

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče o pacienta před a po katéetrové ablaci

Bakalářská práce

Autor práce: Kmetková Monika

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Rolantová Lucie, Ph.D

Datum odevzdání práce: 2.5.2013

Abstrakt

Zabývala jsem se tématem: „Ošetrovatelská péče před a po katérové ablaci“. V bakalářské práci je cílem zjistit specifika ošetrovatelské péče před a po výkonu katérové ablace. Teoretická část bakalářské práce se zabývá anatomií srdce, poruchami srdečního rytmu, příznaky a katérovou ablaci s komplikacemi. Cílem této pasáže je shrnutí dosavadních poznatků o řešené problematice. Tato část byla vypracována na základě příslušných literárních zdrojů. V praktické části byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou bylo zjistit komplikace, které z ošetrovatelského hlediska mohou nastat po katérové ablaci. Druhá výzkumná otázka se týká problematiky ošetrovatelské péče o pacienta před katérovou ablaci.

Pro splnění cílů bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního šetření formou nestandardizovaných individuálních rozhovorů. Rozhovory probíhaly v nemocnici České Budějovice a Praha-Ikem, na odděleních kardiologie individuálně se souhlasem všeobecné sestry či hospitalizovaného pacienta. Celkem se zúčastnilo 6 všeobecných sester a 6 pacientů.

Rozhovory s pacienty byly rozděleny na ošetrovatelskou péči před a po výkonu katérové ablace. Ošetrovatelská péče před výkonem se soustředila na pocity a informovanost pacienta. Tato část rozhovorů měla odpovědět na výzkumnou otázku č.2. Ošetrovatelská péče po výkonu katérové ablace byla zaměřena na problémy, komplikace a potřeby pacienta po výkonu. Tato část rozhovorů měla dát odpověď na výzkumnou otázku č.1.

Rozhovory s všeobecnými sestrami byly rozloženy do devíti výchozích bodů, z kterých se tvořily myšlenkové mapy. Zaměřovaly se na ošetrovatelskou péči před a po výkonu katérové ablace, na komplikace vyskytující se po výkonu, péči o invazivní vstupy a nejčastější problémy pacientů po výkonu z pohledu sester.

Dle výzkumného šetření byly odvozeny tyto závěry:

Pacienti před výkonem nejsou seznámeni s chodem oddělení. Sestry je zavedou na jim náležící pokoj a tím jejich práce končí, i přes to, že mají v ošetrovatelské anamnéze seznámení pacienta s chodem oddělení. Pacienti pak ve volné chvíli vydávají sbírat tyto informace samy.

Pacienti čekají na příjem. Mnozí poukazují na někdy až příliš velkou dobu čekání. Tento problém se značně zvyšuje nervozitou, pobytem v cizím prostředí a nutností podstoupení výkonu katéetrové ablace.

Pacienti po výkonu trpí bolestmi. Udávané jsou bolesti místa vpichu, na hrudi a bolesti zad, z důvodů jednotvárné polohy po dobu několika hodin.

Pacienti po výkonu neovládají jíst vleže. Je zaveden klid na lůžku a poloha vleže na zádech. Po dvou hodinách po výkonu je jim přineseno ohřáté jídlo a pacient je nucen polohu nijak neměnit. V této poloze pacienti často jí poprvé.

Pacienti po výkonu pociťují únavu. Udávají značné psychické i fyzické vyčerpání, způsobené strachem o sebe samého a několika hodinovým ležením bez hnutí na sále.

Pacienti po výkonu trpí ztrátou soběstačnosti. Nemohou se sami najíst, napít, nesmí změnit polohu, dojit na wc a nejsou schopni vykonávat samostatně hygienu. Jinak zdravý člověk tímto problémem značně trpí.

Pacienti po výkonu mají problémy s vyprazdňováním stolice. Tato problematika souvisí s klidem na lůžku, nedostatkem soukromí a psychickým stavem pacienta.

Pacienti jsou podporováni rodinou. Poukazují na podporu svých přátel, nejvíce manželek a dalších rodinných příslušníků. Podpora je ve formě osobního kontaktu v návštěvních hodinách či telefonátů po celou dobu hospitalizace.

Sestry mají problémy s komunikací s pacienty. Pacienti poukazují na nedostatky v komunikaci nebo chování sester po prodělaném výkonu. Z řad sester můžeme shlédnout přiznání k nedostatku času pro poskytnutí sto procentního výkonu.

Sestry ošetřují invazivní vstupy dle ošetrovatelského standardu, provádějí kontrolu, dbají na ordinaci lékaře. Provádějí kontroly místa vpichu, kde hrozí vznik dalších komplikací. V případě jakékoli nejasnosti nebo problému zavolají lékaře.

Po katéetrové ablaci je pacient ohrožen nejvíce krvácením, infekcí a hematomy. Sestra je seznámena s možným vznikem komplikací po katéetrové ablaci, snaží se jim přecházet a v případě nejasností či jejich výskytu se obrací na lékaře.

Po zpracování výzkumného souboru se podařilo v rámci bakalářské práce cíl splnit. Výsledky bakalářské práce by se mohly podle mého názoru poskytnout všeobecným sestřím interního a kardiologického oddělení a využity ke zkvalitnění ošetrovatelské

péče na jednotlivých pracovištích. Dle mého názoru se mohou využít i jako podklad pro výuku na středních zdravotnických školách.

Abstract

I have dealt with the theme: "Nursing care before and after catheter ablation." The work is to find out the specifics of nursing care before and after the performance of catheter ablation. The theoretical part of the thesis deals with the anatomy of the heart, heart rhythm disorders, symptoms and catheter ablation with its complications. The aim of this passage is summarizing of existing knowledge about resolved issue. This section has been prepared on the basis of relevant literature sources. In the practical part there have been established two research questions. The aim of the first research question was to determine complications which may after catheter ablation occur from nursing perspective. The second research question concerns the issue of nursing care of the patient before catheter ablation.

To meet the objectives of this thesis was used the method of qualitative research in the form of non-standardized individual interviews. Interviews were conducted in the hospital České Budějovice and Prague – IKEM on the Division of Cardiology individually with the approval of a nurse or a hospitalized patient. Overall were participated six nurses and six patients. Interviews with patients were divided into nursing care before and after the performance of catheter ablation. Nursing care before the intervention was focused on feelings and patient awareness. This part of the interview should answer the research question 2, nursing care after performance of catheter ablation, which was focused on the problems and needs of patient and complications after performance. This part of the interviews was to answer the research question No. 1.

Interviews with nurses were divided into nine starting points from which were formed a mind maps. They focused on nursing care before and after the performance of catheter ablation, on complications occurring after surgery, care of invasive inputs and the most common problems patients after surgery from the perspective of nurses.

According to the survey were derived the following conclusions:

Patients prior to surgery are not familiar with the operation of the department. Nurses take them to the room they belong and that their work was finished, despite the

fact that they have a familiarization of patient with the operation of the department in a nursing history. Patients then in free time issuing collect information themselves.

Patients are waiting for receive. Many point to the sometimes too much time waiting. This problem is greatly increased by nervousness, being in a foreign environment and the necessity of undergoing catheter ablation performance.

Patients are suffering from pain after the procedure. Reported are pain of injection site, of chest and back pain due monotonous position for several hours.

Patients do not manage to eat after exercise lying down. There is introduced bed rest and supine. Heated food is being brought them two hours after performance, and the patient is forced position does not change. In this position, patients often eat for the first time.

Patients experience fatigue after performance. They show considerable mental and physical exhaustion, caused by fear for itself and by lying motionless in the hall for few hours.

Patients after surgery suffer from loss of self-sufficiency. They can't themselves eat, drink, can't change the location, go to the toilet and are unable to perform self-care. Otherwise healthy people suffer from this problem considerably.

For Patients is difficult to secrete after performance. This issue is related to bed rest, lack of privacy and the mental state of the patient.

Patients are encouraged by family. They note the support of his friends, most wives and other family members. The support is in the form of personal contact in visiting hours or phone calls throughout the hospital stay.

Nurses have problems in communicating with patients. Patients point to weaknesses in communication or behavior of nurses after performance. From the ranks of nurses can see the return of lack of time to provide hundred-percent capacity.

The nurses are treating invasive inputs according to nursing standards, carry out a check and ensure the doctor's office. Carry out checks on the puncture sites where the risk of developing other complications. In case of any question or problem, call doctor.

After catheter ablation, the patient is most vulnerable by bleeding, infection and hematoma. The nurse is aware of the potential for development of complications after

catheter ablation trying to prevent them and in case of doubt or of their occurrence appeals to the doctor.

After processing the research group was aim of thesis successfully fulfilled. The results of this thesis could be, in my opinion, provided to nurses of internal and cardiology department and be used to improve nursing care at individual workplaces. In my opinion results can be used as a basis for teaching in secondary medical schools.

Prohlášení:

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

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

V Českých Budějovicích dne 2.5.2013

.....

Kmetková Monika

Poděkování:

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

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. Současný stav.....	8
1.1 Stavba a fyziologie srdce.	8
1.1.1 Cyklus srdce.....	8
1.1.2 Vodivý systém srdce.....	9
1.2 Vznik poruch srdečního rytmu.....	10
1.2.1 Příčiny vzniku arytmií.....	10
1.2.2 Projevy arytmií.....	11
1.2.4 Druhy léčby arytmií.....	13
1.3 Katéetrová ablace.....	14
1.3.1 Péče před katéetrovou ablací.....	16
1.3.2 Průběh výkonu.....	18
1.3.3 Komplikace výkonu.....	20
1.3.4 Péče po katéetrové ablaci.....	21
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	23
2.1 Cíl práce.....	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
3. Metodika.....	24
3.1 Popis metodiky.....	24
3.2 Charakteristika souboru.....	25
4. Výsledky výzkumu.....	26
4.1 Pacienti poskytující rozhovor.....	26
4.2 Sestry poskytující rozhovor.....	40

5. Diskuze.....	60
6. Závěr.....	66
7. Seznam použité literatury.....	69
8. Klíčová slova.....	73
9. Přílohy.....	74

Úvod

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

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

Sestra by měla s pacientem umět vést komunikaci, poradit a odpovědět na běžné otázky. Neměla by být však pouze sestrou rádkyní, ale měla by být i trpělivá, empatická, manuálně zručná a mít dostatečné teoretické znalosti k vyřešení problémů.

Tuto práci „Ošetrovatelská péče před a po katétrové ablaci“ jsem si vybrala, protože srdce jako orgán mě odjakživa fascinoval. Z počátku jsem přesně nevěděla, o jaký výkon se jedná a co obnáší. Nicméně toto téma mi přišlo zajímavé a byla to pro mě výzva. Při procházení jednotlivých oddělení mě nejvíce zaujala kardiochirurgie, když jsem první den měla možnost se podívat na operaci srdce. Ráda bych jednou pracovala právě na kardiologickém či kardiochirurgickém oddělení. Tato práce mi nejenom umožňuje hlouběji nahlédnout do oboru, ale dává mi i určité plus při ucházení o místo.

Ve své bakalářské práci je mým cílem zjistit specifika ošetrovatelské péče před a po výkonu katétrové ablace.

1. Současný stav

1.1 Stavba a fyziologie srdce

Srdce je dutý svalový orgán, který je tvořen ze čtyř oddílů. Je uloženo v mezihrudí (mediastinu), za hrudní kostí. Dvěma třetinami leží na levé straně od střední čáry a jednou třetinou vpravo. Jeho rytmické smršťování a ochabování je způsobováno poháněním krve v krevním oběhu pod tlakem. Pravidelně se kontrahuje s vypuzováním krve do oběhu od 1 dne života. Srdce dospělého člověka se pohybuje v rozmezí 250 - 390 g, v průměru 300 g, dle věku a pohlaví. Jeho hmotnost se může odvíjet i od objemu srdeční svaloviny, subepikardiálního tuku a tělesné konstituce. Zvětšuje se dle množství a intenzity svalové práce jednotlivce. Připomíná tvar nepravidelného kužele s hrotem směřujícím dopředu dolů a doleva a s bází obrácenou dozadu vzhůru. (Aschermann, 2004; Koordinační středisko transplantací; Novotný, 2003)

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

1.1.1 Cyklus srdce

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

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

1.1.2 Vodivý systém srdce

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

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

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

1.2 Vznik poruch srdečního rytmu

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

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

1.2.1 Příčiny vzniku arytmie

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

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

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

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

1.2.2 Projevy arytmií

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

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

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

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

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

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

1.2.4 Druhy léčby arytmii

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

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

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

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

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

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

1.3 Katéetrová ablace

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.1 Před výkonem

Nemocný je přijat sestrou k hospitalizaci buď krátce předem, nebo ten samý den. U většiny případů probíhajících bez komplikací jde tedy o krátkodobou hospitalizaci, trvající 2-3 dny. Pokud není předem s lékařem domluveno, mělo by se zavolat o několik dnů dříve, zda se mají vysadit nějaké léky. Například vynechání léků proti arytmií usnadňuje získat při elektrofyziologickém vyšetření přesnější výsledky. Vysazení léků proti srážení krve je také nezbytné, aby mohl být výkon proveden. Každý by měl s sebou přinést seznam léků, které užívá a předat jej sestře při příchodu. Důležitou informací je nejenom název, ale i dávkování jednotlivých léků. Jestliže nemocný trpí nějakou alergií nebo prodělal alergickou reakci po nějakém léku, nesmí zapomenout se o tom zmínit lékaři, případně sestře. Tento výkon není vhodné provádět za přítomnosti jiného akutního onemocnění nebo zhorší-li se aktuální stav chronického onemocnění. V případě jakékoli nejasnosti či otázky je dobré se před termínem nástupu do nemocnice informovat telefonicky o vhodnosti odkladu. Rovněž by se toho vyšetření nemělo uskutečnit u žen v době menstruace. Kontraindikací k výkonu je těhotenství.

