolik latinskou odbornou terminologii a dotazovaní jí více rozuměli. Současně neměli obavu se na sestru kdykoli obrátit, jak s dotazem, tak s žádostí o pomoc.

Vyjádření vztahů pacientů k autoritě lze shrnout do následujícího diagramu.

**Diagram 8 Vnímání sebe sama jako autority**



Zpracováno v počítačovém programu Atlas. ti verze 7; zdroj vlastní

Ne všichni dotazovaní se cítí být autoritou, ale pokud se vyjádřili, že zastávají tuto pozici v rodině, pak nepocítují vliv arytmií na plnění této pozice. I když ostatní informanti se



necítili být autoritou v rodině, měli pocit, že na rozhodování v rodině se spolupodíleli a skutečnost, že nejsou autoritou, jim nevadila. Ve sledovaném souboru byli dotazovaní, kteří byli autoritativní v zaměstnání, vesměs měli pocit, že si autoritu mezi zaměstnanci vybudovali sami a víceméně přirozeným respektem. Jeden informant působil v komunální politice a vnímal respekt svého okolí. V této pozici se cítil spokojený. Informanti 1, 2, 11 a 17 popisovali své pozice ve společenském životě, vnímali se jako autorita mezi přáteli, sousedy. Nikdo z informantů nedával do souvislosti svoji autoritu a arytmií, resp. změnu autority vlivem arytmie, a sice v žádné popisované oblasti (rodina, zaměstnání, společnost, komunální politika).

### Subkategorie 3. 2 Síla, moc

Vzhledem k sociálním vazbám je v rámci sociálního systému zjišťována i oblast síly a moci. Před položenou otázkou dotazovaným bylo terminologicky vyjasněno, co tato oblast představuje.

***(Cítíte se „při síle“ nebo máte pocit úbytku sil? Změnil se tento stav vlivem arytmie?)***

Většina dotazovaných reagovala na vznesenou otázkou spíše v kontextu fyzické síly, nikoli jako síly a moci z pohledu sociálního. I přesto, bylo při rozhovorech s dotazovanými zřejmé, že měli odhodlání pokračovat ve svých aktivitách, setkávat se se svými přáteli, zůstat pracovat ve svém zaměstnání. Informant 12 shrnul „svoji sílu a moc“: „*Cítím, že v době, kdy mám srdeční nepravidelnost, jsem méně výkonný, více unavený a jako kdybych ztrácel energii. Připouštím ale, že tento stav může být způsobený spíš psychickým stavem (strach z nepříjemných vlastních pocitů; ten stálý dojem, jak srdce bije nepravidelně je opravdu velmi nepříjemný). Zatím ale nemám pocit, že mne arytmie příliš omezuje v mých aktivitách, můžu s manželkou jezdit na dovolenou, jen se možná víc hlídám a pozoruji. Ale nesvazuje mne to, abych zůstal doma“.* Také informant 20 byl pozitivně laděný a uvedl: „*Celkově se cítím dost dobře, nemám pocit, že by mi ta nepravidelnost ubírala sílu. Můžu se scházet se sousedem i bývalými spolupracovníky. Můžu jezdit na houby do lesa (vlakem). Jsem takovým celkem aktivním důchodcem, a proto nemám pocit, že mne nemoc nějak výrazně omezuje“.* Informantky – ženy vnímaly svoji sílu a moc z pohledu síly v zabezpečení rodiny, domácnosti, v pomoci

svým dospělým dětem s vnoučaty. Byli i dotazovaní, kteří odpověděli, že si svoji „sílu a moc“ nepřipouští, že se nad tím nikdy nezamýšleli.

### Subkategorie 3. 3 Postavení

Sociální aspekt byl zjišťován také otázkou, která se přímo dotýkala srdeční arytmie, a sice ve vztahu k potencionální změně pozice v rodině, ve společnosti.

#### ***(Změnila arytmie nějakým způsobem Vaši pozici v rodině, ve společnosti?)***

Všichni dotazovaní se shodně vyjadřovali tak, že jejich pozice v rodině vlivem arytmie změněna nebyla. Vzhledem k tomu, že arytmie nemá výrazné vizuálně zjevné příznaky, dotazovaní si nepřipouštěli, že by je okolí – společnost mělo vnímat a přijímat jinak. Informanti 1, 9, 12 a 19 popisovali, že od té doby, co měli prvně arytmiu je rodina „více opečovávala“, měla o ně větší obavu, chtěla, aby se více šetřili a nepřetěžovali. Informant 3 odpověděl tak, jako většina ostatních dotázaných: „*Nikdy mne to nenapadlo, nemyslím si, že by arytmie měla na to vliv*“. Výpovědi dotazovaných se prolínaly s informacemi, které udávali v subkategorii 2. 4 Role, neboť při definování vlastních rolí, popisovali dotazovaní také své pozice v sociální skupině

### Subkategorie 3. 4 Rozhodování

Poslední ze sledovaných postojů dotazovaných byl jejich pohled na schopnost rozhodovat se, přijmout zodpovědnost za své rozhodnutí. Z tohoto důvodu byla dotazovaným položena otázka, zda je arytmie ovlivnila při rozhodování (např. v rámci léčebného režimu).

#### ***(Změnila arytmie Vaše rozhodování (např. více očekáváte pomoc rodiny při rozhodování o postupu léčby...)?***

Při rozhodování o postupu léčby se dotazovaní nechali ovlivnit doporučením lékaře. Že by ale jejich rozhodování bylo bezprostředně ovlivněno arytmií, neuvedl žádný z dotazovaných. Někteří informanti (1, 3, 7) byli rádi, pokud se o postupu léčby, která jim byla doporučena lékařem, mohli poradit s rodinným příslušníkem (někteří z nich byli zdravotníci), ale rozhodnutí se nezříkali sami a zůstalo na nich. Informant 2 si

uvědomoval, že se někdy rozhodl unáhleně, dle jeho slov „zbrkle“, někdy bez znalosti širších souvislostí, nebo s dostatkem potřebných informací, ale vždy se rozhodl sám. Nikdo z dotazovaných neudal, že by jeho rozhodování bylo ovlivněno arytmií.

Z realizovaných rozhovorů bylo zřejmé, že dotazovaní byli ochotni do hlubších detailů analyzovat svůj stav v rovině osobnostního systému, který jim přinášel komplexní pohled na nemoc jako takovou a na jejich vlastní prožívání nemoci. Byli nakloněni tomu, vyjadřovat své pocity a problémy, související s arytmií. Také interpersonální systém a jeho součásti přijímali dotazovaní pozitivně; vnímali zde důležitost interakce mezi pacientem (jím samým) a zdravotnickým pracovníkem, způsob jejich komunikace a navázání oboustranně přínosného vztahu. Uvědomovali si, že tuto interakci mohou sami ovlivnit. Tyto postoje jsou nesmírně důležité i pro sestru a její plánování ošetrovatelských intervencí u pacientů s arytmií, neboť navázání vstřícného vztahu s pacientem je základem efektivní spolupráce a pochopení naléhavosti diagnostických nebo terapeutických invazivních výkonů (pro pacienta někdy i nepříjemných a bolestivých). Mírně zdrženliví byli dotazovaní při otázkách kladených v rámci sociálního systému. Pravděpodobně neviděli přímou vazbu mezi jejich onemocněním a dopadem na sociální oblast života nebo nebyli zvyklí o těchto záležitostech se zdravotníky hovořit.

## 5 DISKUSE

Cílem práce bylo zmapovat kvalitu života pacientů se srdeční arytmií. Kvantitativní výzkum byl zaměřen na problémy při poruchách srdečního rytmu, přičemž sledoval příznaky specifické pro arytmiu a kvalitu života související se zdravím u pacientů s poruchami srdečního rytmu. S pomocí standardizovaného dotazníku ASTA (Arrhythmia – Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmias) byly popsány respondenty vnímané příznaky a změny v kvalitě života. V rámci kvalitativní šetření byly vedeny rozhovory s pacienty s arytmií. Kvalitativní šetření bylo zaměřeno na možnost využití koncepčního modelu Imogene Kingové do ošetrovatelské praxe u pacientů s arytmií. Rozhovory s pacienty nám daly příležitost, zaznamenat výpovědi pacientů s arytmií z bezprostřední blízkosti, zaznamenat, co pro ně onemocnění znamená a jakým způsobem arytmie ovlivnila jejich každodenní život. Vzhledem k tomu, že sledované oblasti kvality života byly v kvantitativním i kvalitativním šetření podobné, rozhodli jsme se interpretovat výsledky obou šetření v diskusi provázaně.