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

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

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

Předoperační hodnocení má za úkol nejen posoudit možné operační, ale i dlouhodobé kardiovaskulární riziko a nabídnout řešení snižující riziko připravovaného výkonu. Jak rozsáhlá bude předoperační příprava, závisí na rozsahu kardiovaskulárního onemocnění, na projevech, na stupni obtížnosti výkonu a na toleranci zátěže pacientem, neboli funkční výkonnosti. (Skalická, 2007)

1.3.2 Průběh výkonu

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

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

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

Jak dlouho tento výkon trvá, se určuje dle typu léčené arytmie a na tom, zda je srdce celkově zdravé, či srdce postižené nějakým onemocněním nebo srdce po prodělané operaci. U jednoduchých ablačních výkonů, jako je flutter síní nebo arytmie z oblasti atrioventrikulárního uzlu je délka odhadována zhruba okolo 60-120 minut i s příslušným vyšetřením a kontrolou efektu. Výkony jako jsou fibrilace síní a komorové tachykardie mohou trvat kolem 3-6 hodin. Za nejsložitější z výkonů jsou pak považovány katérové ablace po operaci závažné srdeční vady v dětství. (Rytmus srdce, 2010)

1.3.3 Komplikace výkonu

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

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

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

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

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

Zmínit je nutné vyvolávání arytmii během výkonu, ale jelikož jsou jeho součástí nelze je považovat za komplikace. Vzácně je nelze ukončit stimulačními manévry a je nutné podání léků či elektrické kardioverze (podání výboje v celkové krátkodobé narkóze). I toto riziko je velmi nízké.

Manipulace s katétry nebo dodávání radiofrekvenční energie podporuje vznik dalších vzácných komplikací. Poškození převodního systému srdce vyžadující zavedení kardiostimulátoru natrvalo, poškození srdeční stěny s rozšířením krvácení do

osrdečnickového vaku. V tomto případě se přistupuje k vypuštění krve pomocí punkce, méně časté je místo poškození zašít. Další je i embolie plic a mozku, poškození bráničního nervu se sníženým pohybem bránice, poškození srdeční chlopně, zanesení infekce do krevního oběhu, rozšíření infarktu myokardu, vzduchová embolie a dočasná porucha vyprazdňování žaludku.

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

1.3.4 Po výkonu

Po zákroku je nemocný převezen sestrou k monitoraci na intermediální oddělení. Leží v poloze na zádech s nataženými dolními končetinami. Ihned po příjezdu je důležité změřit tlak, pulz a zkontrolovat místo vpichu. Sestra dále přiloží funkční signalizační zařízení na dosah pacienta. Pečující sestra provede záznam EKG a edukuje pacienta o přísném dodržování klidu na lůžku. Klid na lůžku je nutné dodržovat z důvodů účinku heparinu, aplikovaném na sále. Čeká se na odeznění jeho účinku, pak je možné odstranění kanyl z místa vpichu. Na místo vpichu se po odstranění kanyl přiloží kompresivní obvaz, obvykle na 8 hodin. Sestra edukuje pacienta o možných

komplikacích, které mohou nastat, všímá si jeho celkového stavu a navazuje s ním pozitivní vztah. Zejména se snaží o jeho aktivní spolupráci a zapojení do ošetrovatelské péče. V mnoha ohledech se pacient obrací na sestru a stává se méně soběstačným, proto je důležitá její pomoc a empatický přístup. Snaží se i o zajištění všech bio-psycho-sociálních potřeb nemocného. (Dvořáková, 2006; Kapounová, 2007; Trachtová, 2006)

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

V místě vpichu bývá malá modřina či zatvrdnutí v hloubce pod místem, ty vymizí během několika týdnů. Jestliže se objeví zarudnutí a bolestivost otoku místa vpichu nebo celé dolní končetiny, kontaktuje se lékař. U některých z arytmií se po katetrizační ablaci objevuje i pocit přeskokování srdečního rytmu. Je proto třeba, aby sestra pacienta uklidnila, obvykle se sám upraví. Jestliže však nadále přetrvávají nebo se bušení srdce opakuje jako před výkonem, volá se opět lékař. Kontrolní ambulantní vyšetření pak probíhá po 6 týdnech. (Ikem, 2006)

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

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

2.2 Výzkumné otázky

- 1.** Jaké komplikace z ošetrovatelského hlediska mohou nastat po katérové ablaci?
- 2.** Jaká je problematika ošetrovatelské péče o pacienta před katérovou ablací?

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

Na výzkum byla použita metoda kvalitativního šetření, nestandardizovanou formou rozhovorů. Rozhovory probíhaly v nemocnici České Budějovice a Ikem v Praze, na kardiologickém oddělení. S rozhovory v nemocnici České Budějovice mi pomáhala staniční sestra kardiologického oddělení, která se té role sama ochotně ujala. V nemocnici Ikem jsem získávala respondenty po osobní domluvě. Každý rozhovor byl prováděn s individuálním souhlasem dotazovaného. Všichni respondenti byli informováni o anonymitě získaných dat. Práce poskytuje nízký výzkumný vzorek, je proto třeba upozornit, že má spíše charakter doporučení pro další možná šetření. Výzkum byl prováděn v období od ledna do dubna 2013.

Pro výzkumné šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou bylo zjistit komplikace, které z ošetrovatelského hlediska mohou nastat po katéetrové ablaci. Druhá výzkumná otázka se týká problematiky ošetrovatelské péče o pacienta před katéetrovou ablaci.

Rozhovory s pacienty byly rozděleny na ošetrovatelskou péči před a po výkonu katéetrové ablace. Ošetrovatelská péče před výkonem se soustředila na pocity a informovanost pacienta. Tato část rozhovorů měla odpovědět na výzkumnou otázku č.2. Ošetrovatelská péče po výkonu katéetrové ablace byla zaměřena na problémy, komplikace a potřeby pacienta po výkonu. Tato část rozhovorů měla dát odpověď na výzkumnou otázku č.1.

Rozhovory s všeobecnými sestrami byly rozloženy do devíti výchozích bodů, z kterých se tvořily myšlenkové mapy. Zaměřovaly se na ošetrovatelskou péči před a po výkonu katéetrové ablace, na komplikace vyskytující se po výkonu, péči o invazivní vstupy a nejčastější problémy pacientů po výkonu z pohledu sester.

Metodou rozhovorů dosáhneme k opatření citlivých a cenných údajů o tom, jak daný jednatlivec situaci vnímá, co si o ní myslí a jaký má vliv na jeho život. Tímto způsobem máme možnost nahlédnout do hloubky dané problematiky. Rozhovory jsou sice časově náročné, ale výtěžený výsledek je daleko cennější a působivější.

Z níže uvedených získaných dat byl proveden přepis rozhovoru, vytvořeny kategorie a podkategorie a pro lepší orientaci vsazen do myšlenkových map programem SmartArt. Byly použity přímé citace respondentů.

3.2 Charakteristika souboru

Celkem se zúčastnilo 6 sester a 6 pacientů z Českých Budějovic a Prahy- Ikem. Z každé nemocnice byly dotazovány 3 sestry a 3 pacienti. Jedna z dotazovaných sester rozhovor odmítla.

K rozhovorům měl být použit diktafon k jejich urychlení a po té, k přesnějšímu zpracování získaných informací. Všech pacientům a všeobecným sestrám to přišlo značně nepříjemné a rozhovor tímto způsobem odmítli.

4. Výsledky výzkumu

Získané výsledky jsou zpracovávány do myšlenkových map pomocí programu SmartArt. Každá myšlenková mapa je následně popsána. Jako první je zobrazeno výzkumné šetření od pacientů, jako druhé jsou prezentovány výsledky od všeobecných sester.

4.1 Pacienti poskytující rozhovor

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

První respondent je muž hospitalizovaný v nemocnici České Budějovice ve věku 64 let. Problémy ho provází už od roku 2004, kdy nemohl přidat do kroku, byl velmi slabý a pociťoval bušení srdce. Tento muž byl velmi ochotný a poskytoval podrobné informace o svém nynějším zdravotním stavu, svých pocitech a názorech. Rozhovor trval 1 hodinu a půl s posezením na pokoji.

Druhého respondenta, stejně jako prvního jsem získala díky staniční sestře kardiologického oddělení v Českých Budějovicích po dobu jejich hospitalizace. Je to muž ve věku 60 let. Své první příznaky udává zhruba před 3-4 lety, kdy pociťoval silné impulzy a tíhu na hrudi pouze v klidu. Pacient odpovídal na svém pokoji v posteli ten den po výkonu. Ten den prodělal třetí katéetrovou ablaci. Rozhovor probíhal zhruba 45 minut s ohledem na jeho zdravotní stav.

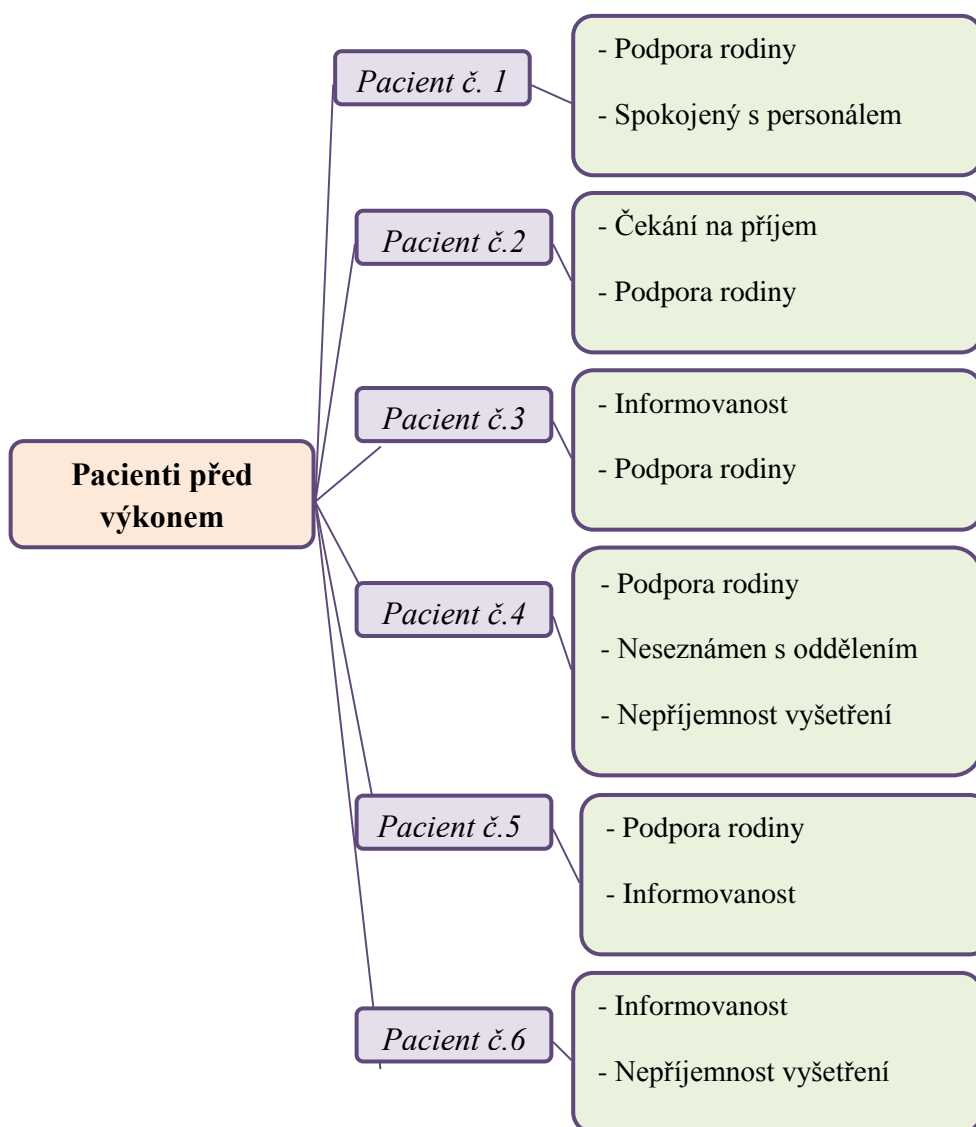
Třetí respondent je muž ve věku 61 let, opět hospitalizovaný v nemocnici České Budějovice. Rozhovor byl získán prostřednictvím staniční sestry kardiologického oddělení. První problémy u něj byly zjištěny vyšetřením po prodělaném infarktu myokardu v roce 2007. Trval zhruba 45 minut, jelikož pacient očekával návštěvu. Probíhal na jídelně dle jeho přání, s ohledem na anonymitu získávaných dat. Absolvoval třetí katéetrovou ablaci. Informace podával s pocitem, že pomůže dalším, kteří budou muset výkon podstoupit.