V kvantitativním šetření bylo vyhodnoceno 127 validních dotazníků. Vzhledem k tomu, že dotazník neobsahoval žádné identifikační údaje, respondenti mohli doplnit rok narození (věková struktura pacientů byla v rozmezí narození 1939 – 1985), nelze vyhodnotit ani genderové rozvrstvení sledovaného souboru. Jelikož byl využit standardizovaný dotazník ASTA v originální verzi a nebyly tyto identifikační údaje doplněny, akceptovali jsme při zpracování statistických dat deficit těchto možných vztahů. Ve sledovaném souboru bylo 23, 6% respondentů, kteří udávali, že měli arytmiu před méně než týdnem, 19, 7% jich uvedlo, že má poruchu srdečního rytmu jednou nebo několikrát každý den a 17, 3% respondentů trpělo trvalou poruchu srdečního rytmu. Ostatní respondenti uvedli, že u nich probíhaly arytmie v intervalu před méně než měsíce až před více než 12 měsíci. Takové průběhy arytmií jsou standardně popisovány v odborné literatuře. Táborský (2015) uvádí, že arytmie probíhají buď jako paroxysmální (záchvatovité), nesetrválé (při komorové tachykardii do 30 s), incesantní (nepřetržité, trvající obvykle déle než 12 hodin), nebo setrválé (obvykle při komorové tachykardii nad 30 s). Jednou z možností léčby srdeční arytmie je užívání farmak. Naši respondenti byli dotazováni, zda nějaké léky užívají. 73, 2% uvedlo, že ano. Bulava (2017) uvádí, že základem farmakologické léčby srdečních arytmií je podávání antiarytmik, které významně ovlivňují elektrofyziologické vlastnosti kardiomyocytů. Respondenti, kteří

označili souhlasnou odpověď, se mohli vyjádřit, jaké léky užívají. Ne všichni této možnosti využili a s ohledem na skutečnost, že medikace byla do dotazníku uvedena samotným respondentem (bez ověření ze zdravotní dokumentace), dále jsme s uvedenými údaji nepracovali. Přesto uvádíme některé respondenty uvedené léky - Rytmonorm, Cordarone, Warfarin, Betaloc, Isoptin, Propanorm, Prestarium NEO, Xarelto, Egilok, Verospiron aj. Aplikace těchto léčiv koresponduje i s názory odborných lékařů a za neúčinnější antiarytmikum je považován amiodaron, který zpomaluje vedení vzruchu ze srdečních síní na komory (Špinar et al., 2007). Zároveň byly respondenty uvedeny léky z řady antikoagulancií (např. Warfarin nebo Xarelto), které se u arytmií podávají v rámci prevence tromboembolických příhod. Na rozdíl od tradičního Warfarinu se stále častěji prosazuje podávání tzv. nových (direktních) perorálních antikoagulancií, která mají srovnatelnou nebo lepší účinnost než klasičtí antagonisté vitamínu K, ale mají nižší výskyt život ohrožujících krvácení do centrálního mozkového systému, jejich účinek je lépe predikovatelný a lékové interakce jsou dobře popsány (Táborský et al., 2014). Z našeho pohledu je užívání těchto nových přípravků také výhodou, neboť na rozdíl od léčby Warfarinem, odpadá nutné rutinní monitorování efektu léčby – pravidelná měření INR (international normalized ratio) (Špinar et al., 2011). Pacienti, kteří užívají perorální antikoagulantia, jsou edukováni lékařem i sestrou, aby byli obezřetní při svých aktivitách, neboť zvýšená krvácivost jim může i při drobných úrazech (nebo např. řezných poraněních v domácnosti) způsobit významná krvácení. Stejně tak pravidelné kontroly u praktických lékařů k vyšetření INR, mohou pacienty s arytmií limitovat v běžném životě a ovlivňovat kvalitu jejich života. Vzhledem k tomu, že první část dotazníku ASTA je zaměřená na zjišťování frekvence a délky trvání arytmiie, vnímali jsme časový faktor trvání arytmiie jako významný pro ovlivnění kvality života. První hypotéza „*Délka trvání arytmiie má vliv na změnu kvality života pacientů s arytmií*“ byla testována v rámci kvantitativní analýzy dat. Uvedená hypotéza nebyla potvrzená (viz kapitola 4. 1, dále graf 31, tabulka 5). Délka arytmiie nemá vliv na kvalitu života pacienta s arytmií. Od 70. let minulého století je pojem kvality života využíván i v medicíně, konkrétně ve vztahu k poskytovaným medicínským a zdravotnickým intervencím (Hnilicová, 2005). Systémové pojetí modelu Imogene Kingové v oblasti interpersonálního systému vnímá interakci a komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty jako velmi důležitou. Navázání optimálního vztahu je základem úspěšné spolupráce v diagnostice a léčbě. Význam komunikace a interakce byl zřejmý i z rozhovorů v rámci kvalitativního šetření.

Informanti vyjadřovali spokojenost při spolupráci se zdravotnickým personálem. Ani jeden z nich nevyjádřil nedůvěru a nespokojenost při spolupráci (subkategorie 2. 1). Stejně tak oblast transakce přináší do poskytované péče prvky interakce, informant 19 uvedl: „*Zdravotníkům plně důvěřuji, vím, že v péči o zdraví je hlavním cílem dosažení pravidelného rytmu srdečního. Tohoto cíle se snažíme společně dosáhnout. Maximálně se snažím dodržovat doporučení lékařů*“. Význam komunikace v péči o pacienty s arytmií je zřejmý také z diagramu 5, který demonstruje okruhy možných edukačních témat. Právě interakce mezi sestrou a pacientem odhalí možné problémy, které pacient s arytmií prožívá, a které lze režimovými doporučeními zmírnit. Záleží na sestře, jakými komunikačními dovednostmi zvládne předat pacientovi důležité informace o úpravě životního stylu (nadváha, pohyb, stres, kouření, spánek). Toto naše zjištění koresponduje s výzkumem Pavelkové (2015), která sledovala péči o pacienty před a po radiofrekvenční ablací, kdy 67, 4% (resp. 89, 7% při zohlednění nejen odpovědi velmi dobrá, ale i spíše dobrá) respondentů vyjádřilo spokojenost s probíhající edukací. Popisované průvodní příznaky poruch srdečního rytmu jsou uvedeny také ve vyjádření respondentů v dotazníku, kdy např. 58, 3% respondentů uvádí, že nejvýraznějším projevem jejich onemocnění je „bušení srdce“ (palpitace) (viz graf 6). Stejně tak výpovědi dotazovaných, znázorněné v diagramu 3, poukazují na to, že „bušení srdce“ je pro ně jedním z nejvíce negativně vnímaných projevů arytmie. Tato zjištění pro nás nebyla nijak překvapující, neboť i odborná literatura (Chrobák, 2007) uvádí palpitaci jako jeden z předních příznaků arytmie. Mezi další zjišťované příznaky arytmie v dotazníku ASTA patřil pocit točení hlavy nebo závrať, dušnost, slabost a malátnost, únava, neklid a úzkost. Také Aliot (2014) v rámci dotazníkové šetření AFEQT (Atrial Fibrillation Effect on Fibrillation Effect on Quality of Life) sledoval příznaky ovlivňující kvalitu života pacientů s fibrilací síní. Právě neklid a úzkost popisovaná informanty při rozhovorech nás vedla k hledání vztahu mezi neklidem/úzkostí a schopností vykonávat své pracovní povinnosti. Hypotéza 2 „*Úzkost v průběhu srdeční arytmie významně omezuje pracovní schopnost*“ byla na základě statistického vyhodnocení potvrzena. Mezi hodnocením neklidu/úzkostí ve vztahu k nedostatku síly k vykonávání pracovních nebo studijních povinností a k vykonávání každodenních činností člověka (ADL) existuje středně vysoká závislost. Jestliže se neklid nevyskytuje, není ani pocit, že není síla k vykonávání těchto úkolů. Vzhledem k tomu, že úzkost a neklid byly dominující v psychických projevech arytmie, hledali jsme i další vztahy k aktivitám jedince, které mohou ovlivnit kvalitu jeho života.

Jednou z nich je i plánování činností (dovolené, volnočasové aktivity) (graf 21), přičemž i zde byla identifikována statisticky významná souvislost (i když s menším účinkem než u pracovních činností) mezi existencí neklidu (úzkosti) a vyhýbání se plánování činností (např. cestování a jiné volnočasové aktivity). Tam, kde neklid či úzkost neexistuje, platí, že k vyhýbání se plánování činností nedochází, se zvýšenou mírou neklidu a úzkosti se zvětšuje tendence vyhýbat se plánování činností. Stejně tak neklid/úzkost může ovlivnit fyzický výkon pacienta s arytmií. Z rozhovorů vyplynulo, že v psychickém rozpoložení neklidu (informanti uváděli i pojem „rozechvění“, „vnitřní třes“) výrazně omezovali fyzickou aktivitu (někteří uváděli, že i preventivně, aby nedošlo ke zhoršení stavu). Statistické vyhodnocení vztahu mezi neklidem/úzkostí a fyzickou aktivitou také přineslo pozitivní zjištění. Jednoznačně rovněž platí, že existence neklidu/úzkosti vede ke snížení fyzického výkonu. Respondenti, kteří uvedli, že trpí neklidem či úzkostí ve statisticky významné míře uváděli, že tato skutečnost vede ke snížení jejich fyzického výkonu. Poslední vztah k neklidu/úzkosti byl testován směrem ke schopnosti se soustředit. Také zde se s vysokým efektem účinku a prokázanou těsnou korelací ukázala závislost hodnocení neklidu/úzkosti se sníženou schopností se soustředit. Vztah je velmi úzký a opět symetrický (bez neklidu není problém se soustředit; na druhé straně u vysoké míry neklidu/úzkosti je přítomná i vysoká míra neschopnosti se soustředit; viz tabulka 13). Tyto aspekty poukazují na změnu kvality života pacientů s arytmií. Odpovědí na výzkumnou otázku 1 „*Jaký vliv má onemocnění srdceční arytmie na změnu kvality života dospělého jedince?*“ může být následující konstatování: Na základě výpovědí informantů kvalitativního šetření vyplynulo, že ke změně kvality života u pacientů se srdceční arytmií dochází pouze přechodně, a to v průběhu arytmie, nikoli trvale. Změna kvality života byla dotazovanými udávána v oblasti fyzických možností (ve smyslu přechodného snížení) a psychických schopností (ve smyslu změny nálad, prožívání úzkosti). V souladu se systémovým pojetím koncepčního modelu Imogene Kingové je zřejmá gradace prožívání onemocnění v oblasti osobnostního systému – nejvýrazněji pak změny v percepci sebe sama a vnímání nemoci. Emoce, které u pacientů s arytmií převládaly, byly úzkost, neklid, tíseň, strach, které se následně odrazily v kvalitě spánku a fyzické aktivitě. Vliv arytmie na sociální stránku života pacientů se neprokázal. Stejně tak kvantitativní šetření prokázalo, že 70, 9% respondentům neznemožnila arytmie kontakt se svými rodinnými příslušníky (graf 19) a 71, 7% dotazovaným nezměnila možnost setkávat se se svými známými (graf 20). Nakolik jsou sociální kontakty významné, dokládá Heřmanová

(2012), která ilustruje „Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto“, v němž má své místo také v kategorii „belonging“, sociální napojení (rodina, přátelé, sousedi). Také další zjišťované příznaky arytmiie mohou pacienty limitovat. Pouze 26, 8% respondentů uvedlo, že se u nich neprojevila únava a 27, 6% dotazovaných pacientů s arytmií nepocíťovalo slabost nebo malátnost. Tyto další projevy mohou omezit pacienta s arytmií v saturaci vlastních potřeb. S tímto vyjádřením koresponduje i výzkumná otázka 2, která sledovala limitaci v saturaci potřeb u pacientů s arytmií. „*Jakým způsobem jsou pacienti se srdeční arytmií limitováni při saturaci vlastních potřeb?*“. Z výsledků realizovaných rozhovorů je zřejmé, že vlivem arytmiie nedochází k výrazným změnám v saturaci potřeb pacientů. V průběhu arytmiie jsou pacienti částečně limitováni ve fyziologických potřebách (spánek), potřeba jistoty a bezpečí může být vlivem přechodné hospitalizace nebo fyzického omezení mírně ovlivněna. Změny v saturaci společenských potřeb vlivem arytmiie nebyly dotazovanými verbalizovány, stejně tak jako potřeba uznání a ocenění. Informanti, kteří byli v produktivním věku a byli buď zaměstnanci, nebo soukromými podnikateli udávali přechodné změny v seberealizaci (vždy jen krátkodobě v období srdeční nepravidelnosti). Informanti, kteří byli ve starobním důchodu, tuto změnu nezaznamenali. Jednou z významných fyziologických potřeb člověka je potřeba spánku a odpočinku (Tóthová a kol., 2014). 61, 3% respondentů dotazníkového šetření uvedlo, že má problémy se spánkem (28, 3% respondentů ano, do jisté míry, 11,0% ano, docela hodně a 22,0% ano, hodně). Také z výpovědí dotazovaných vyplynulo, že měli obvykle problém usnout, neboť vnímání tlukotu vlastního srdce pro ně bylo nepříjemné, zvláště pokud byl srdeční rytmus nepravidelný nebo velmi rychlý. Informant 1 popsal, že za normálních okolností problémy se spánkem nemá, ale „*v době, kdy vnímám srdeční nepravidelnost, spát nemůžu, je mi „divně“, jsem úzkostný a vlastní srdeční nepravidelnost (vnímám ji na hrudi, v uších, v hlavě) mi nedovolí spát*“. Stejně tak další dotazovaní uváděli, že zvládnout arytmií přes den celkem lze, člověk se odpoutá od vnímání srdeční nepravidelnosti, provádí například domácí práce a stav si neuvědomuje, ale při klidu na lůžku jsou nepříjemné pocity opět výraznější. Informantka 7 uvedla, že jí nedělal problém ležet v poloze na pravém boku, ale poloha na zádech nebo na levém boku pro ni byla velmi nepříjemná, neboť velmi intenzivně srdeční nepravidelnost vnímala. Nejen problémy se spánkem, ale i další omezení v životě pacienta s arytmií jsou uvedeny ve výpovědích dotazovaných. Tato omezení byla i hledána v souvislosti se stanovenou třetí



výzkumnou otázkou. „*V jakých oblastech dochází u pacientů se srdeční arytmií k nejvýraznějšímu omezení?*“. Vlivem srdeční arytmie dochází k určitým životním omezením. Všichni informanti se shodují v tom, že tato limitace byla pouze přechodná, po dobu trvání arytmie a obvykle dlouhodobě nesetrvává. Vesměs se jednalo o dočasné omezení fyzické aktivity. Jednotlivá omezení v životě pacienta s arytmií jsou zaznamenána do diagramu 4. Vlivem strachu, úzkosti a neklidu nastávala u pacientů únava, dočasně (někteří udávali i preventivně) omezovali své aktivity. Psychickým vypětím (strachem z přetrvání nemoci, strachem o vlastní život) u nich převládaly obavy o ekonomické zajištění rodiny. Někteří dotazovaní se obávali, aby mohli žít plnohodnotným životem, jako dříve (před vznikem arytmie). V rámci systémového pojetí modelu Imogene Kingové nebyly u pacientů se srdeční arytmií zaznamenány výrazné změny v rolích a autoritě. Zhoršení životní situace v souvislosti s výskytem poruchy srdečního rytmu (jako jednu z možností životní limitace) popřelo 67, 7% respondentů dotazníkového šetření (graf 29). Tato skutečnost dokládá, že pokud není arytmie trvalá, nemusí docházet k výrazným omezením, s dopadem na životní situaci. Oproti tomu uvádíme stanovisko informanta 2, který popsal: „*Při arytmií se o sebe víc bojím, bojím se o budoucnost rodiny. Mám strach, aby mi to srdce „nevyplo“ a nebylo mi pomoci. Z toho někdy nespím, bojím se o sebe, nebo spíš o to, jak by to manželka a malé děti beze mne zvládli*“. Další omezení v životě pacienta s arytmií může navodit stres. Dotazovaní uváděli, že stresem je pro ně obava o budoucnost, obavy o schopnost zůstat nezávislí, zvládnout další ataku onemocnění, zvládnout léčbu, zvládnout pracovní povinnosti tak, aby dokázali zajistit rodinu. Byl popsán i strach ze zdravotníků, strach z informací, které by jim lékař mohl sdělit, strach z toho, že nemoc již nelze zmírnit. Pospíchal (2018) uvádí, že v jeho sledovaném souboru pacientů s ischemickou chorobou srdeční, kteří podstupovali koronarografické vyšetření, většina pocit úzkosti (nebo strachu) udávala. Jednalo se, stejně tak jako v našem výzkumném souboru, o obavu z budoucnosti, obavu z nevléčitelnosti nemoci, obavu z návratu nemoci. Informant 1 uvedl, že měl strach o život při opakování arytmie. V dotazníkovém šetření 53, 5% respondentů uvedlo, že strach ze smrti nepocítuje. Rosolová a kol. (2013) uvádí jako jeden z rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění vliv stresu. Informanti, kteří udávali, že prožívali stres, sami navrhovali způsoby řešení. Jednou z variant byla minimalizace stresu – odstranění příčin stresových faktorů, druhou variantou bylo naučit se s nastalou situací žít a nepřipouštět si ji. Výpovědi dotazovaných se shodovaly v tom, že ke snížení stresu,

způsobeného strachem z onemocnění, je důležité mít dostatek informací (o onemocnění, možnostech léčby, podpory zdraví). Potencionální deficit může ovlivnit také sestra, která vhodnou komunikací dodá pacientovi potřebné informace a tím sníží jeho strach. Zde se opět ukazuje optimální aplikace ošetrovatelského modelu Imogene Kingové, která v rámci interpersonálního systému prostřednictvím efektivní komunikace a účelné interakce získá důvěru pacienta. Dalším omezením v životě pacienta s arytmií může být omezení pracovní schopnosti. Některé souvislosti již byly popsány v souvislosti s úzkostí a nemožností vykovávat pracovní nebo studijní povinnosti. V rámci kvalitativního šetření bylo obecně zjišťováno, zda má arytmie dopad na pracovní schopnost. Výzkumná otázka 4: „*Došlo vlivem srdeční arytmie u pacientů k omezení pracovní schopnosti?*“ Z výpovědí informantů vyplynulo, že ano. Pracující informanti vypověděli, že vlivem arytmie u nich došlo k omezení pracovní schopnosti, která se projevila jednak dočasně (hospitalizace, doporučený klid po kardioverzi) nebo i dlouhodobě (více se „šetří“, snaží se žít více klidně, vyrovnaně, bez stresu a v souladu s dodržováním zdravého životního stylu). Žádný z dotazovaných však neukončil pracovní proces v souvislosti arytmií. Jedna informantka byla nezaměstnaná a dle jejího vyjádření se necítí zdravotně tak, aby mohla do zaměstnání nastoupit (pracovala jako dělnice). Dotazovaní – starobní důchodci porovnali, že pokud by srdeční arytmií onemocněli v době jejich pracovního zařazení, nemuseli by změnit svoji pracovní pozici nebo předčasně odejít do důchodu. Nikdo z nich nepracoval na takové pracovní pozici, ve které by arytmie byla základní překážkou vykonávání profese. Přestože nikdo z informantů neuvedl jako příčinu omezení pracovní schopnosti dušnost, mohla by být jedním z důvodů. Chrobák et al. (2007) dušnost uvádí jako jeden z možných příznaků arytmie. Respondenti dotazníkového šetření v 43, 3% uvedli, že netrpí dušností při pohybu (34, 6% uvedlo, že ano, do jisté míry, 15, 7% ano, docela hodně a 5, 5% ano, hodně). Klidovou dušnost negovalo 74, 8% respondentů. Informanti dušnost klidovou negovali všichni, námahovou část připouštěla, ale vesměs ji dávala do souvislosti s psychickým rozpoložením – neklidem, úzkostí, které v nich navozovaly potřebu rychlejšího dýchání. Někteří informanti dále uvedli, že mají nadváhu (nebo obezitu) a s tím spojenou dušnost. Přímou souvislost mezi dušností a arytmií nevyjádřil žádný dotazovaný. Také Pospíchal (2018) uvádí problémy s dýcháním jako jedno z výrazných omezení v životě pacienta s ischemickou chorobou srdeční. Někteří dotazovaní z jeho výzkumu pocit dechové tísně uváděli, nebo ji spojovali s tlakem na hrudi. Změnu kvality života pacientů může způsobit také porucha stavu vědomí při

poruchách srdečního rytmu. Bulava (2017) uvádí, že jedním z nejčastějších mechanismů vedoucích k synkopě může být i srdeční arytmie. Všichni dotazovaní v kvalitativním výzkumu popírali, že by v souvislosti s arytmií prožili synkopu nebo presynkopický stav. Oproti tomu v kvantitativním šetření uvedlo 18, 1% respondentů, že někdy v souvislosti s arytmií presynkopu zažilo a 7, 1% respondentů dokonce uvedlo, že prodělali v souvislosti s arytmií úplnou ztrátu vědomí. Připustíme li, že tito pacienti mohou dlouhodobě absolvovat antikoagulační léčbu, může být náhle vzniklá ztráta vědomí i příčinou život ohrožujících úrazů, spojených s následným krvácením.