Čtvrtý respondent je muž hospitalizován na kardiologickém oddělení v Praze-Ikem. Ve věku 62 let. První problémy u něj nastaly před pár měsíci. Necítil se dobře, začal slábnout a měl pocit přeskokování srdce. Tento rozhovor trval 1 hodinu na pokoji pacienta. Byl získán po osobní domluvě s pacientem. Respondent byl velmi milý a ochotný.

Pátý respondent je muž ve věku 54 let. Rozhovor byl po osobní domluvě uskutečněn na pokoji hospitalizovaného pacienta v Praze-Ikem. Začátek svých prvních příznaků udává někdy kolem roku 2008. Když byl v klidu, snažil se zaměřit na tlukot srdce a měl dojem, že tluče v jiném rytmu. Informace byly sbírány 1 hodinu a čtvrt. Odpovídal upřímně a atmosféra byla uvolněná.

Šestý respondent je hospitalizován v nemocnici v Praze-Ikem. Je to muž ve věku 66 let. Rozhovor trval 1 hodinu v příjemném posezení jídelny po osobní domluvě. Svě první problémy si již přesně nepamatuje, pouze větší bolesti na hrudi než jindy a srdce bijící jako o závod. Tento respondent byl plný negativních odpovědí a značně vysílený problémy, které ho doprovázejí.

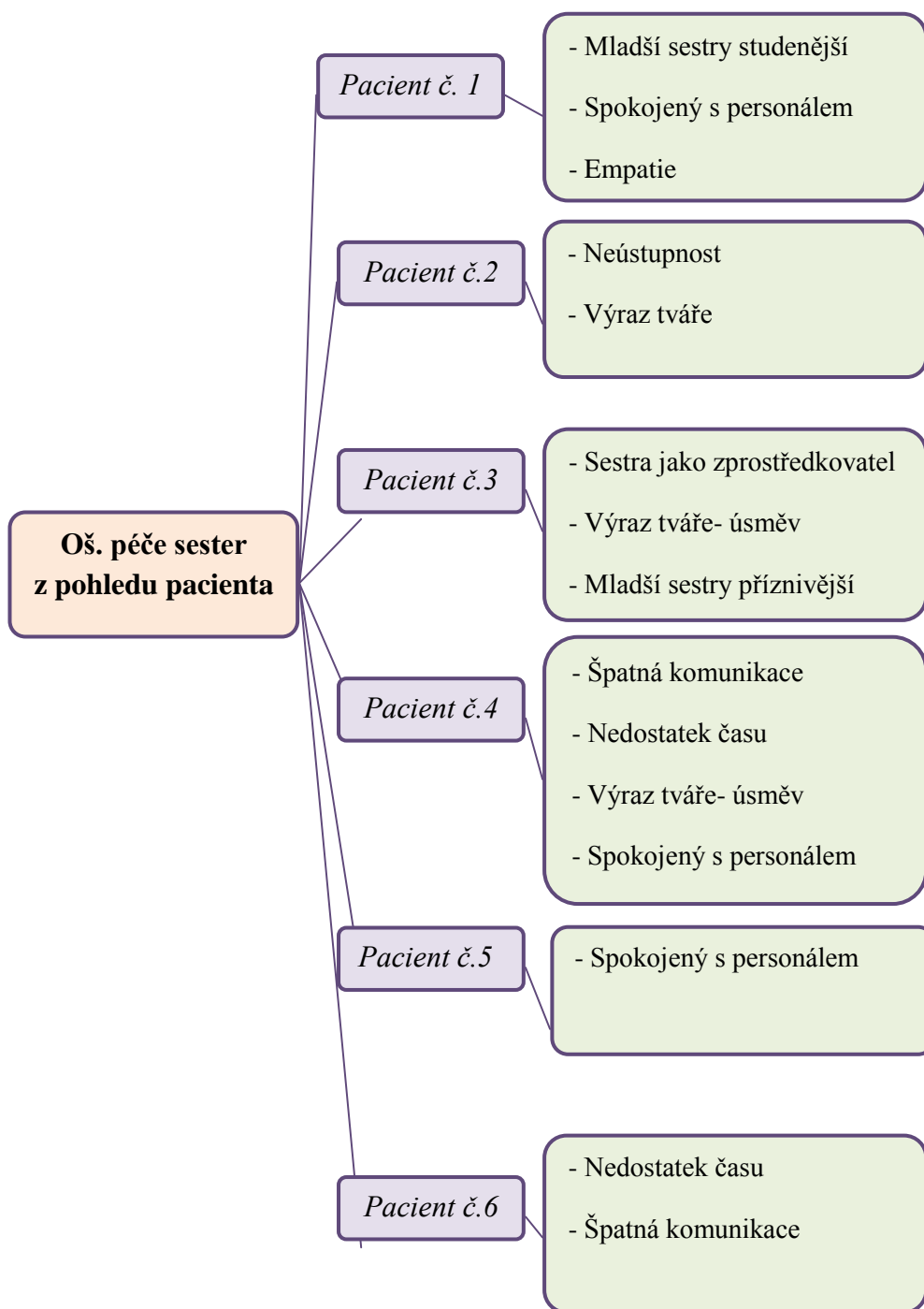
Myšlenková mapa 1.: **Pacienti před výkonem katérové ablace**



V myšlenkové mapě jsou znázorněny problémy a pozitiva, které pacienti pocítují před výkonem katérové ablace. Nejvíce pacienti udávají informovanost a podporu rodiny. Na informovanost pacient č.5 odpovídá: „*Jsem rád, že mě informovali tak, jak jsem si představoval.*“ Stejně tak odpovídali i další z dotazovaných respondentů až na pacienta č.4. „*Informací jsem měl někdy až moc. Každý mi řekl něco jiného a já z toho měl pěkný guláš. Nejspíš je to tím, že je pro mě všechno nové, já nikdy moc netíhnu*

k doktorům. Když sestra řekla slovo kanyla, nevěděl jsem, o čem je řeč.“ Na podpoře rodiny se shodlo pět z dotazovaných. „Podporovala mě převážně rodina a přátelé. Po celou dobu co tu ležím, mám neustále návštěvy a telefonáty. Jsem za to rád, až když se vám opravdu něco stane, tak vidíte, komu stojíte za to, aby si na vás vzpomněl.“ Tři z dotazovaných udávají před výkonem nepříjemnou předoperační přípravu. „Před výkonem mi zaváděli hadičku na čůrání. To bylo hodně nepříjemné.“ (pacient č.4) „Byl jsem upozorněn, kdy nesmím jíst a pít, tak z toho mám značné obavy, já jím skoro pořád.“ (pacient č.5) „Skoro celý den předtím nejíte a běháte na samá vyšetření. Večer vás naženou do sprchy a oholí. Také vám dávají různé hadičky a píchají do žíly.“ (pacient č.6) Dále se uvádá čekání na příjem. „Taková klasika. Většinou plná čekárna a kolem 12 lidí čeká na příjem, tak s tím se samozřejmě počítá. Ale když je člověk nervózní co bude...“ (pacient č.3) Zjištěn byl i problém seznámení s oddělením. Respondenti pak vyšli z pokojů a hledali, kde co je. „Na pokoj jsem byl uveden stylem převlečte se a lehněte si na postel. Když se našla chvilka času a k ničemu mě nepotřebovali, vylezl jsem na chodbu a začal šmejdit.“ (pacient č.2)

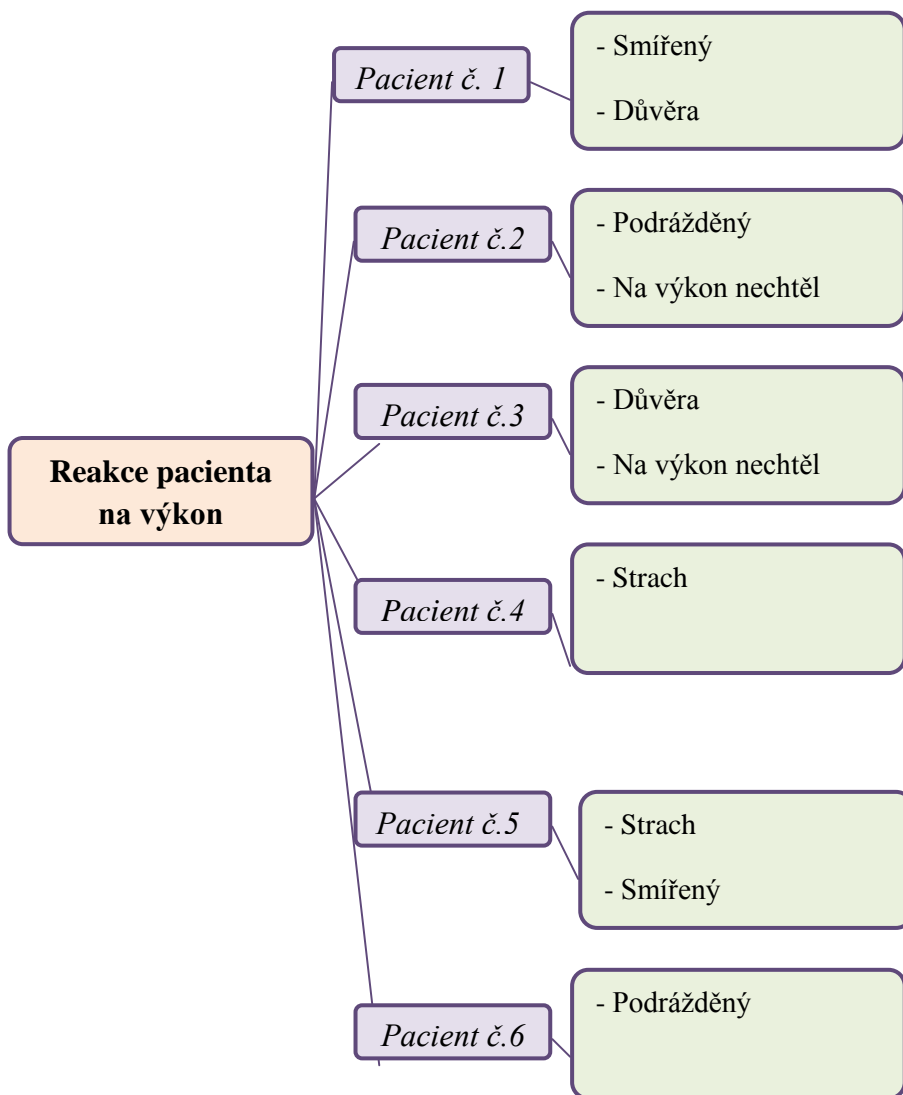
Myšlenková mapa 2.: **Ošetrovatelská péče sester z pohledu pacienta**