V současné době je pojem kvality života orientován převážně do roviny medicínské. Lékaře zajímá, jakou kvalitu života mají lidé s různými onemocněními nebo jaký dopad má jimi ordinovaná terapie na kvalitu života léčených. Hnilicová (2005) uvádí, že hlavní zaměření sledování kvality života ve zdravotnictví je orientováno do oblastí fyzického a psychosomatického zdraví. V kontextu výše uvedeného je využití koncepčního ošetrovatelského modelu Imogene Kingové optimálním řešením pro posuzování a plánování ošetrovatelské péče u pacientů s arytmií. Naše poznatky, získané z rozhovorů s pacienty s arytmií, tříděné dle definovaných systémů (osobnostní, interpersonální, sociální) nás utvrdily v přesvědčení, že komplexní pohled na problémy pacienta lze získat pouze za předpokladu, že zmapujeme skutečně pacientův současný stav jako celek, včetně popisu jeho prožívání. Mnohdy i zdánlivě bezvýznamné informace mohou přispět k navázání takových vztahů, které pomohou pacientovi zvládnout pro něho novou situaci. Sledování subjektivně hodnocené kvality života pacienta s arytmií a využití interakčního modelu Imogene Kingové prokazuje jedinečné doplnění komplexního pohledu na pacienta a usnadňuje sestřám plánovat a poskytovat individualizovanou ošetrovatelskou péči.

## 6. ZÁVĚR

Předložená disertační práce přináší ucelený pohled na problematiku kvality života pacientů se srdeční arytmií. Cílem práce bylo zmapovat kvalitu života pacientů s arytmií a ověřit možnost aplikace ošetrovatelského modelu Imogene Kingové do ošetrovatelské péče. Pro naplnění cílů práce byla zvolena kvantitativní i kvalitativní technika sběru dat. Kvantitativní sběr dat probíhal s využitím standardizovaného dotazníku ASTA, který mapuje kvalitu života a specifické příznaky u pacientů s poruchami srdečního rytmu. Pro statistické zpracování bylo využito 127 validních dotazníků. V rámci kvalitativního šetření byly vedeny rozhovory s dvaceti informanty, vybranými záměrným kritériálním výběrem. Stanovené hypotézy byly statisticky ověřeny, přičemž u první hypotézy, která předpokládala, že délka trvání arytmie má vliv na kvalitu života respondentů, nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl. Lze tedy konstatovat, že délka trvání arytmie v daném výběrovém souboru nemá dopad na celkový zdravotní stav a kvalitu života měřenou dotazníky řady ASTA. Druhá hypotéza předpokládala, že úzkost u pacientů s arytmií omezuje jejich pracovní schopnost. V tomto případě byla stanovena středně vysoká závislost a konstatováno, že úzkost ovlivňuje pracovní schopnost pacientů s arytmií. Další životní omezení a prožívání nemoci bylo popsáno díky kvalitativnímu výzkumnému šetření. Zde informanti uváděli své subjektivní pocity, které v nich srdeční arytmie vyvolala a dopady projevů onemocnění na kvalitu jejich života. Koncept kvality života byl v rámci kvalitativního šetření umocněn aplikací ošetrovatelského modelu Imogene Kingové. Tento interakční model nabízí mapování prožívání nemoci z hlediska interakce a transakce a vyzdvihuje potřebu kvalitních vztahů a komunikace při poskytování ošetrovatelské péče.

Současné moderní zdravotnictví přináší řadu pokrokových a pro pacienty mnohdy život zachraňujících léčebných postupů. Je kladen důraz na kvalitu a bezpečí při poskytování zdravotní péče. Neměli bychom ale zapomínat na křehkou a zranitelnou duši pacienta, který, stejně tak, jako každý z nás, očekává poskytnutí pomoci, která bude pro něho představovat návrat ke svému obvyklému životu, ke své rodině, přátelům, ke své profesi, ke svým rituálům a životním hodnotám. Každý z nás má jinou představu o kvalitě vlastního života, nicméně všichni chceme prožívat svůj život tak, aby nám přinášel radost a uspokojení. Ošetrovatelský model Imogene Kingové dává sestřám do rukou nástroj, pomocí něhož lze dosáhnout poskytování kvalitní, holistické a individualizované

ošetřovatelské péče. Tato péče je poskytována empatickou sestrou, která v přetechnizovaném světě nezapomíná na fakt, že pacient je člověk, který v těžkých chvílích nemoci potřebuje pomocnou ruku a hřejivé slovo. I v současném moderním světě bychom neměli zapomínat na poselství Florence Nightingale, pro níž byl pacient a jeho potřeby vždy středem zájmu a každá složka jeho života měla takovou váhu, kterou jí sám pacient přiřadil. I v tehdejší době hodnotili lidé kvalitu svého života, ale lékařská věda nebyla na takové úrovni, aby nemocným vždy pomohla. Využijme vědecké poznatky a doporučené postupy k tomu, aby výsledkem zdravotní péče byl spokojený pacient, který může zhodnotit, že díky úsilí zdravotnických pracovníků nebyla jeho kvalita života nemocí příliš změněna.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ADAMEC J., ADAMEC R., 2009. *EKG podle Holtera*. Elektrokardiografická interpretace. 2. vyd. Praha: Galén. 115 s. ISBN 978-80-7262-483-6.
- ADIB-HAJBAGHERY, M., TAHMOURESI, M., 2018. Nurse–patient relationship based on the Imogene King's theory of goal attainment. *Nursing and Midwifery Studies*. 7(3): 141-144. doi: 10.4103/nms.nms\_10\_17.
- ALBERT, N, MASSARO, L, MORLEY, M, et al. Cardiac diagnostic testing: past, present, and future. *Critical Care Nurse*. 2006;26(5 suppl):1-16.
- ALLOT, E. G., BOTTO, L., CRIJNS, H. J., KIRCHHOF, P., 2014. *Quality of life in patients with atrial fibrillation: how to assess it and how to improve it EP Europace*, Volume 16, Issue 6, 1 June 2014, Pages 787–796,
- ALLIGOOD, M.R., MAY, B., 2000. A nursing theory of empathy discovered in King's personal system. *Nursing Science Quarterly*. 13(3): 243-247.
- ALLIGOOD, M.R., TOMEY, A.M., 2010. *Nursing Theorists and Their Work*. St. Louis: Mosby, 816 p. ISBN 978-0-323-05641-0.
- ALLIGOOD, M.R., 2014. *Nursing Theory. Utilization & Application*. St. Louis: Mosby, 488 p. ISBN 978-0-323-09189-3.
- ALLIGOOD, M.R., TOMEY, A.M., 2006. *Nursing Theory. Utilization & Application*. St. Louis: Mosby, 544 p. ISBN 978-0-323-03133-2.
- ARAÚJO, E., S.S., SILVA, L.F.D., MOREIRA, T.M.M., ALMEIDA, P.C., FREITAS, M.C., GUEDES, M.V.C., 2018. Nursing care to patients with diabetes based on King's Theory. *Rev Bras Enferm*. 71(3):1092-1098. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0268.
- ARCHALAUŠOVÁ, A. 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
- ARCHALAUŠOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.

- ASCHERMANN, M, et al., 2004. *Kardiologie*. 1. vydání. Galén, 2004. s. 1183-1185. [ISBN 80-7262-290-0](#).
- BALESTRONI, G., BERLOTTI, G., 2012. *L'Euro Qol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life*, Monaldi Arch Chest Dis; 78: s. 155-159
- BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
- BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.
- BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M., 2010. *Vztah sestry - lékaře*. Brno: NCONZO. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
- BASAVANTHAPPA, B.T., 2007. *Nursing Theories*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 406 p. ISBN 81-8061-963-X.
- BECH, P., 1993. *Rating Scale for Psychopathology, Health Status and Quality of Life*. In A Compendium on Documentation in Accordance with the DSM-III-R and WHO System. Berlin: Springer.
- BÖHMEKE, T., SCHMIDT, A., 2009. *Echokardiografie*. 4. přelož. vyd. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-8-0247-2976-3.
- BRIGNOLE, M., 2003. Rhythm versus rate control after ablation and pacing for paroxysmal atrial fibrillation. Clinical implication of the PIAF 2 trial. *Cardiology Elektrophysiol Revue*, p. 7, s. 127-129.
- BUTTS, J.B., RICH, K.L., 2015. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Burlington: Jones & Bartlett, 653. ISBN 978-1-284-04134-7.
- BYTEŠNÍK J., ČIHÁK, R., 1999. *Arytmie v medicínské praxi*, Praha: Triton.
- BYTEŠNÍK J., 2011. [Antiarytmická farmakologická léčba fibrilace síní](#). Remedica, *MEDICAL TRIBUNE*. Roč. 2011, č. 2. ISSN 1214-8911
- BYTEŠNÍK, J., PAŘÍZEK, P., WICHTERLE, D., KAUTZNER, J., NEUŽIL, P., 2011. *Komorové arytmie*. Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu komorových arytmií.

Elsevier. *Cor Vasa* 53(Supl. 1) (2011) s. 53-77. ISSN 0010-8650 (print), ISSN 1803-7712 (online).

CACERES, B.A., 2015. King's theory of goal attainment: exploring functional status. *Nursing Science Quarterly*. 28(2):151-5. doi: 10.1177/0894318415571601.

ČEŠKA, Richard, et al. 2010. *Interna*. 1. vydání. Praha: Triton. 855 s. s. 19-20. [ISBN 978-80-7387-423-0](#).

ČIHÁK, R. et al., 2016. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Summary of the document prepared by the Czech Society of Cardiology. Elsevier. *Cor et Vasa* 58 (2016) e636–e683. ISSN 0010-8650 (print), ISSN 1803-7712 (online).

ČIHÁK, R., HEINC, P., HAMAN, L., FIALA, M., NEUŽIL, P., TOMAN, O., 2011. Fibrilace síní. Doporučené postupy u pacientů s fibrilací síní. *Cor Vasa*, 53(Supl. 1) (2011) s. 27-52.