Myšlenková mapa se znázorňuje pocity a reakce pacienta na přítomnost a ošetrovatelkou péči sester. Pacienti jsou spokojení s personálem: „*Na sestry si nemůžu*

stěžovat, starají se tu o mě pěkně. O všem, co se připravují dělat, podávají informace. Nejvíc mi asi vadí, jak jsou neústupné a nic si nedají vymluvit, ale chápu to, k jejich práci to patří. Občas se i mračí.“ Zároveň pacient č.2 popisuje neústupnost sester a dává najevo problém s výrazem ve tváři sestry u lůžka. Pacient č.3 by chtěl podotknout následující situaci: „Chtěl bych podotknout fakt, kdyby byla možnost vytvořit podmínky pro to, co pacient chce. Například, aby sestra vyřídila lékaři jeho dotaz a ten si s ním následně pohovořil, než aby jeho dotaz ihned zamítla.“ Dále pokračuje slovy: „Jinak s personálem jsem velice spokojený. Na tomto oddělení jsem opakovaně, takže tu většinu sester a lékařů znám. Pouze bych si přál, aby se sestřičky více usmívali. Je to individuální záležitost, ale ty mladší, jsou více příznivější.“ O sestřích se zmiňuje pacient č.4 při příjmu: „Sestry přilítly, zkontrolovali ránu, ptali se na můj stav a tak, nemůžu říct, že nebyli starostliví. Přesto mi tam chyběla víc ta komunikace, více času na pacienta, úsměv a tak dále. Je to čistě můj názor a vím, že toho mají hodně, a i když беру v potaz například nedostatek personálu. Jinak jsem tu velmi spokojen, jak se sestrami, tak doktory.“ Vkládá i své očekávání od sester: „Od sester a to nejenom zde na oddělení, ale celkově očekávám taktnost, dobrou spolupráci, a aby dělali práci s láskou.“ Pacient č.5 chválí ošetřující personál v nemocnici Ikem. „Sestry byly ochotné, milé, všechno mi vysvětlovali, vstřícné, problémy s personálem jsem opravdu neměl. Řádně se o mě starali, pořád se ptali, jak se cítím, kontrolovali mi tříšlo, všechny věci, které mi přišli dělat, popisovali. Tak se ani doma o mě nestarají.“ Pacient č.6 říká, že žádné problémy se sestrami nemá, přesto poukazuje na některé problémy. „Problémy se sestrami nemám. Vždycky je to na domluvě. S některou vyměním názor, oni dělají svojí práci a já mám zas svojí hlavu. Jedná se přece o mě. Nakonec se vždy dohodneme na nějakém společném řešení. Od sester očekávám, aby si našli víc času na pacienta, respektovali jeho názor, přivolali lékaře, když si ho pacient žádá a lépe komunikovali.“

Myšlenková mapa 3.: **Reakce pacienta na podstoupení katéetrové ablace**



Myšlenková mapa č.3 zaznamenává reakce pacientů při oznámení, že budou nuceni podstoupit výkon katéetrové ablace. Pacient č.1 se s tou situací smířil, jelikož má se srdcem dlouhodobé problémy. „Problémy mám už dlouhodobě, takže při zjištění, že musím podstoupit další zákrok jsem samozřejmě nebyl nadšen, ale smířen.“ Pacient č.2 při vzpomínce na podstoupení další katéetrové ablace se jevil podrážděně. Na výkon jít nechtěl. *Po první katéetrové ablaci jsem byl 14 dní bez příznaků, pak jsem začal mít opět*

komplikace. Bylo zjištěno, že se vypálil pouze jeden typ arytmie a že výkon musím podstoupit znova. Druhou ablaci jsem podstoupil za rok poté. Další katéetrovou ablaci jsem už odmítl, můj stav se uklidnil. Bohužel to netrvalo dlouho a byl jsem nucen jít na třetí katéetrovou ablaci dne 13.3.2013. Doufám, že už budu mít od všeho svatý klid.“

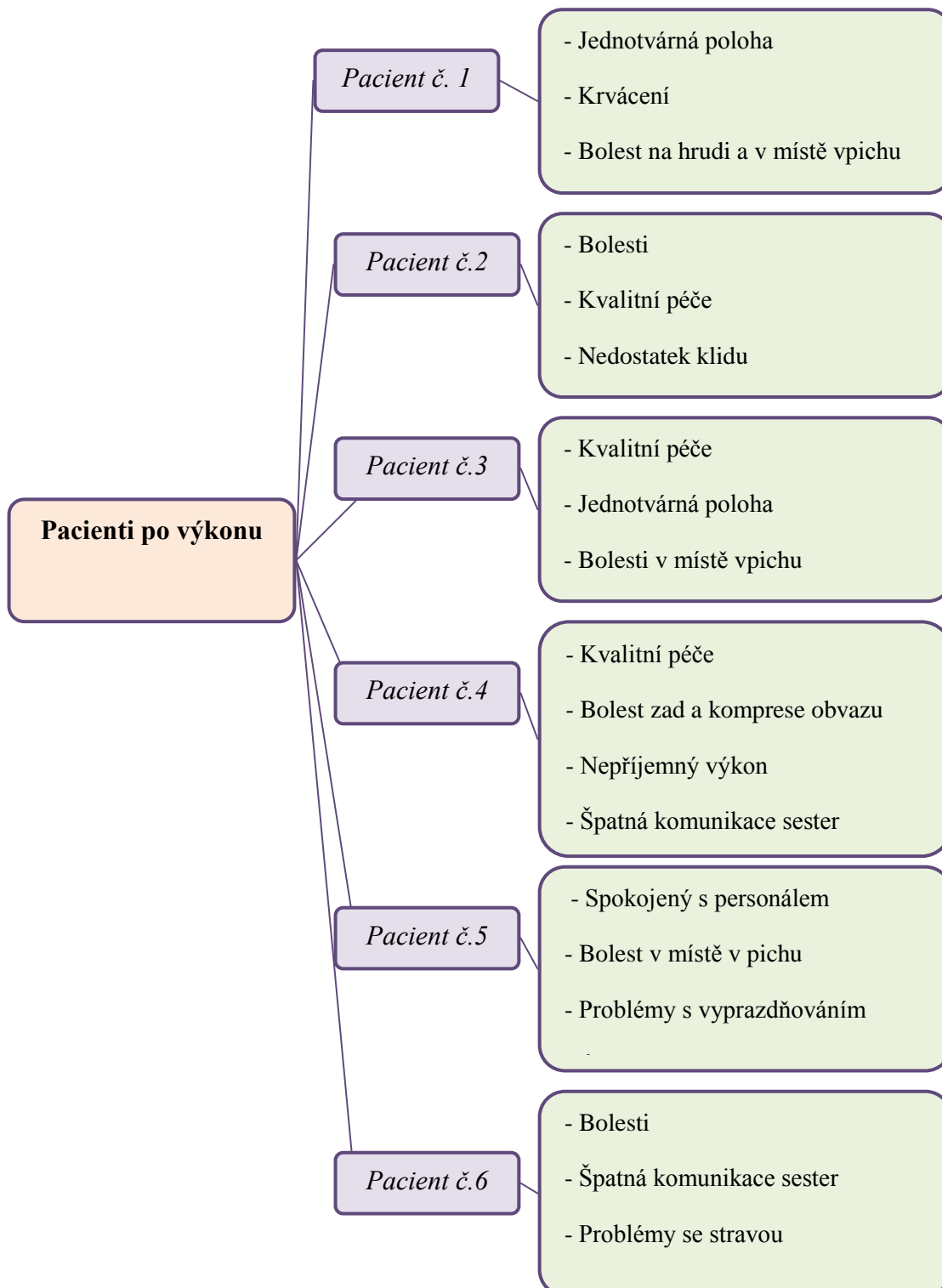
Pacient č.3 neměl problémy s důvěrou a ani nepochyboval o šikovnosti zdravotnického personálu, přesto výkon podstoupit také nechtěl. „Nepravidelnosti srdce neustále přetrvávali i přes prodělání výkonu po druhé. Byl my naplánován další výkon, který jsem už odmítl. Celé dva měsíce jsem neměl žádné problémy, ale opět jsem v nemocnici, slíbil jsem, že to opět podstoupím. Před výkonem jsem strach neměl, věděl jsem, co mě čeká a zdejšími doktorům i sestřím plně důvěřuji, mám s nimi výborné zkušenosti.“

Pacient č.4 měl před výkonem strach. „Když jsem zjistil, že musím katéetrovou ablaci podstoupit měl jsem strach. Báł jsem se, jak to dopadne, co všechno budou dělat a všeho neznámého co mě čeká. Kdo by se taky nebál, ale moje potíže si vyžádali zásah.“

Pacient č.5 měl také strach, ale postupem času se s touto situací smířil. „Když jsem zjistil, že musím katéetrovou ablaci podstoupit tak jsem ji odmítl. Báł jsem se a nepovažoval za důležité. Za tu dobu, co mi to bylo neustále předhazováno jsem se s tím prostě smířil a nakonec i já to považoval za dobrý nápad. I ty prášky pořád brát mě nakonec štválo. Pořád si to hlídat.“

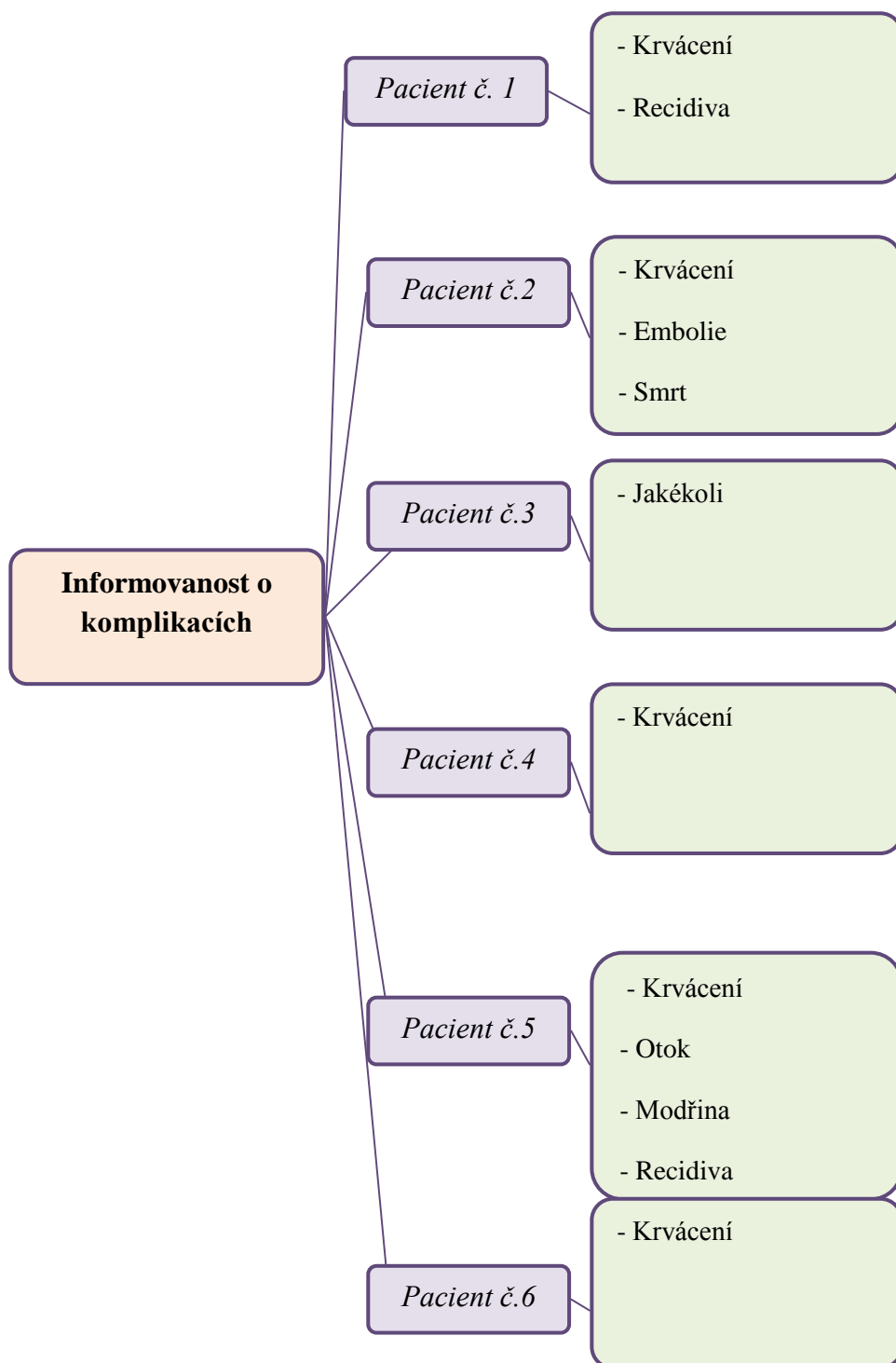
Pacient č.6 na otázku odpovídá: „Když jsem zjistil, že jsem opět musím jít, byl jsem naštvaný. Zase se to nepovedlo. Jestli to nevyjde ani tentokrát, další už odmítnu.“

Myšlenková mapa 4.: **Pacienti po výkonu katéetrové ablace**



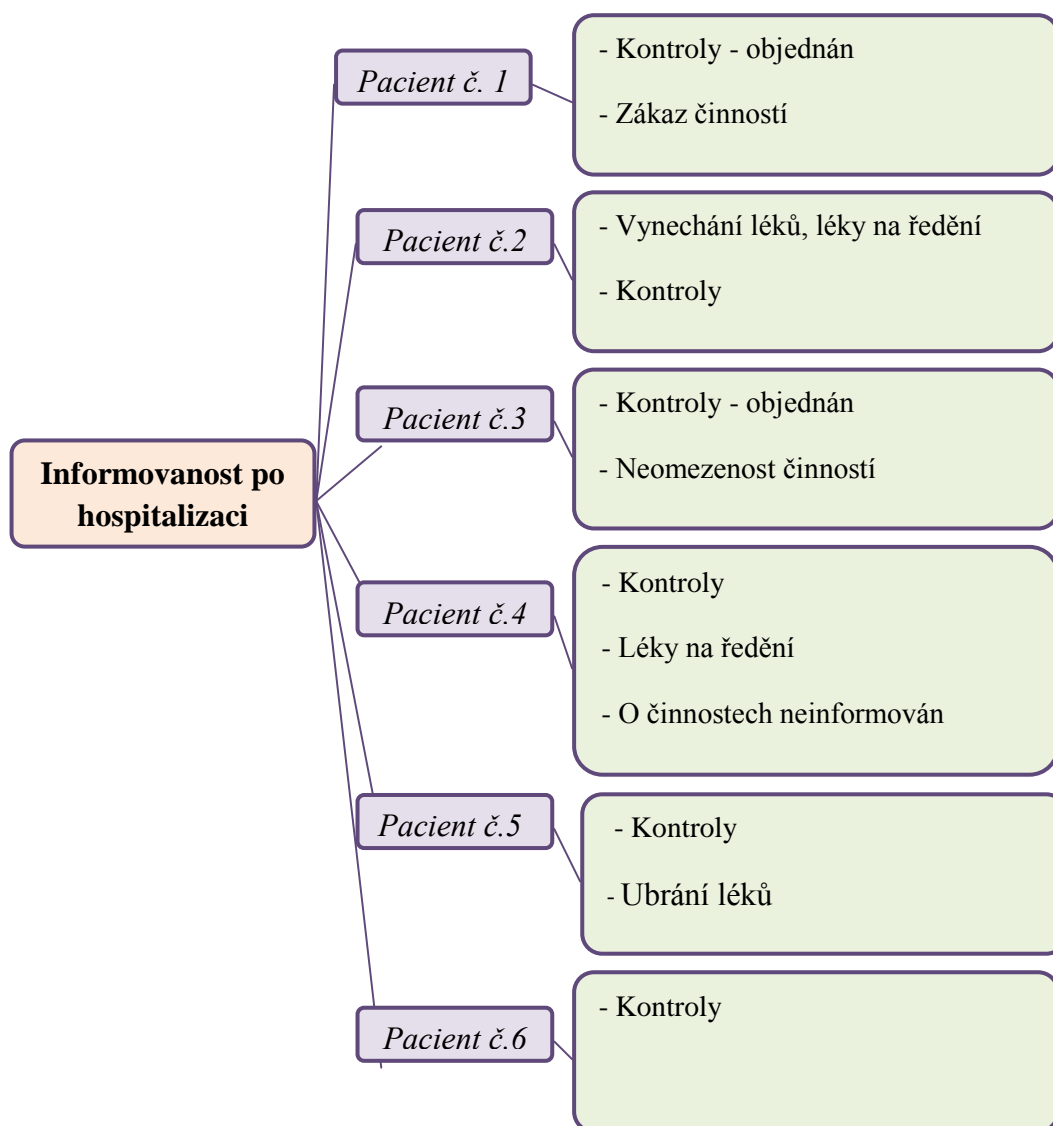
V myšlenkové mapě jsou znázorněny pozitiva a problémy pacientů po výkonu katéetrové ablace. Jako nejčastější problém po katéetrové ablacii je bezpochybně pocit bolesti. „*Bolest jsem samozřejmě po výkonu cítil. Bolel mě celý člověk. Nejvíce jsem trpěl na záda, když jsem nemohl vstát či jakkoli změnit polohu.*“ (pacient č.4) Čím se dostáváme i na udávaný problém s jednotvárnou polohou. Pacienti zůstávají po výkonu v poloze na zádech a nemohou se hýbat. Po výkonu si stěžují špatnou komunikaci se sestrami. „*Sestry přilítly, zkontrolovaly ránu, ptaly se na můj stav a tak, nemůžu říct, že nebyly starostlivý. Přesto mi tam chyběla víc ta komunikace, více času na pacienta, úsměv a tak. Je to čistě můj názor, vím, že toho mají asi hodně.*“ (pacient č.4) Pacienti brali péči většinou jako kvalitní. Ihned na otázku odpovídali kladně. Po výkonu pociťovali značnou únavu. „*Po výkonu mě přivezli na pokoj a celkově si z toho moc nepamatuju, byl jsem unavený a skoro pořád spal.*“ (pacient č.6) Pacient č.2 si v této souvislosti stěžoval, že nemohl spát, když do pokoje neustále někdo chodil. Udávají se i problémy jíst či pít vleže. Pacient č.1 říká: „*Večer mi sestřičky přinesli jídlo a pití. Konečně jsem se po dlouhý době napil, bylo to osvěžující. Nikdy jsem vleže nepil, tak jsem se pobryndal a to jídlo,.. Byla to premiéra, ale spolubydlící mě utěšoval, že měl ty samé problémy.*“ Pacient č.5 se nemohl vyprázdnit. „*Nejhorší bylo po operaci to, že mi nešlo dojít si na záchod. Se sestrou jsme to pak začali řešit.*“ U Pacienta č.1 se projevila jedna z nejčastějších komplikací. „*Sestry neustále chodily na pokoj a hlídaly obvaz, aby nedošlo ke krvácení, druhý den mě odpojily, šel jsem se umýt, vyšel na chodbu, že se konečně projdu a sestřička mě hnala nazpátek. Projednal jsem pak tuto záležitost s doktorem na vizitě a ten mi povolil si sjet pro kafe a opatrně pohybovat. Večer mi levá strana obvazu začala propouštět. Ránu mi převázali a jinak s tím nic nedělali. Večer jsem dostal od sestry vynadáno, obvaz vyměňovali ještě dvakrát za noc.*“

Myšlenková mapa 5.: **Informovanost pacientů o komplikacích po výkonu**



Myšlenková mapa č.5 zobrazuje, jak jsou pacienti informováni o komplikacích, které mohou nastat. Pacient č.1 uvedl recidivu a krvácení. *„Na výkonu nejsem poprvé, proto moc dobře vím, že se příznaky mohou znovu objevit, nebo se nespálí všechno. Může to také krvácet. Po výkonu mi i prosákl obvaz a už i předtím mi sestry neustále dávali pozor na nohu.“* Pacient č.2 má informace získané z informovaného souhlasu. *„Vím, jaké mohou nastat komplikace, můžou to být embolie, krvácení a pacient může zemřít. Četl jsem to v informovaném souhlasu, který jsem podepisoval. Vždy si věci radši přečtu před podpisem.“* Pacient č.3 na otázku, jestli zná nějaké komplikace, odpovídá stylem: *„stát se může cokoliv.“* Pacient č.4 zapomněl jaké komplikace katéetrové ablace jsou. Z vlastní zkušenosti pak uvádí i krvácení. *„O komplikacích jsem určitě něco četl při podepisování papírů. Doktor mi je také určitě říkal. Já si jen pamatuji, že po operaci pořád sestry povídali o krvácení, měl jsem i sám kontrolovat prosáknutí obvazu. Pak už jsem jen od nich slyšel, že je to pěkné.“* Pacient č.5 vyjmenoval i další komplikace otok a modřinu. *„Komplikace, která mohla nastat, bylo krvácení, modřina, otok končetiny. Nevím, jestli to patřilo ke komplikacím, ale také mi bylo řečeno, že se výkon nemusí povést a arytmie zůstanou.“* Pacient č.6 zná pouze krvácení, které pacienti popisují nejčastěji. *„U komplikací vím o krvácení, měl jsem si to i sám hlídat. Ale jinak nevím nic.“*

Myšlenková mapa 6.: **Informovanost pacientů o stavu po ukončení hospitalizace**



Myšlenková mapa č.5 informuje o tom, jak bude dále probíhat život pacienta po ukončení hospitalizace. Pacient č.1 má zakázané jakékoli namáhavé činnosti: „*Nemůžu dělat v podstatě nic*“ udává. Pacient č.2 popisuje získané informace takto: „*Se stavem po hospitalizaci jsem byl předběžně informován, vynechám prášky, které беру, pak i léky na ředění krve a dodržovat pravidelné kontroly.*“ Nejčastěji jsou tedy pacienti poučeni o pravidelných kontrolách u svého kardiologa. „*Kontrolu mám již zařízenou u svého kardiologa, bylo mi řečeno, že může dělat, co se mi zachce.*“ (pacient č.3) Pacient

č.4 není zcela informovaný: „Zatím mi nikdo neřekl, co budu či nebudu moci dělat, ale spolubydlící říkal, že snad vše. Vlastně mě ani nenapadlo se na něco takového ptát.“ Ten samý problém má i pacient č.5. „Po skončení mého pobytu tady budu chodit opět na pravidelné kontroly ke svému lékaři. Jestli se zákrok povedl, konečně mi uberou nějaké ty prášky. Dál jsem ještě informován nebyl.“ Pacient č.6 stručně odpovídá: „Co budu dělat po hospitalizaci vím, už jsem tím prošel. Budu chodit na kontroly a doufat, že teď už to je udělané pořádně.“

4.1 Sestry poskytující rozhovor

Získání rozhovorů od sester nebyl zpočátku takový problém. Dle mého názoru pouze stačilo přijít na oddělení a požádat příslušnou směnu. Daleko větším problémem však bylo trefit se do času, kdy je klid či vtěsnat svůj rozhovor do přestávky. V Českých Budějovicích mi práci usnadnila staniční sestra, která si vše zorganizovala a sehnala požadované respondenty. V Praze-Ikem jsem si rozhovory zajišťovala sama, to bylo obtížnější. Pohybovala jsem se v neznámém prostředí živého oddělení. Jedna sestra zde rozhovor odmítla.

První respondentka pracuje na kardiologickém oddělení v Českých Budějovicích 4 roky. Její nejvyšší vzdělání je středoškolské, obor všeobecná sestra. Zde mě zaujal její přístup k nemocným založený na komunikaci a empatii. Rozhovor trval zhruba 45 minut na denní místnosti sester.

Druhá respondentka pracuje 6 měsíců na kardiologickém oddělení v Českých Budějovicích. Její nejvyšší vzdělání je bakalářské. Předtím studovala střední zdravotnickou školu, obor zdravotnický asistent. S touto sestrou jsem byla na denní místnosti sester 30 minut. Posezení bylo příjemné už jenom tím, že sestra byla podobného věku.

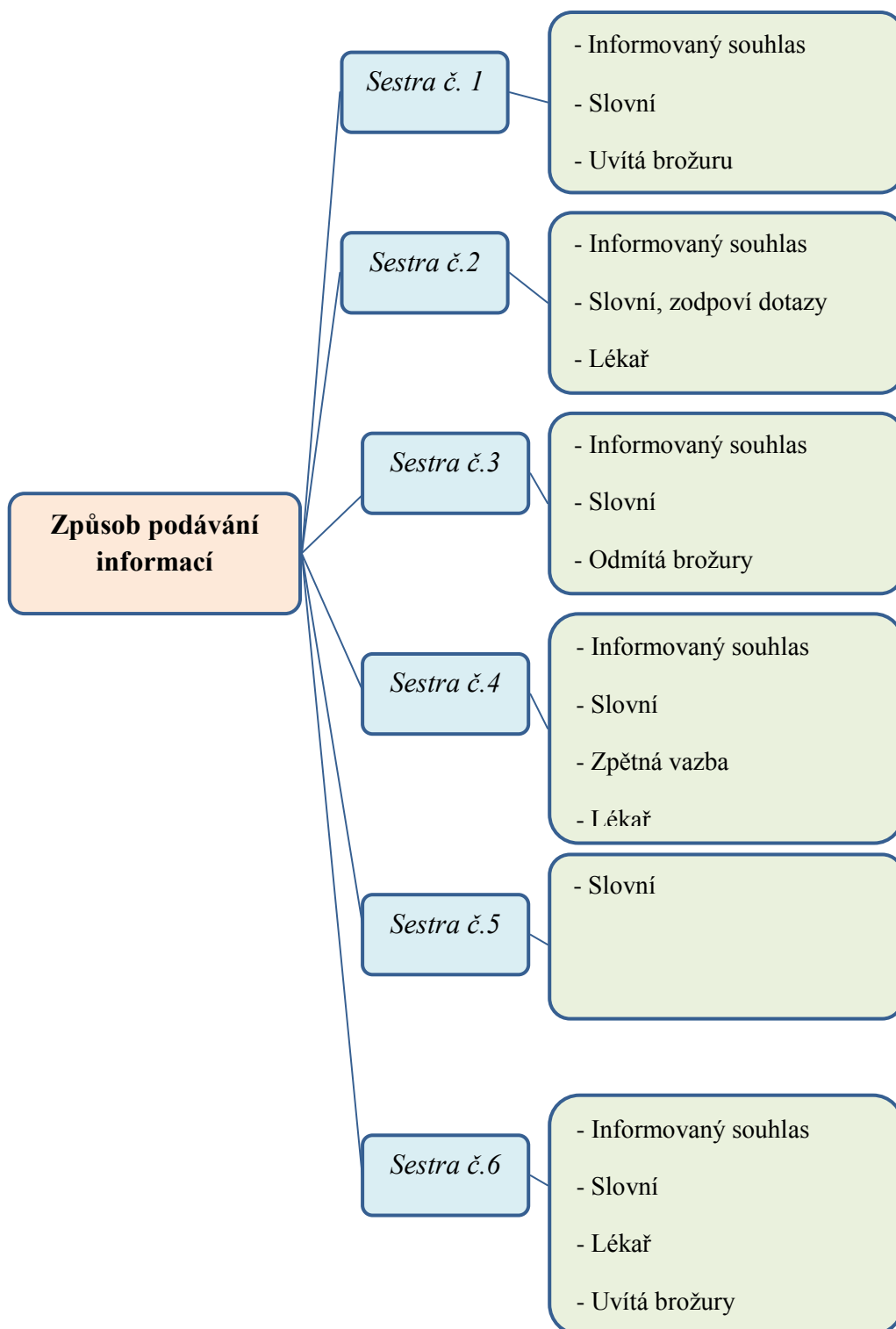
Třetí respondentka je sestra pracující na oddělení kardiologie v Českých Budějovicích 6 rokem. Na denní místnosti jsme seděli necelou hodinu. Zde jsem měla pocit, že sestra vsazuje do rozhovoru mnoho zkušeností. Tento rozhovor byl velmi poučný.