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C., 1997. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 93, 2, s. 102-208. ISSN 1212-0383.

EISENBERGER, M., A. BULAVA, M. FIALA, 2012. *Základy srdeční elektrofyzologie a katérových ablací*. Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN 978-80-247-3677-8.

FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 211 s. ISBN 80-8063-227-3.

FAWCETT, J., 2001. The Nurse Theorists: 21st-Century Updates—Imogene M. King. *Nursing Science Quarterly*. 14(4): 311-315, doi:10.1177/089431840101400407.

FAWCETT, J., 2017. *Applying Conceptual Models of Nursing*. New York: Springer, 436 p. ISBN 978-0-8261-8005-6.

FITZPATRICK, J.J., WHALL, A.L., 2005. *Conceptual Models of Nursing. Analysis and Application*. Pearson Education, Inc., 356 p. ISBN 0-13-048060-6.



- FREY, M.A, SIELOFF, CH.L., NORRIS, D.M., 2002. King's Conceptual System and Theory of Goal Attainment: Past, Present, and Future. *Nursing Science Quarterly*. 15(2): 107-112. doi: 10.1177/089431840201500204.
- GAJDOŠ, P., 2002. *Človek, spoločnosť, prostredie*. Bratislava: Sociologický ústav SAV. Priestorová sociológia.
- GALLOWAY, S., 2006. A Literature Review. In: Bell., D., Galloway, S., Hamilton, Ch., Scullion, A. Well-being and Quality of Life: Measuring the Benefits of Culture and Sport. A Literature Review and Thinkpiece. Edinburgh: Scottish Executive, p. 4-97, (on line).
- GEORGE, B. J., 2011. *Nursing Theories: The base for professional Nursing Practice*. Upper Saddle River, N.J. Pearson 685 s p. ISBN 9780135135839.
- GIDDENS, A. 2003. *Sociologie*. 1.vyd. dotisk. přel. J. Jařab. Praha: Argo, 595s.
- GLADKIJ, I., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing; 223 s., ISBN 978-80-247-3625-9.
- HALEČKA, T., 2002. *Kvalita života a jej ekonomicko–environmentálny rozmer: Kvalita života a ľudská práva v kontextech sociálnem práce a vzdelávania dospelých*, Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, s. 65-81. ISBN 80-8068-088-4.
- HEINC P., KOVÁČIK F., MORAVEC O., PŘEČEK J., TÁBORSKÝ M. 2014. Trvalá kardiostimulace z pohledu nových evropských doporučení roku 2013. *Kardiologická revue Interní medicína*. Roč. 16. s. 15-20. ISSN 1212-4540. 1801-8653 (el. verze).
- HEINC P., SKÁLA M., TÁBORSKÝ, M., VÁCLAVÍK, J. 2011. Strategie antiarytmické léčby fibrilace síní u nemocných s chlopenní vadou. *Intervenční a akutní kardiologie*. Roč. 10, č. 2., s. 62-66. ISSN 1213-807X. 1803-5302 (elektronická verze).
- HEINC, P., TÁBORSKÝ, M., SKÁLA M. 2011. Nefarmakologická léčba fibrilace síní. *Remedia, MEDICAL TRIBUNE*. Roč. 2011, č. 2. ISSN 1214-8911

- HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
- HNILICOVÁ, H., 2005. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- HONZÁK, R., 1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén. 162 s. ISBN 80-7262-032-0.
- CHLOUBOVÁ, I., EISENBERGER, M., BULAVA, A., PĚNIČKA, M., DIEUDONNE, E., 2015. The involvement of nurses in clinical echocardiography. *Kontakt*, č. 4, s. 236-240. ISSN 1212-4117 (Print), ISSN 1804-7122 (Online).
- CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K., KREJČÍŘOVÁ, O., JEŽORSKÁ, Š., 2014. Výzkumy subjektivní kvality života SQUALA standardizovaným dotazníkem. *Profese on-line*. Roč. 7/1. ISSN 1803-4330.
- CHROBÁK et al., 2007. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Praha: Grada. 243 s. [ISBN 978-80-247-1309-0](#).
- JANDOUREK, J., 2003. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál. 231 s. ISBN 80-7178-749-3
- JAROŠOVÁ, D., 2003. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 84 s. ISBN 80-7042-339-0.
- JOSEPHSON ME. 2002. *Clinical Cardiac Elerctrophysiology. Techniques and Interpretation*. 3 rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. s. 425-610, 658-863.
- KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN978-80-247-1830-9.
- KAUTZNER, J., 2009 Katetrizační ablace fibrilace síní: rutinní terapeutická metoda? [Lékařské listy](#). 2009, roč. 2009, č. 14, s. 16-19.
- KAUTZNER, J., Melenovský, V. a kol., 2014. *Srdeční selhání – aktuality pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta. 338 s. ISBN 978-80-204-3573-6.
- KLENER, P. a kol, 2006. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. Praha: Galén. ISBN 8072624296.

- KELLER, J., 2005. *Úvod do sociologie*. 5 uprav. vyd., Praha: Nakladatelství SLON. 204 s. ISBN 8086429393.
- KERLINGER, F., 1972. *Základy výzkumu chování: pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Avicena. 705s.
- KHAN, E., G., 2005. *EKG a jeho hodnocení*. Praha: Grada Publishing. 348 s. ISBN 80-247-0910-4.
- KHOWAJA, K., 2006. Utilization of King's interacting systems Framework and theory of goal attainment with new multidisciplinary model: clinical pathway. *Australian journal of advanced nursing*, 24(2):44-50. PMID: 17285836.
- KILLEEN, M.B, KING, I.M., 2007. Viewpoint: Use of King's Conceptual System, Nursing Informatics, and Nursing. *International of Nursing Terminologies and Classifications*. 18(2): 51-57. doi.org: 10.1111/j.1744-618X.2007.00050.x.
- KING, I.M., 1968. A Conceptual frame of reference for nursing. *Nursing reserch*. 17(1): 27-31. PMID: 5183384.
- KING, I.M., 1971. *Toward a theory for nursing*. New York: John Wiley & Sons, 132 p. ISBN 0471478008.
- KING, I.M., 1981. *A theory for nursing: Systems, concept, process*. Albany, NY: Delmar. 181 p. ISBN 978-0827342675.
- KING, I.M., 1990). Health as the goal for nursing. *Nursing Science Quarterly*. 3(3): 123-123. doi: 10.1177/089431849000300307.
- KING, I.M., 1994). Quality of life and goal attainment. *Nursing Science Quarterly*. 7(1): 29-32. doi: 10.1177/089431849400700110.
- KING, I.M., 1997. King's Theory of Goal Attainment in Practice. *Nursing Science Quarterly*. 10(4): 180-185. doi: 10.1177/089431849701000411.
- KING, I.M., 2008. Adversity and theory development. *Nursing Science Quarterly*. 21(2): 137-8. doi: 10.1177/0894318408316406.

- KING, I.M., 2007. King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*. 20(2): 109-11, doi: 10.1177/0894318407299846.
- KING, I.M., 2006. A Systems Approach in Nursing Administration: Structure' Process' and Outcome. *Nursing Administration Quarterly*. 30(2): 100–104. PMID: 16648721.
- KITZLEROVÁ, E., ANDERS, M., 2010. Deprese a kardiovaskulární choroby – společný průnik na rovině psychosociální a behaviorální. *Česká a slovenská psychiatrie*. ČLS JEP. 106(2); 87-92. SSN 1212-0383
- KELLER, J., 2005. *Dějiny klasické sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. 529 s. ISBN 80-86429-52-0.
- KLENER, Pavel, et al., 2009. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3. přepracované vydání vydání. Praha: Galén. 324 s. s. 26. [ISBN 978-80-7262-643-4](#).
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2004. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál. 179 s. ISBN 80-7178-835-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LANE-TILLERSON, C., 2007. Imaging Practice in 2050: King's Conceptual Framework. *Nursing Science Quarterly*. 20(2): 140-143. doi:10.1177/0894318407299991.
- LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha Grada Publishing. 279 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MASTILIAKOVÁ, D., 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
- McKENNA, H.P., PAJNKIHAR, M., MURPHY, F.A., 2014. *Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons. 225 p. ISBN 978-0-470-65776-8.

- McKENNA, H.P., SLEVIN, O.D., 2008. *Nursing Models, Theories and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 238 p. ISBN 978-1-4051-3702-7.
- MELEIS, A.I., 2012. *Theoretical Nursing. Development & Progress*. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. 672 p. ISBN 978-1-60547-211-9.
- MESSMER, P.R., 2006. Professional model of care: Using King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*. 19(3): 227-229. doi: 10.1177/0894318406289887.
- NOVÁK, Miroslav a Zuzana NOVÁKOVÁ. 2007. Farmakologická a nefarmakologická léčba arytmií. *Praktické lékařství*, Olomouc: SOLEN, s.r.o., roč. 2007, č. 5, s. 206-210. ISSN 1801-2434.
- OŠMERA, O., BULAVA, A., 2011. Home monitoring nemocných s fibrilacemi síní. *Kardiologická revue Interní medicína*, roč. 2011. 13(3). s. 167-173. ISSN 2336-288x, ISSN (on-line) 2336-2898.
- PARKER M.E. 2006. *Nursing Theories & Nursing Practice*. Philadelphia: F.A.Davis Company, 409 p. ISBN 9780-8036-1196-2.
- PAVELKOVÁ, Z., 2015. *Ošetrovatelství v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s fibrilací síní*. Disertační práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely v ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada 150 s. ISBN 8024712113.
- PAYNE, J. a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- PETERSON, S.J., BREDOW, T.S., 2013. *Middle Range Theories*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 356 p. ISBN 978-1-60831-800-1.
- PETRŮJ, J., 2008. *Komparace životních podmínek v krajích České republiky*. Diplomová práce. Praha: FNH VŠE. 104 s.
- PLEVOVÁ I. A., kol. 2011 *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 283 s. ISBN: 978-80-247-3557-3.