Čtvrtá respondentka pracuje na kardiologickém oddělení v Praze-Ikem 7 rokem. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. Se sestrou jsem byla na vyšetřovně v klidném prostředí 45 minut.

Pátá respondentka pracuje na kardiologickém oddělení v Praze-Ikem 18 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, obor všeobecná sestra. Respondentka mi připadala odměřená a unavená odpovídat. Při zjištění tak dlouhé praxe jsem očekávala daleko více. Posezení na denní místnosti sester trvalo 30 minut.

Šestá respondentka má praxi 5 let. Pracuje na kardiologickém oddělení v Praze-
Ikem. Její nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské. Tento rozhovor probíhal na
sesterně v časové tísní zhruba 20 minut.

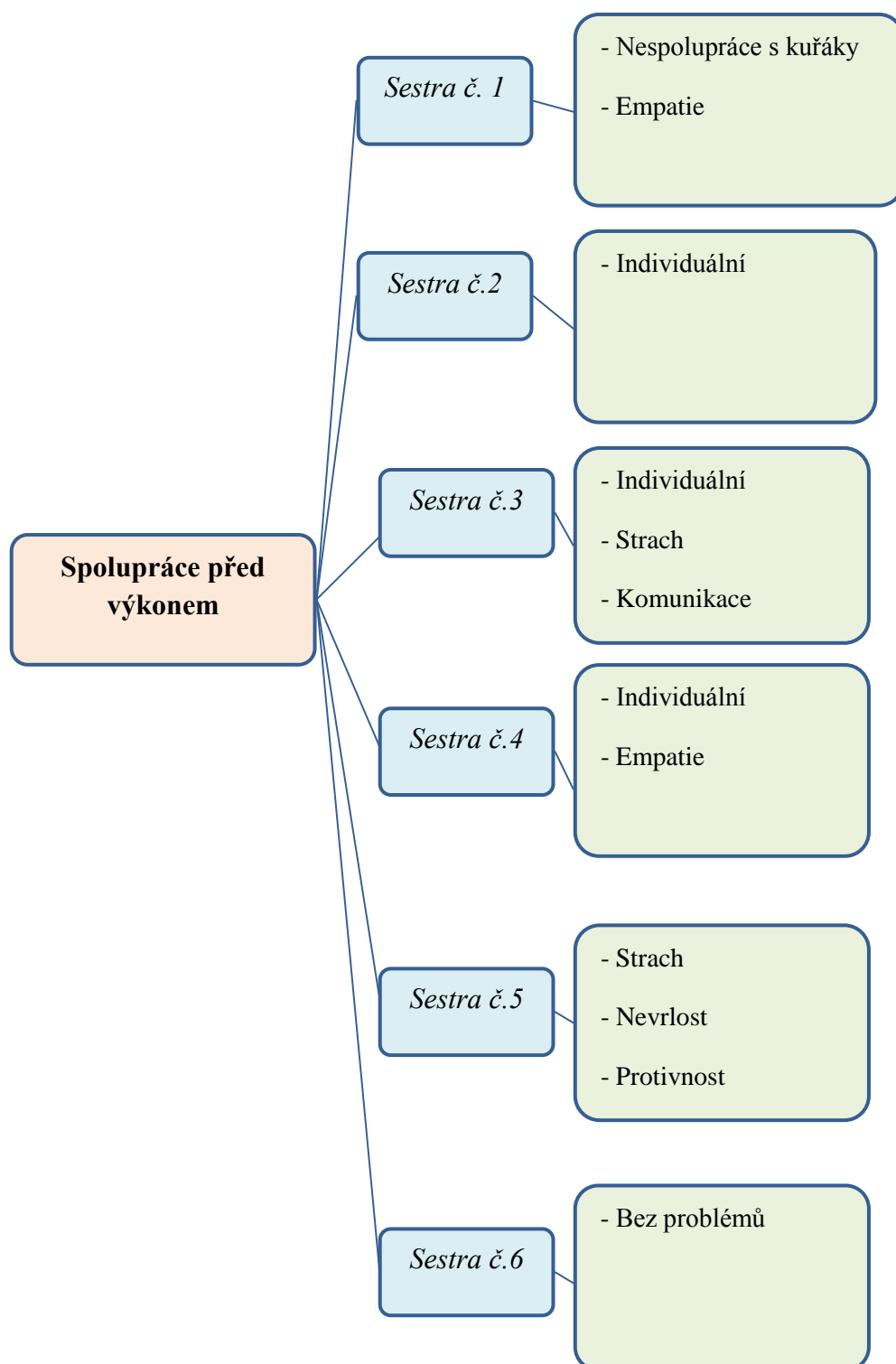
Myšlenková mapa 7.: **Způsob podávání informací z pohledu sestry**



Myšlenková mapa č.7 je zaměřena na způsob, kterým sestry podávají informace hospitalizovaným pacientům. Sestra č.1 pacienty informuje pomocí informovaného souhlasu a zároveň k tomu dodává své vysvětlení o podrobné péči před a po výkonu, co bude pacient asi cítit, jak dlouho bude zákrok probíhat a ostatní věci, které z papíru pacient nevyčte. Sestra říká: „*Myslím si, že by také bylo vhodné vytvořit nějaké brožury, které by byly pacientovy nabídnuty ještě před vstupem do nemocnice, aby věděl, co ho čeká.*“ Sestra č.2 uvádí, že pacienty informuje nejčastěji pomocí informovaných souhlasů k jednotlivým výkonům. „*Informované souhlasy pacienty necháme přečíst a případně vysvětlíme jakékoliv dotazy. Jinak jsou pacienti ještě několikrát informováni od lékaře i od sester o průběhu celého výkonu.*“ Sestra č.3 uvádí, že pacienty informuje nejčastěji ústně, dle informovaného souhlasu, brožury odmítá. „*Většinu informací má předávat pacientovi lékař, já mu pouze sdělím informace týkající se ošetrovatelské péče o něj. Co se týká brožur, ty se zde nepoužívají. Přijde mi, že pacienti to schovají do tašek s ostatními věcmi s předpokladem, že jim to stejně bude řečeno ústní formou a zjednodušeněji, než by mohlo být napsané právě v té brožuře.*“ Sestra č.4 informace rozděluje na medicínskou a ošetrovatelskou a pacienty informuje nejčastěji ústně, dle informovaného souhlasu. „*Pacient dostává informací hned několik, od svého praktického lékaře než sem přichází, od našich doktorů a pak ještě další informace od nás. Každý přitom pacienta poučuje jiným způsobem a z jiného soudku. Sestra se zaměřuje na ošetrovatelskou péči, lékař na medicínskou. Já se snažím s pacientem vést rozhovor tak, abych skutečně měla jistotu, že všemu rozumí. Mnohdy je na ně informací moc a člověk si to nestačí zapamatovat.*“ Sestra č.5 informace podává pacientovi po celou dobu hospitalizace. „*Pacienta informujeme ústně. Neustále popisujeme jakékoliv úkony, které u pacienta provádíme. S podáváním informací začínáme od příchodu pacienta na oddělení až po ukončení hospitalizace.*“ Sestra č.6 popisuje podávání informací ústní formou: „*Řídím se pomocí informovaného souhlasu, rad lékařů a starších zkušenějších sester. V každé knížce, brožuře či radě i svojí zkušenosti s edukací najdete něco jiného a podle toho můžete informace a edukaci dovést k dokonalosti. Rozhodně si myslím, že by se měl pacient zajímat o to, co mu*

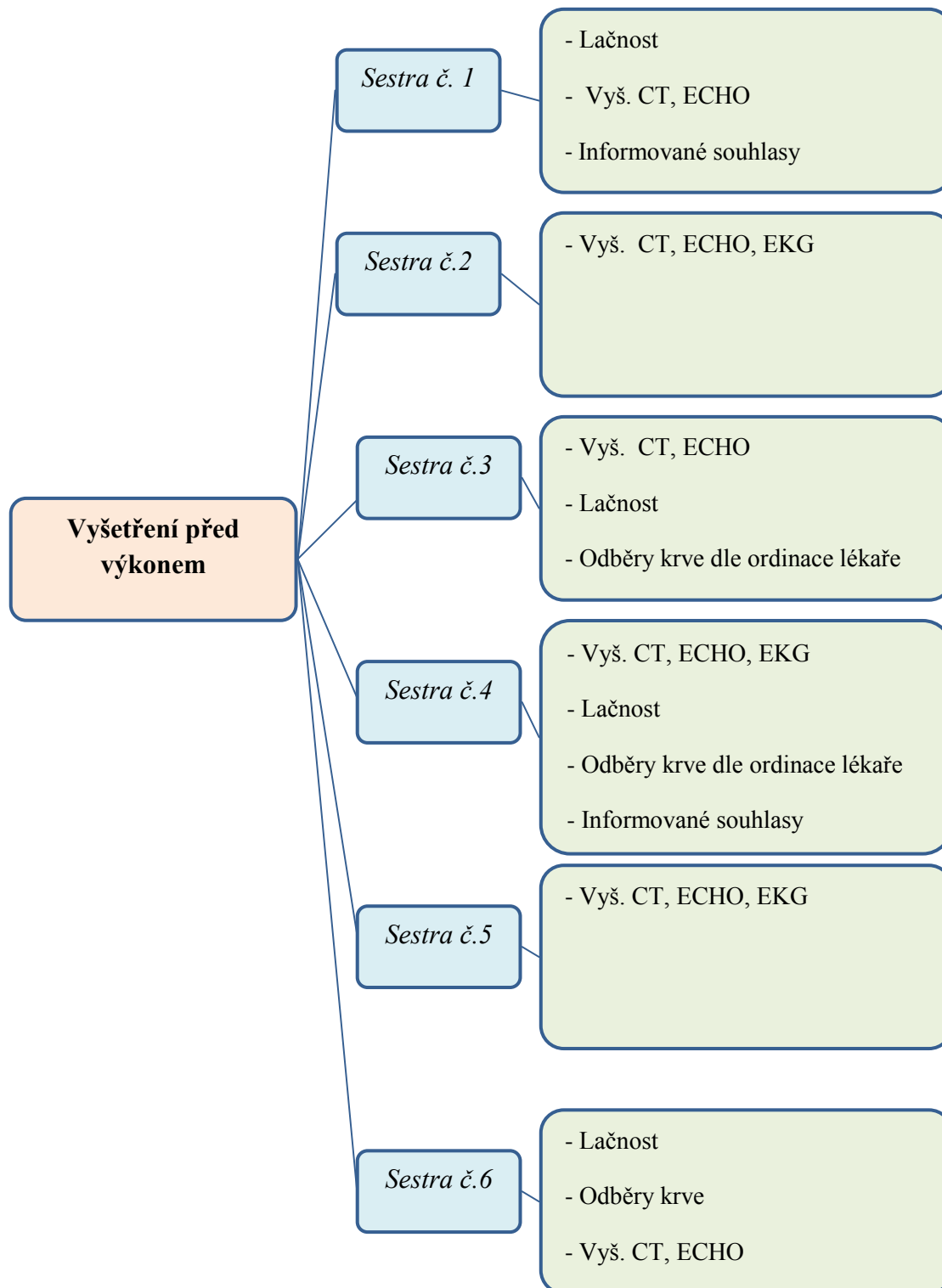
vlastně je a co se mu bude provádět, ale často se setkávám i s lidmi, kterým musím vysvětlit i ty nejjednodušší věci.“