- PLHÁKOVÁ, A., 2007: *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. 472 s. ISBN 80-200-1499-3.
- POSPÍCHAL, J. 2018. *Porovnání kvality života a tíže onemocnění u pacientů se stabilní ischemickou chorobou srdeční podstupující koronarografické vyšetření*. Dizertační práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- RAMBOUSKOVÁ, L., NOVÁK, M., 2015. Co přinesla nová evropská guidelines pro trvalou kardiostimulaci a srdeční resynchronizační léčbu (2013) v oblasti diagnostiky arytmií pomocí dlouhodobého monitorování EKG – současné technické aspekty a typy dlouhodobého monitorování EKG. *Kardiologická revue Interní medicína*, roč. 2015. 17(3): s. 245-248. ISSN 2336-288x, ISSN (on-line) 2336-2898.
- RAMOS, L.N. Cardiac diagnostic testing: what bedside nurses need to know. *Critical Care Nurse*. 2014; 34(3):16-27.
- RAWLINS, P.S., RAWLINS, T.D., & HORNER, M., 1990. Development of the family needs assessment tool. *Westwrn Journal of Nursing Research*. 12(2): 201-214. doi: 10:1177/019394599001200206
- REED, P.G., CRAWFORD, SHEARER, N.B., 2009. *Perspectives on Nursing Theory*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 731 p. ISBN 978-0-7817-7383-6.
- RICCI, RP, MORICHELLI, L., SANTINI, M., 2008. *Home monitoring remote control of pacemaker and implantable cardioverter defibrillator patients in clinical practice: impact on medical management and health-care resource utilization*. *Europace* 2008; 10: 164–170
- ROSOLOVÁ, H a kol., 2013. *Preventivní kardiologie: v kostce*. Praha: Axonite CZ. 248 s. ISBN 978-80-904899-5-0.
- SEDLÁKOVÁ, G., Kalátová, D., 2010. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton, 140 s. ISBN 978-80-7387-412-4.
- SIELOFF EVANS CH.L. 1991. *Imogine King a Conceptual Framework for Nursing*. Newbury: Sage Publications, 48 p. ISBN 0-80-39-4579-5.

- SILVA, R.N., FERREIRA, M.A., 2016. Users' participation in nursing care: an element of the Theory of Goal Attainment. *Contemporary Nurse*. 2016 52(1). 74-84. doi: 10.1080/10376178.2016.1172493
- ŠLÁMA, O., 2005. *Kvalita života onkologicky nemocných*. In: PAYNE, J. a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. s. 288-295. ISBN 80-7254-657-0.
- SOVOVÁ, E. a kol., 2004. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 156 s. ISBN 80-247-1009-9.
- STÁREK, Z., EISENBERGER, M., ZAORAL, L., LEINVEBER, P., NOVÁK, M., 2006. Radiofrekvenční katetrizační ablace supraventrikulárních arytmií, historie a současnost. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2006, roč. 5, č. 3, s. 122-130. ISSN: 1213-807X; 1803-5302 (elektronická verze).
- ŠAFAŘÍKOVÁ, I., BULAVA, A., 2018. Remote Monitoring of patients with implantable cardioverter – defibrillators: Perception of the impact of monitoring and selected determinants of quality of life. *Kontakt*. 20(2), s.139-150. ISSN 1212-4117.
- ŠANÁK, D., HUTYRA, M., KRÁL, M., 2015. Poruchy srdečního rytmu u mladých pacientů s kryptogenní ischemickou cévní mozkovou příhodou. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2015, roč. 78, č. 6, s. 669-674. ISSN: 1210-7859; 1802-4041 (elektronická verze).
- ŠMÍD, J., ROKYTA, R., 2017. Atrial fibrillation and its relation to cardiac diseases and sudden cardiac death, *Cor et Vasa* 59 (2017) e325–e331. DOI: 10.1016/j.crvasa.2017.06.005
- ŠEDIVÁ, L., 2011. Epidemiologie fibrilace síní od Framinghamu po dnešek. In: *Postgraduální medicína: Fibrilace síní –Příloha 1/11*. (online). (cit.- 2013-08-18). Dostupné: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/epidemiologie-fibrilace-sini-od-framinghamu-po-dnesek-459516>.
- ŠUBR, J., 2001. *Postavy a problémy soudobé teoretické sociologie*. Praha: ISV. ISBN 978-80-246-1413-7.
- ŠPINAR, J., Vítovec, J. 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.

- ŠPINAR J., LÁBROVÁ R. 2011. *Antikoagulační terapie u fibrilace síní*. Remedia, MEDICAL TRIBUNE. Roč. 2011, č. 2. ISSN 1214-8911.
- TORRES, G., 1985. The Place of Concepts and Theories Within Nursing. In: George, J. B. (ed.). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. Upper Saddle River, N. J. Pearson 685 p. ISBN 9780135135839.
- TÁBORSKÝ, M. a kol., 2013. *Fibrilace síní, novinky v léčbě 2013*. Praha: Axonite. 208 s. ISBN 978-80-904-8993-6.
- TÁBORSKÝ, M. a kol., 2014. *Kardiologie pro interní praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services. 294 s. ISBN 978-80-204-3361-9.
- TÁBORSKÝ, M. a kol., 2015. *Novinky v kardiologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services. 302 s. ISBN 978-80-204-3712-9.
- THOMAS, S.P., 2003. Contemporary management of tachyarrhythmias. *Medicine Today* Volume 4, Issue 4, 1 April 2003, Pages 18-25. Open Access.
- TÓTHOVÁ, V., 2017. Konceptní modely v ošetrovatelství. In Tóthová, V., Olišarová, V. (eds.), *Využití konceptních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN 196 s. ISBN 978-80-7422-630-4
- TÓTHOVÁ, V. a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 223 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
- USTUN, TB., COOPER, JE, DUUREN – KRISTEN S. VAN, HENDERSHOT, G., SATORIUS, M., 1994. *Revision of the ICDIDH; Mental health aspect*. 7th European Symposium, Viena AEP.
- VÁCLAVÍK J., 2010. *Novinky v antiarytmické léčbě*. Lékařské listy. Č. 8, s. 19-20. ISSN 0044-1996.
- VOJÁČEK, J., KETTNER, J., 2017. *Klinická kardiologie*. Praha: Maxdorf. 3. vydání. 1193 s. ISBN 978-80-7345-549-1.
- VYBÍRAL, Z., 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. 1. vyd. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.



YOOST, B.L., CRAWFORD, L.R. 2016. *Fundamentals of Nursing: Active Learning for Collaborative Practice*. Riverport Lane St. Louis. ISBN 978-0-323-29557-4.

ZACHAROVÁ, E., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZANNOTTI, M., PRINGUEY, D., THAUBY, S., LAMBOTIN, M., DARTCOURT, G., 1994. Construction and first use with psychotic patients of a quality of life profile: The SQUALA. Subjective of Quality of Life Analysis. In *Quality of Life and Disabilities in Mental Disorders*. In 7th European symposium, AEP, viena Austria.

ZVÁRIKOVÁ, M., 2007. Kvalita života a kariérové (celoživotné) poradenstvo. In: *Svět práce a kvalita života v globalizované ekonomice - Sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference 13. - 14. 9. 2007, (CD ROM)*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze. ISBN 978-80-245-1207-5.

## **8 SEZNAM ZKRATEK**

ADL - activities of daily living - všední denní činnosti

AFEQT - Atrial Fibrillation Effect on Fibrillation Effect on Quality of Life

ASTA – Arrhythmia – Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmias

AV - atrioventrikulární

AVNRT - atrioventrikulární nodální reentry tachykardie

BMI – body mass index

CT – počítačová tomografie

EKG – elektrokardiogram

EORTC QLQ-C30 - European Organisation for Research and Treatment of Cancer

HRS/EHRA - Heart Rhythm Society/European Heart Rhythm Association

CHOPN - chronická obstrukční bronchopulmonální choroba

ICD – implantabilní kardioverter – defibrilátor

INR - international normalized ratio

MR – magnetická rezonance

SQUALA - Subjective Quality of Life Analysis

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1 Dotazník ASTA

Příloha 2 Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 3 Přepis rozhovoru s informantem

## Příloha 1 Dotazník ASTA

ID pacienta	Datum vyplnění	Vyplněno
		<input type="checkbox"/> Před vyšetř. <input type="checkbox"/> 1. kontrola <input type="checkbox"/> 2.kontrola



*(Dotazník zaměřený na problémy při poruchách srdečního rytmu)*

### ***Příznaky specifické pro arytmií***

**&**

### ***Kvalita života související se zdravím při poruchách srdečního rytmu***

Každodenní život s poruchou srdečního rytmu (arytmií) může ovlivnit lidi různým způsobem. Vy, kdo vyplňujete tento dotazník, pravděpodobně čekáte na vyšetření nebo jste již byli ošetřeni, protože trpíte nějakým typem arytmie.

Vaše zdravotní problémy spojené s arytmií se mohou projevit ve formě buď záchvatovitých nebo setrvalých poruch srdečního rytmu, např. tachykardie neboli zvýšené tepové frekvence, fibrilace síní, flutter síní nebo příliš silného bušení srdce.

Bez ohledu na to, jakým typem arytmie trpíte, jsou všechny poruchy srdečního rytmu na následujících stránkách dokumentu nazvány pouze jako:

## Porucha srdečního rytmu

Rádi bychom, pomocí uvedeného dotazníku **ASTA**, získali přehled o příznacích spojených s poruchou srdečního rytmu a současně získali více informací o tom, jakým způsobem tyto poruchy ovlivňují váš život a vaše zdraví.

### ASTA díl I

Poruchy srdečního rytmu mohou způsobit problémy různého charakteru, které se u každého člověka liší. Rádi bychom, abyste se pokusili, pomocí následujících dotazů, popsat vaše pocity. Označte prosím odpověď, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

### Otázka č. 1

**Kdy jste naposledy měl poruchu srdečního rytmu?**

*(zvolte pouze jednu možnost)*

- Mám trvalou poruchu srdečního rytmu
- Mám poruchu srdečního rytmu jednou nebo několikrát každý den
- Méně než před týdnem
- Méně než před měsícem
- Před 1 až méně než 3 měsíci
- Před 3 až méně než 6 měsíci
- Před 6 až méně než 12 měsíci
- Před více než 12 měsíci

### Otázka č. 2

**a) Berete nějaké léky ?**

- Ne

Ano

Pokud je vaše odpověď ”**Ano**”, prosím, uveďte, který/které léky berete pravidelně

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Trpím poruchou srdečního rytmu, proto vyplním v dotazníku také díl II a III**

**Trpím poruchou srdečního rytmu, kterou necítím, i přesto vyplním v dotazníku díl II a III**

**Ne, netrpím poruchou srdečního rytmu, a proto nebudu vyplňovat díl II a III dotazníku**

---

---

## ASTA díl II - Specifické příznaky arytmie

Poruchy srdečního rytmu se mohou lišit v závislosti na tom, jak často se vyskytují, jak dlouho trvají a jaké příznaky zahrnují. Rádi bychom, abyste se pomocí následujících dotazů pokusili popsat vaši situaci.

Označte prosím odpověď, která nejlépe odpovídá vaši situaci.

### Otázka č. 1

**Jak často se u vás v průběhu posledních tří měsíců vyskytly poruchy srdečního rytmu?**

*(zvolte pouze jednu možnost)*

- Žádné problémy
- Méně než 5 krát
- 5 až 15 krát
- 16 až 30 krát
- Více než 30 krát (ale ne každý den)
- Mám problémy s opakovanými poruchami srdečního rytmu každý den
- Mám trvalou poruchu srdečního rytmu

### Otázka č. 2

**Jaká je obvyklá doba trvání vaší poruchy srdečního rytmu?**

*(zvolte pouze jednu možnost)*

- Méně než 1 hodinu
- 1 - méně než 7 hodin
- 7 - méně než 24 hodin
- 24 hodin - méně než 2 dny
- 2 - 7 dnů
- Déle než 7 dnů

### Otázka č. 3

**Jaká byla nejdelší doba trvání vaší poruchy srdečního rytmu?**

*(zvolte pouze **jednu** možnost)*

- Méně než 1 hodinu
- 1 - méně než 7 hodin
- 7 - méně než 24 hodin
- 24 hodin - méně než 2 dny
- 2 - 7 dnů
- Déle než 7 dnů

### Otázka č. 4

**Stalo se vám, že byla porucha srdečního rytmu provázena některým z níže uvedených příznaků?**

*(zde můžete uvést **několik** možností)*

- Rychlé bušení srdce
- Pravidelné bušení srdce
- Nepravidelné bušení srdce
- Silnější bušení srdce než obvykle
- Pocit jakoby došlo k vynechání srdeční akce jednou nebo několikrát
- Chvilkové epizody poruchy srdečního rytmu, které trvaly méně než 1 minutu
- Ne, necítil jsem žádné z uvedených příznaků

### Otázka č. 5

**Trpíte poruchou srdečního rytmu ve spojení se specifickou situací?**

- Ne
- Ano

Pokud je vaše odpověď ”**Ano**”, prosím, uveďte, při jakých příležitostech



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Otázka č. 6

**Uved'te příznaky, kterými trpíte ve spojení s poruchou srdečního rytmu?**

**a) Dušnost spojená s činností**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**b) Dušnost i v klidovém stavu**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**f) Únava**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**g) Bolest na hrudi**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**c) Pocit točení hlavy nebo závratě**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**d) Studený pot**

(bledý, studený, pocení)

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**e) Slabost/malátnost**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**h) Tlak/nepříjemný pocit na hrudi**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**i) Neklid/úzkost**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**Otázka č. 7**

**Stalo se vám, že jste ve spojení s poruchou srdečního rytmu téměř ztratil vědomí?**

- Ne
- Ano

**Otázka č. 8**

**Stalo se vám, že jste ve spojení s poruchou srdečního rytmu úplně ztratil vědomí?**

- Ne
- Ano

Tato část dotazníku je zaměřena na vaše problémy s poruchami srdečního rytmu a jejich vliv na váš každodenní život. Označte prosím odpověď, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

*(Pokud si nejste jisti, uveďte odpověď, která nejčastěji odpovídá skutečnosti. Pokud se domníváte, že vaše poruchy srdečního rytmu neovlivňují to, na co se dotazujeme, doporučujeme odpovědět **ne**)*

### **Otázka č. 1**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu k tomu, že nemáte sílu vykonávat pracovní úkoly, studovat nebo vykonávat každodenní činnosti?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

### **Otázka č. 2**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu k tomu, že se nemůžete setkávat s vašimi příbuznými nebo přáteli tak často, jak byste si to přáli?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

### **Otázka č. 3**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu k tomu, že se nemůžete setkávat se známými (osoby, které znáte jenom povrchně) tak často, jak byste si to přáli?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

### **Otázka č. 4**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu k tomu, že se vyhýbate plánování činnosti, které byste se jinak rádi věnovali, např. cestování a jiné aktivity volného času?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

### **Otázka č. 5**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu ke snížení fyzického výkonu?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

## **Otázka č. 6**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu ke snížení schopnosti se soustředit?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně

## **Otázka č. 7**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu k beználadovému stavu nebo pokleslosti?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry

## **Otázka č. 8**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu ke stavu podrážděnosti nebo zloby?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

## **Otázka č. 9**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu k problémům se spaním?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

## **Otázka č.10**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu k problémům v sexuálním životě?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

## **Otázka č. 11**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu k pocitům strachu ze smrti?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

## **Otázka č. 12**

**Vedou vaše poruchy srdečního rytmu ke zhoršení vaší životní situace?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

## Otázka č. 13

**Máte v období, kdy netrpíte poruchami srdečního rytmu, obavy z toho, že se problémy opět vrátí?**

- Ano, hodně
- Ano, docela hodně
- Ano, do jisté míry
- Ne

**DĚKUJEME za Váš čas, věnovaný vyplnění tohoto dotazníku!**

*Author: Ulla Walfridsson. Dept. of Cardiology, University Hospital, Linköping, Sweden.  
ulla.walfridsson@lio.se*

*Do not copy or translate without permission from the author. ASTA v1 2012-167-27*

## **Příloha 2 Podklad pro polostrukturovaný rozhovor**

### *Identifikační údaje:*

Pohlaví, věk, stav, pracovní zařazení.

*Arytmie:* první výskyt arytmie, frekvence, postup léčby, medikace, dušnost, palpitace, točení hlavy, neklid, fyzické omezení.

### **Osobnostní systém:**

#### Percepce

*Jak vnímáte vlastní stav s onemocněním arytmie? Jak se u Vás projevovala? Co prožíváte v souvislosti s arytmií?*

*Navštěvujete pravidelně lékaře? Jste o svém stavu informován/a?*

*Jaké máte příznaky onemocnění? Jste dušný/á? Máte stavy točení hlavy, závratě, pocity na omdlení, poruchy vědomí?*

*Máte problémy se spánkem, které jste před arytmií neměl/a ?*

*Charakterizujte svůj vztah ke zdravotnímu personálu:*

#### Růst a rozvoj

*Uvědomujete si důležitost léčby arytmie? Máte doporučená nějaká režimová omezení?*

#### Vzhled těla

*Vzhled těla nebývá při arytmií změněn (např. jako po některých operacích), ale uvědomujete si nějakým způsobem, že se v době nemoci „chováte“ jinak?*

#### Prostor a čas

*Změnila arytmie Váš časový režim?*

### **Interpersonální systém:**

#### Interakce



*Jakým způsobem navazujete kontakt se zdravotnickým personálem? Máte v ně důvěru?*

Komunikace

*Jak komunikujete s personálem, jak se Vám daří navázat kontakt?*

Transakce

*Jak se zdravotníky spolupracujete pro dosažení cíle, uzdravení?*

Role

*Jaké plníte role (rodinné, profesní, společenské)?*

Stres

*Prožíváte stres?*

### **Sociální systém:**

Autorita

*Jste doma nebo v zaměstnání autoritou? Ovlivňuje arytmie tuto Vaši pozici?*

Síla, moc

*Cítíte se „při síle“ nebo máte pocit úbytku sil? Změnil se tento stav vlivem arytmie?*

Postavení

*Změnila arytmie nějakým způsobem Vaši pozici v rodině, ve společnosti?*

Rozhodování

*Změnila arytmie Vaše rozhodování (např. více očekáváte pomoc rodiny při rozhodování o postupu léčby...)?*

## **Příloha 3 Přepis rozhovoru s informantem**

### **Informant 1**

**Muž 72, důchodce, ženatý, arytmií měl prvně asi v 53 letech (před 18 lety), to ještě chodil do práce. Nejprve řešeno infuzní léčbou (jednorázová), během cca 2 hodin došlo k úpravě rytmu. Následně 2x verze v rozmezí cca 3 let. Nyní bez potíží (cca 3 roky). Dle jeho sdělení užívá pravidelně Rytmonorm (+ léky pro snížení hypertenze).**

#### **Osobnostní systém:**

##### Percepce

***Jak vnímáte vlastní stav s onemocněním arytmií? Jak se u Vás projevovala? Co prožíváte v souvislosti s arytmií?***

Vlastní stav vnímám, uvědomuji si závažnost stavu. Nikdy mi nebyla jasně definována příčina vzniku obtíží, proto ani nevím, jak bych mohl stavu zabránit. Pozoroval jsem neklid, tíseň, vnímal nepravidelnost tepu. To bylo prvně asi v roce 2000. Od té doby se stav opakoval asi 4x. Pravidelně užívám léky (Rytmonorm), chodím na pravidelné kontroly. Když „se necítím ve vlastní kůži“, měřím si tep na zápěstí a TK digitálním tonometrem a hned vím, jestli se něco děje.

Pocity bušení srdce (pozn. palpitate) při nepravidelnosti mívám, jsou mi velmi nepříjemné, nepravidelný rytmus ve mně vyvolává neklid, tíseň. Zažívám pocit, že srdce bije nepravidelně a mám strach, že při delší pauze se již nerozběhne.