Myšlenková mapa 8.: Spolupráce pacientů před výkonem z pohledu sestry



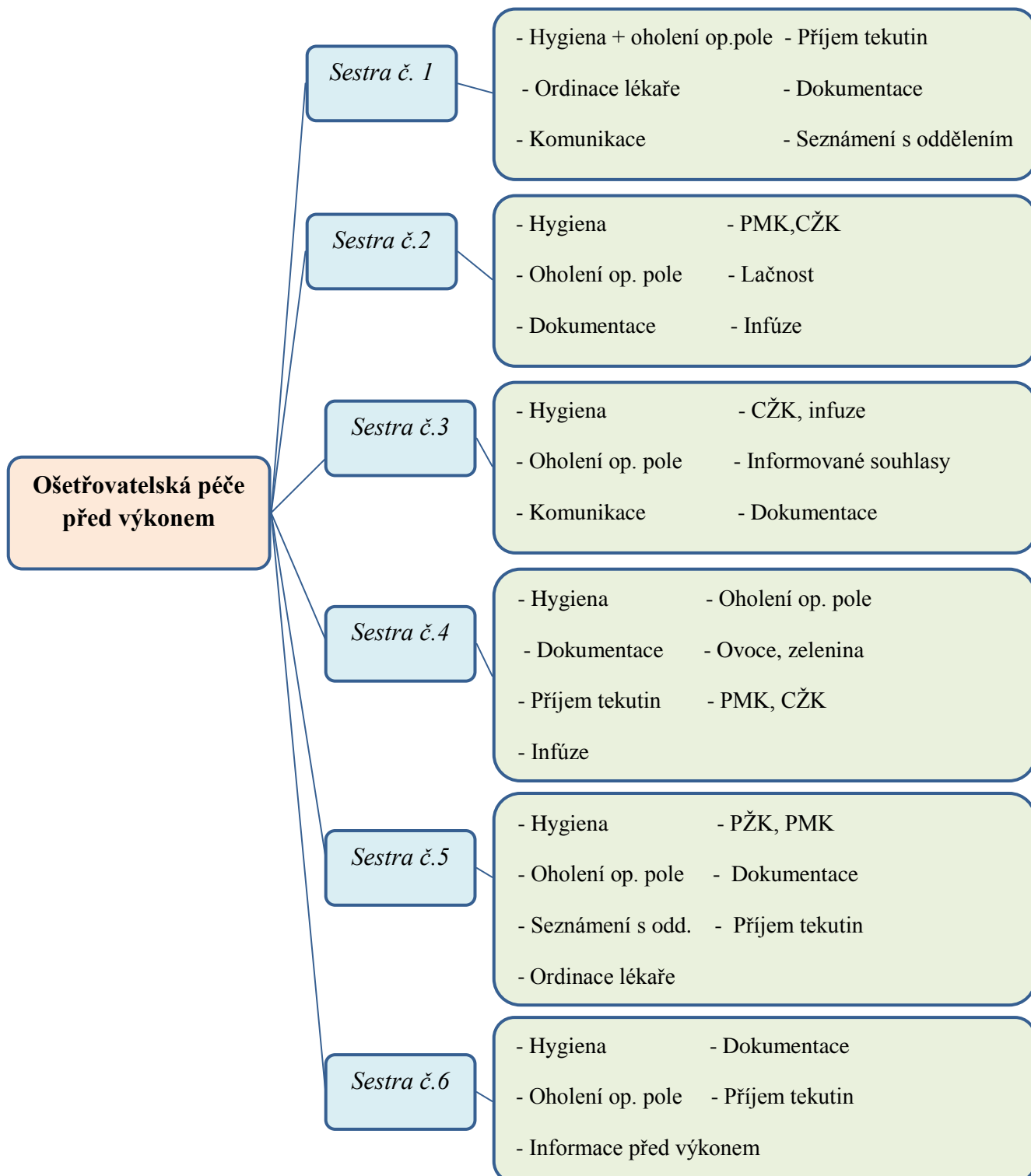
Myšlenková mapa č.8 prezentuje spolupráci pacientů se sestrami. „ *Před výkonem spolupráce s pacientem nedělá velké problémy. Napadají mě pouze kuřáci, kteří i přes mnohá upozornění si zapálí. Většina z pacientů se před operací bojí, od toho se odvíjí i jejich nálada, nicméně já se snažím a doufám, že i jsem empatická, najdu si chvíli na to, se s pacientem zastavit a popovídat, ať už se téma týká výkonu či nikoli. Vládne pak uvolněnější atmosféra a pacient mi více důvěřuje, než někomu, kdo by prolít a sypal rozkazy.*“ (sestra č.1) Dle sestry č.2 je spolupráce s pacientem individuální. „*Tak to je zase individuální záležitost. Některý pacient je smířený s operací a jde třeba na výkon po druhé i po třetí, tak s ním je spolupráce bezproblémová, než u pacienta, který nám nevěří, jde poprvé a bojí se.*“ Její názor sdílí i sestra č.3 a č.4: „*Je to velice individuální, každý pacient jako člověk má jinou povahu a reaguje jinak. Někdo je rád, že se o něj postaráme, jsme tu s ním, a když to vyjde tak bude opět normálně žít, někdo je mrzutý, otrávený a viditelně projevuje na venek svoji stresovou situaci. Každopádně je nutné jim věci neustále opakovat a prověřovat zpětnou vazbou. Lidé si dnes nic nepamatují, obzvláště v jiném prostředí plném neznámých lidí s výkonem na krku.*“ (sestra č.3) „*Každý pacient je jiný, s někým jde vše bez problémů, s jiným to jde hůře, ale prakticky se všichni stejně musí přizpůsobit. Já osobně s nikým problémy nemám. Vždy je důležité umět si najít k pacientovi cestu.*“ (sestra č.4) Sestra č.5 se k otázce vyjadřuje takto: „*Před výkonem přirozeně pociťují strach, ti kteří jsou tu poprvé, jsou nevrly a protivní.*“ Sestra č.6 označuje spolupráci jako bezproblémovou. „*Se spoluprací před výkonem nemám s pacienty žádné problémy.*“

Myšlenková mapa 9.: **Vyšetření podstupující pacient před výkonem z pohledu sestry**



Myšlenková mapa znázorňuje vyšetření, která pacienti podstupují před katérovou ablací. Sestra č.1 popisuje vyšetření následujícím způsobem: *„Je objednáno CT a ECHO, před kterými musí být pacient lačný a mít podepsané informované souhlasy. Po vyšetření trvá jeho lačnění ještě dvě hodiny.“* Sestra č.4 k vyšetřením doplňuje EKG: *„Dělají se odběry krve, dle ordinace lékaře, zpravidla CT, jícnové ECHO, EKG. Sestra zajistí objednání pacienta, podepsané informované souhlasy a poučí pacienta o důležitosti lačnění. Po výkonu dodržuje lačnost ještě dvě hodiny.“* Sestra č.3 zaměřuje informace na jícnové ECHO. *„Vyšetření jsou taková vstupenka k výkonu. Pacientovi se objednávají vyšetření CT a jícnové ECHO. Tam je důležitá lačnost. Je také důležité pacienta řádně poučit, aby opět dvě hodiny po vyšetření nic nejedl, jelikož má ještě znečitlivěný krk a mohlo by dojít k aspiraci. A standardně odběry dle ordinace lékaře.“* Sestra č.6 odpovídá stejným způsobem jako ostatní dotazované: *„Po přijetí na oddělení je pacientovi odebírána krev, objednává se vyšetření CT a ECHO. Pacient by měl počítat s tím, že bude muset déle čekat. Po příchodu z vyšetření je ještě dvě hodiny lačný.“*

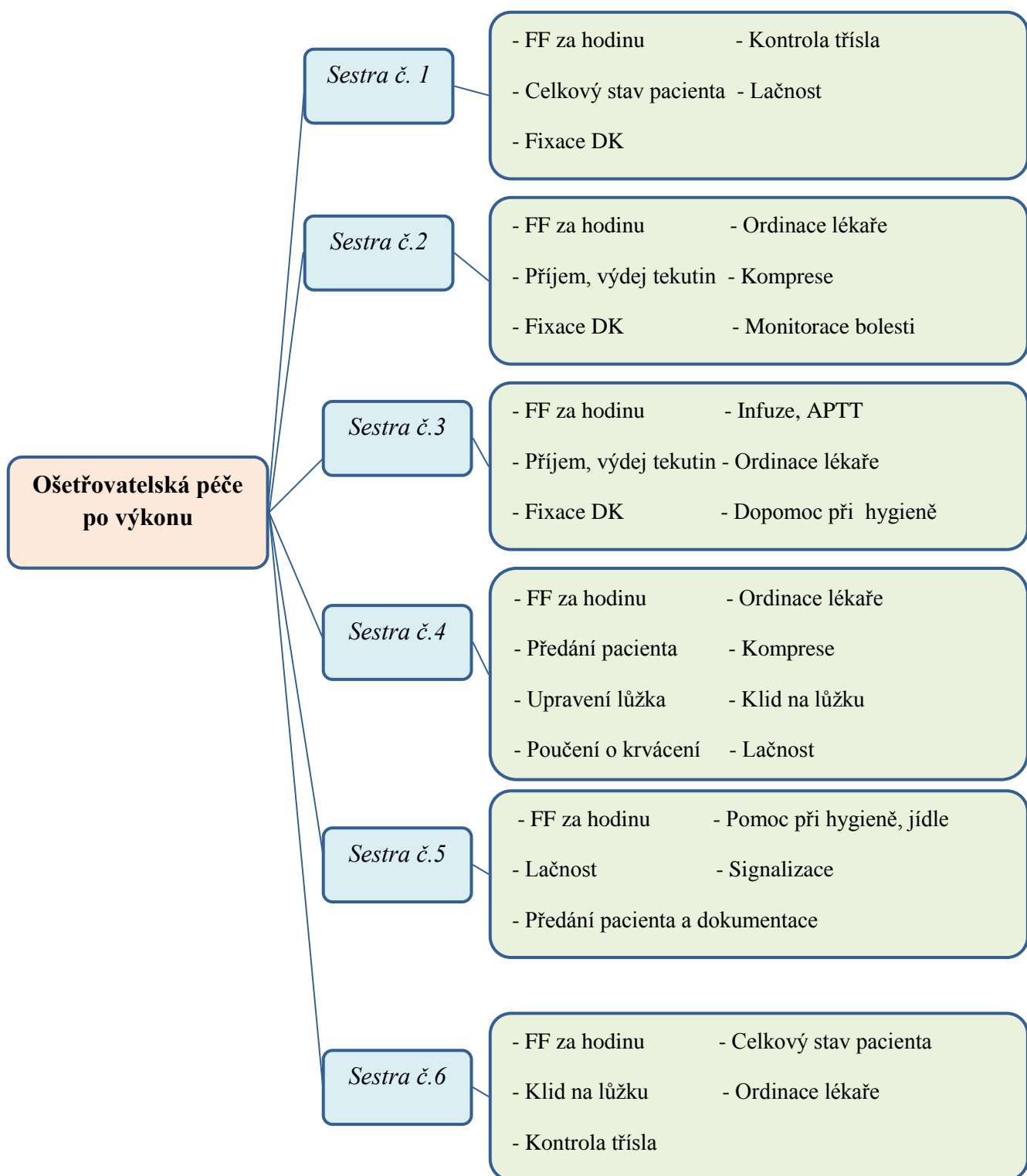
Myšlenková mapa 10.: Ošetrovatelská péče před výkonem z pohledu sester