***Navštěvujete pravidelně lékaře? Jste o svém stavu informován/a?***

Léčbu dodržuji pravidelně, na kontroly chodím k obvodní lékařce a 2x za rok na kardiologii. Víím, že v případě potíží mám co nejdříve vyhledat kardiologa (nemocnice). Obvykle počkám do druhého dne a pak jedu. Zatím mi 2x prováděli výboj (pozn. kardioverzi), když se rytmus neupravil po infuzní léčbě. Tohoto stavu se obávám, ale sám nevím, jak opakování nepravidelnosti předejít. Víím, že nemám s návštěvou otálet a znám možné komplikace pokud nepůjdu k lékaři včas.

***Jaké máte příznaky onemocnění? Jste dušný/á? Máte stavy točení hlavy, závratě, pocity na omdlení, poruchy vědomí?***

Dušný nebývám, pokud jsem měl nepravidelnost, cítil jsem spíše pocity “sevření“ než bolest nebo dušnost. Někdy pocítuji závrať, ale dlouhodobé točení hlavy ne, stejně tak nemám stavy poruchy vědomí.

***Máte problémy se spánkem, které jste před arytmií neměl/a ?***

Problémy se spánkem nemám, ale v době, kdy vnímám srdeční nepravidelnost, spát nemůžu, je mi „divně“, jsem úzkostný a vlastní srdeční nepravidelnost (vnímám ji na hrudi, v uších, v hlavě) mi nedovolí spát.

***Charakterizujte svůj vztah ke zdravotnímu personálu:***

S personálem maximálně spolupracuji, léčbě a lékařům věřím. Věřím, že současný stav bude trvalý, že se mi nepravidelnost již nevrátí.

Růst a rozvoj

***Uvědomujete si důležitost léčby arytmie? Máte doporučená nějaká režimová omezení?***

Své onemocnění si uvědomuji, stejně tak jako důležitost pravidelné léčby. Dodržuji režim užívání léků. Snažím se vyvarovat velkému vypětí nebo stresu. Nejvíc mne tíží, že neznám „spouštěcí mechanismus“, proto nevím, čeho se vyvarovat, aby se nepravidelnost neobjevila. Snažím se pečovat o vlastní zdraví, ale vím, že mám nadváhu, omezení ve stravě se mi moc nedaří, zelenina mi příliš nechutná. Vzhledem k tomu, že jsem po operaci páteře a bolesti zad u mne přetrvávají, nemůžu se příliš věnovat pohybovým aktivitám, jezdím po ČB na kole, dlouhé chůze nezvládnu.

Snažím se dostatečně spát a nepřipouštět si stres. Dokud jsem chodil do práce, zažíval jsem vypjaté situace v práci, dneska již sice nemám pracovní starosti, ale přesto bývám „nervózní“ – má obavu o rodinu, o vnoučata, prožívám s nimi studijní úspěchy/neúspěchy. Když se u mne arytmie objevila poprvé, hledal jsem si informace o nemoci na internetu. Jinak mi všechny informace o nemoci nebo komplikacích sdělili v nemocnici nebo obvodní lékařka.

## Vzhled těla

*Vzhled těla nebývá při arytmií změněn (např. jako po některých operacích), ale uvědomujete si nějakým způsobem, že se v době nemoci „chováte“ jinak?*

V době, kdy mám srdeční nepravidelnost, se cítím slabý, unavený, neklidný. Bojím se dělat rychlé pohyby, ale ležet v klidu v lůžku je pro mne ještě horší. Omezení pohybu zdravotním stavem ale nemám. Uvědomuji si nadváhu a vždy, když se u mne nemoc znovu ozvala, jsem se snažil hmotnost snížit, ale dlouhodobě se mi to nedaří.

## Prostor a čas

*Změnila arytmie Váš časový režim?*

Pokud se mi stav nepravidelnosti objeví, vím, že mám vyhledat odbornou pomoc, doma se mi stav sám nezmění, neupraví. V nemocnici jsem byl obvykle léčen ambulantně, pouze 1x mne přijali večer k hospitalizaci a druhý den mne vyšetřili a provedli výboj (pozn. kardioverzi). Hospitalizace mi sice není příjemná, ale vím, že když to jinak nejde, tak tam zůstanu. Raději jsem samozřejmě doma. Hospitalizace mi ale život nekomplikuje, neboť již do práce nechodím, totéž platí o čase – jako důchodce si jej organizuji dle vlastní potřeby. Rád jezdím s manželkou na chatu, rád sleduji sport – chodí na fotbal, hokej a volejbal. Pokud mi ale není zdravotně dobře, musím pochopitelně tyto aktivity omezit.

## **Interpersonální systém:**

### Interakce

*Jakým způsobem navazujete kontakt se zdravotnickým personálem? Máte v ně důvěru?*

Ke zdravotníkům mám důvěru, spolupracuji se mi s nimi dobře. Poslouchám, co mi doporučí a jakou léčbu mi doporučí. Snažím se jim všechny informace o svém zdravotním stavu říct pravdivě, vždy popíšu, kdy mi stav začal, co tomu předcházelo.

Podle jeho vyjádření, když jsem se ho zeptala, zda by se mohl typologicky charakterizovat (bylo mu vysvětleno) sdělil: „Sám bych se charakterizoval jako sangvinik – jsem celkem otevřený, komunikativní, vstřícný“.

### Komunikace

#### ***Jak komunikujete s personálem, jak se Vám daří navázat kontakt?***

Nemám problém navázat kontakt se sestrou, lékařem, celý život jsem pracoval s lidmi, myslím si, že jsem dost komunikativní. Rodině (manželce, dcerám) říkám vše podle pravdy, obvykle manželce hned, jakmile se mi zdá, že mám nepravdivosti a vyhledám odbornou pomoc.

### Transakce

#### ***Jak se zdravotníky spolupracujete pro dosažení cíle, uzdravení?***

Zdravotníkům plně důvěřuji, vím, že v péči o zdraví je hlavním cílem dosažení pravidelného rytmu srdečního. Tohoto cíle se snažíme společně dosáhnout. Maximálně se snažím dodržovat doporučení lékařů. Léky užívám pravidelně, chodím na všechna vyšetření a kontroly. A tak pevně věřím, že se nám společně povede můj stav udržet.

### Role

#### ***Jaké plníte role (rodinné, profesní, společenské)?***

Role plním rodinné – jsem manželem, manželka je již také ve starobním důchodu, vycházíme spolu dobře, jsme sezdání 53 let. Mám dvě dospělé vdané dcery. Vycházím s nimi dobře, s nimi i s jejich manžely. Mám 5 vnoučat. S těmi vycházím výborně – funguji jako správný děda, vozím je na výlety, pořádám pro ně aktivity. Roli profesní již nemám, pracoval jsem jako vedoucí provozu, ale nyní jsem již ve starobním důchodu. Společenské role mám – bydlím v panelovém domě, jsem „domovní důvěrník“, rád pomůžu radou sousedům, pomáhám se starat o dům. Arytmie mne v těchto aktivitách neomezují.

## Stres

### ***Prožíváte stres?***

Stres prožívám již méně, než když jsem chodil do práce. Obvykle jsem pak podrážděný, hůře spím, jsem neklidný. A samozřejmě mám větší strach, aby mi nevznikla srdeční nepravidelnost. Přestože si uvědomuji, že jako důchodce s výborným domácím zázemím a klidnými a vyrovnanými vztahy v rodině bych neměl mít důvod ke stresu, přesto jsem někdy neklidný, cítím se podrážděný, jako „roztřesený“. Někdy (cca 2x za rok) si na to večer pár dnů užívám Lexaurin (obvodní lékařka tomu říká „na dobrou náladu“).

## **Sociální systém:**

### Autorita

#### ***Jste doma nebo v zaměstnání autoritou? Ovlivňuje arytmie tuto Vaši pozici?***

Býval jsem autoritou v práci (vedoucí), nyní jsem v důchodu. Cítím se být autoritou v rodině, respektuje mne manželka i dcery. Přesto jako autorita respektuji autoritu zdravotníků a snažím se dodržovat léčebný režim, chodím na všechna vyšetření. Jsem přesvědčený, že by lékaři mohli říct, že ochotně spolupracuji a přijímám pokyny zdravotníků. Nedokážu posoudit, jestli by arytmie měla vliv na moji pozici, nikdy jsem o tom tak nepřemýšlel.

### Síla, moc

#### ***Cítíte se „při síle“ nebo máte pocit úbytku sil? Změnil se tento stav vlivem arytmie?***

Cítím, že v době, kdy mám srdeční nepravidelnost, jsem méně výkonný, více unavený a jako kdybych ztrácel energii. Připouštím ale, že tento stav může být způsobený spíš psychickým stavem (úzkost z nepříjemných subjektivních pocitů; ten stálý dojem, jak srdce bije nepravidelně je opravdu velmi nepříjemný). Zatím ale nemám pocit, že mne arytmie příliš omezuje v mých aktivitách, můžu s manželkou jezdit na dovolenou, jen s možná víc hlídám a pozoruji. Ale nesvazuje mne to, abych zůstal doma.

## Postavení

### ***Změnila arytmie nějakým způsobem Vaši pozici v rodině, ve společnosti?***

Neuvědomuji si, že by arytmie změnila moje postavení v rodině, ve společnosti. Možná i tím, že nemám takové potíže (pozn. objektivní), které by okolí zaznamenalo a které by vedly ke snížení jeho postavení. V rodině cítím jednak oporu a jednak si všímám obavy manželky o mé zdraví (častěji se mne ptá, zda nemá arytmií, zda se cítím dobře).

## Rozhodování

### ***Změnila arytmie Vaše rozhodování (např. více očekáváte pomoc rodiny při rozhodování o postupu léčby...)?***

Při rozhodování o způsobu léčby a navržených vyšetřeních plně důvěřuji ošetřujícím lékařům, souhlasím s jejich doporučeným postupem. Sice se někdy radím s dcerou a jejím manželem (zdravotníci), ale v podstatě se vždy rozhodnu sám.