Myšlenková mapa prezentuje ošetrovatelskou péči před výkonem z pohledu sester. Popisují zde celou řadu činností, které provádějí. „*První je určitě hygiena. Musíme pacienta poučit o důkladné hygieně a oholení třísel a hrudníku. Dále aby neměl řetízky, náramky, náušnice, piercingy, hodinky, prstýnky, žádné nalakované či gelové nehty.*“ (sestra č.1) Zcela jasně se shodují na přípravě operačního pole. „*Před výkonem je nutné připravit operační pole, v tomto případě vyholení v tříslech, u mužů případně i hrudník.*“ (sestra č.2) Sestra č.3 poukazuje na lačnění: „*Od půlnoci nejí, nepije, nekouří.*“ Sestra č.4 se zaměřuje na hygienu a doporučuje vhodné stravování pře výkonem: „*Rozhodně by se neměla zanedbávat jakákoliv péče. Každá péče má svojí míru důležitosti a všechny dohromady pak tvojí jeden celek- výsledek, podle kterého nás pak pacient hodnotí. Z oblasti hygieny je důležité pacienta řádně poučit. Není totiž mytí, jako mytí. Obzvlášť, u silnějších lidí je klasické mytí někdy vedené až k umění. Hygiena před výkonem musí být obzvláště poctivá. Musí se zaměřit na kožní záhyby a věnovat pozornost operačnímu poli. Operační pole je nejenom pořádně umyté, ale i vyholené. Z důvodů použití hrudníkových elektrod mužům vyholíme i hrudník. Z oblasti příjmu potravin není žádné omezení, pouze se doporučuje jíst ovoce a zelenina, z důvodu problému z vyprazdňováním. Velmi důležitý je i přísun tekutin.*“ Jak jistě víme, dnes už to není jenom o péči o pacienta jako takové, ale i o zdokumentování všech výkonů, které se u něj provádějí. Čtyři z dotazovaných sester dbají na dodržování pitného režimu a podepsání informovaných souhlasů. „*Snažím se po celý den pacientovi nastínit, jak vše bude probíhat, i když někdy není čas a informace jsou omezené. Důraz dávám na to, aby pacient dodržoval pitný režim.*“ Sestra č.6 níže udává i poskytování informací a přiznává, že se stávají i omezené na základní údaje. Pouze dvě sestry mě informují, že po příchodu pacienta na oddělení ho seznamují z oddělením. „*Pacient přichází na oddělení ráno. Zavedu ho na pokoj, vysvětlím mu, kde se co nachází a co ho v průběhu dne bude čekat. Pak odcházím udělat dokumentaci. Odpoledne tedy absolvuje příslušná vyšetření a po skončení lačnění může až do půlnoci jíst, pít a kouřit. Dále se připravuje operační pole a plním ordinace lékaře.*“ (Sestra č.1) Sestry tedy plní ordinace lékaře, dle toho udávají další ošetrovatelské výkony, mezitím je zmíněná aplikace léků, odběry, infuze a dále i zavádění PMK či CŽK. Dvě z dotazovaných sester přikládají důležitost

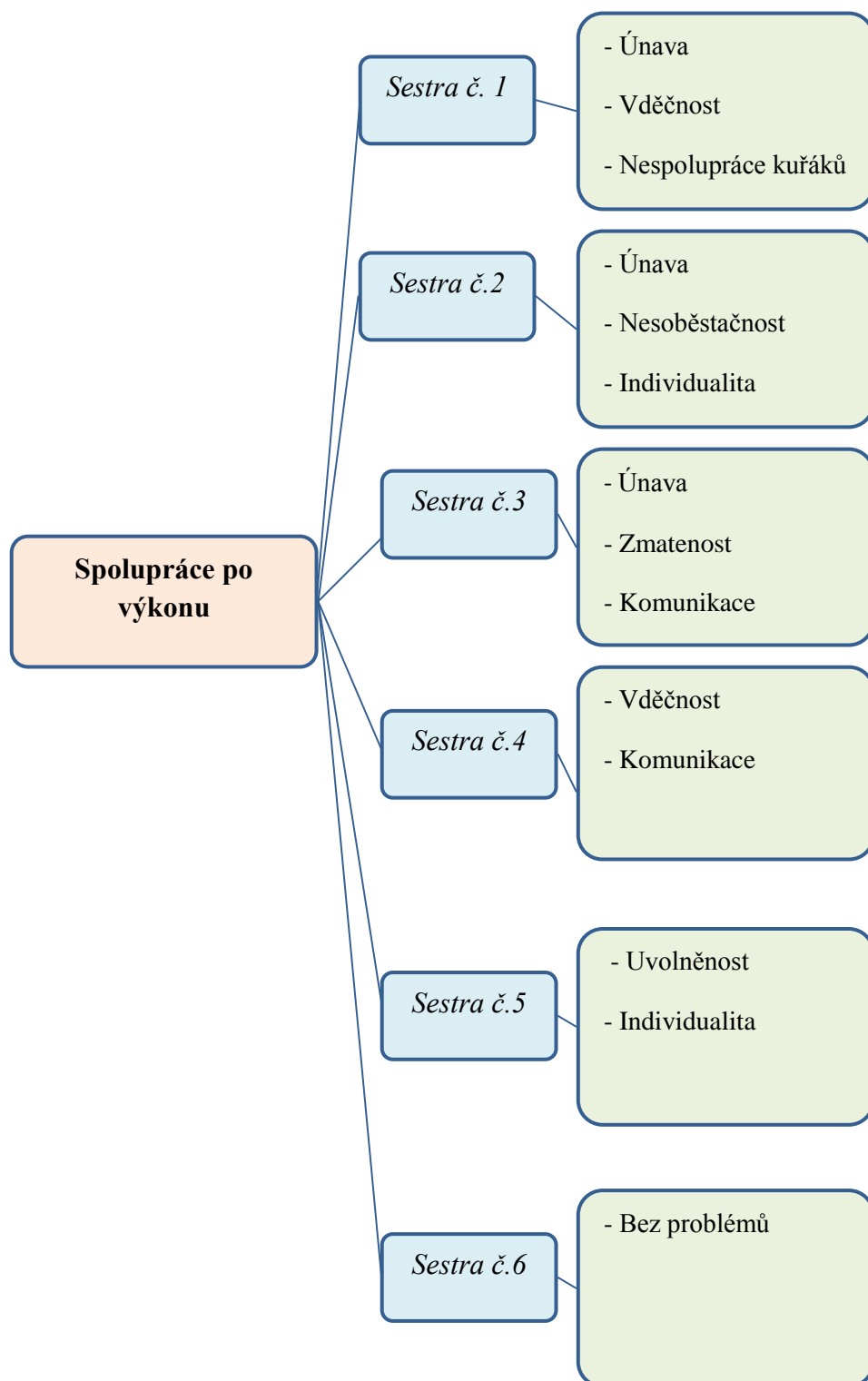
komunikaci. „Většina z pacientů se před operací bojí, od toho se odvíjí i jejich nálada, nicméně já se snažím a doufám, že jsem i empatická, najdu si chvíli na to, se s pacientem zastavit a popovídat, ať už se téma týká výkonu či nikoli. Vládne pak uvolněnější atmosféra a pacient mi více důvěřuje, než tomu, kdo by chvátal a sypal rozkazy.“ (sestra č.1) „Každopádně je nutné jim věci neustále opakovat a prověřovat zpětnou vazbu. Lidé si dnes nic nepamatují, obzvlášť v jiném prostředí plném neznámých lidí s výkonem na krku.“ (sestra č.3)

Myšlenková mapa 11.: Ošetrovatelská péče po výkonu z pohledu sester



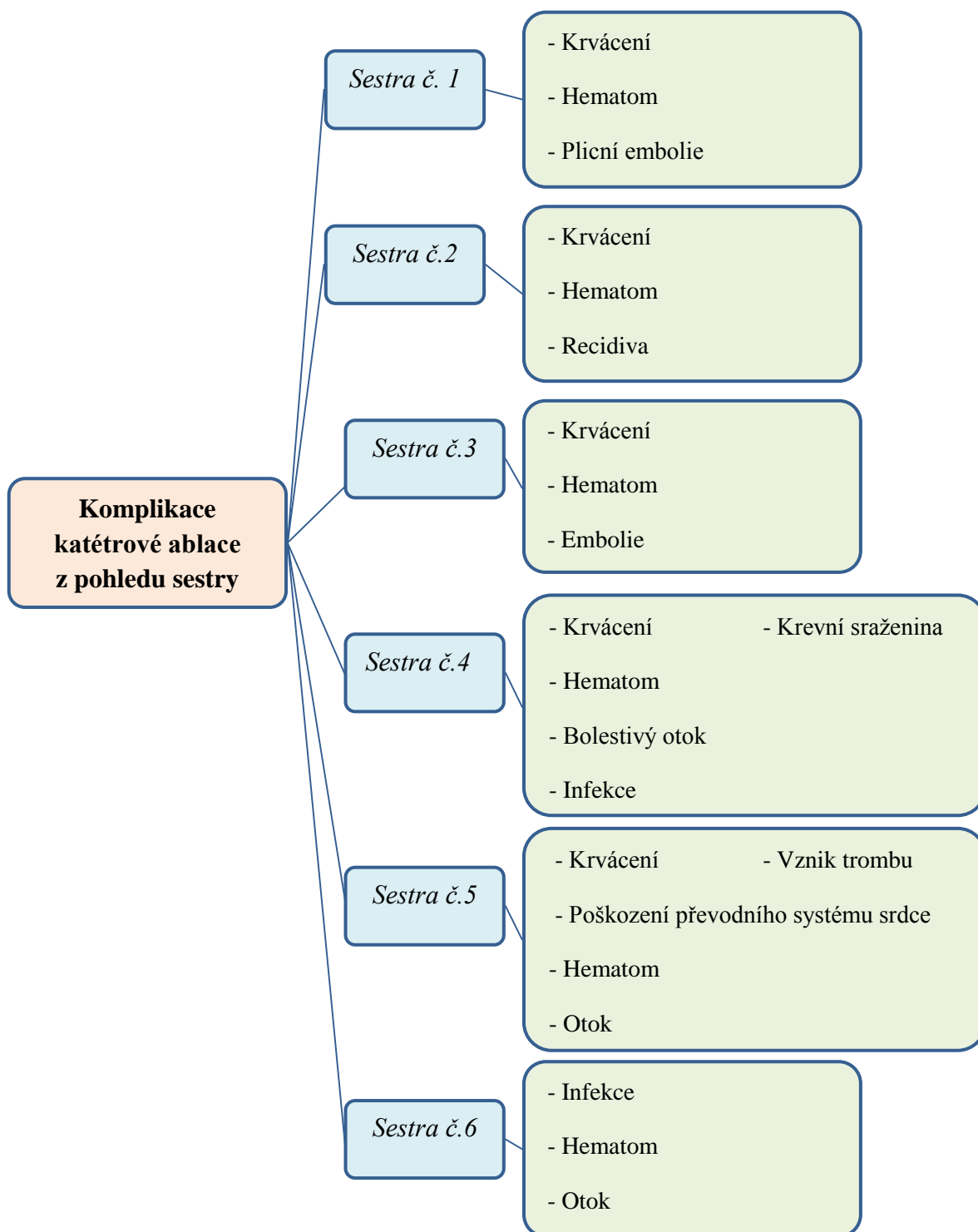
Tato myšlenková mapa ukazuje řadu názorů na pooperační péči. Předává se pacient s dokumentací a po přijetí ze sálu se pacient napojuje na monitor. „Po výkonu pacienta napojíme na monitor ke sledování fyziologických funkcí po hodině, krevního tlaku a pulzu, sledujeme celkový stav.“ (sestra č.1) „Po výkonu ho spolu s dokumentací přejímá sestra zpátky na oddělení ve stabilizovaném stavu.“ (sestra č.5) Místo vpichu vyžaduje pozornost nejenom z řad sester, ale kontrolu má provádět i sám pacient. „Neustále se kontroluje místo vpichu v tříslu, je důležité, aby rána neprosakovala.“ (sestra č.2) Sleduje se celkový stav pacienta, poučuje o krvácení. K tomu je nutná připravená signalizace u lůžka, jelikož musí dodržovat klid na lůžku. Pacient leží v poloze na zádech a má fixovanou dolní končetinu. „Připevníme nohy k dolnímu panelu postele obinadlem, z důvodů prevence komplikací. Leží v poloze vleže na zádech. Zajistíme, aby měl v dosahu signalizační zařízení, náležitě poučíme o dodržování klidu.“ (sestra č.1) Po výkonu se dodržuje na nějaký čas lačnění. „Ještě dvě hodiny po výkonu zůstává pacient lačný, po té mu bude přineseno jídlo k posteli.“ (sestra č.4) Některé sestry kontrolují příjem a výdej tekutin. Dle ordinace lékaře se odstraňují katétry z třísla. „Nabírá se krev na APTT a podává infúzní léčba dle ordinace lékaře. Podle výsledků krve se pak katétry mohou vytáhnout a provést kompresivní obvaz v tříslu.“ (sestra č.2) Pacient po výkonu ztratí na nějaký čas svou soběstačnost. „Při hygieně pacient leží. Pokud pacientovi dáme vše při ruce, tak část hygieny s pomocí umyvadla s vodou sám zvládne. I přesto je pacient stále velmi omezený v pohybu a musí být neustále vleže, tak žádá, nohy pak zbývají na nás. Všechny činnosti stále vykonává vleže, pro některé je to obtížné a tak čekají na to, až jim bude dovolen větší pohyb, jiní požádají o pomoc, další excelentně zvládají.“ (sestra č.3) „Někdy je třeba pacientovi pomoci nakrájet jídlo a pomoci najíst, protože pacient má ležet. K pití se připravuje brčko.“ (sestra č.5) Bolest je typická pro pacienta po výkonu, poukazují na ní dvě z dotazovaných. „U pacienta monitorujeme bolest a dle ordinace lékaře aplikujeme léky.“ (sestra č.2) Jedna respondentka dbá na úpravu a vypnutí lůžka po příjezdu pacienta na pokoj. „Ještě upravíme polohu pacienta, upravíme lůžko a zeptáme se, zdali mu poloha vyhovuje.“ (sestra č.4)

Myšlenková mapa 12.: **Spolupráce po výkonu z pohledu sestry**



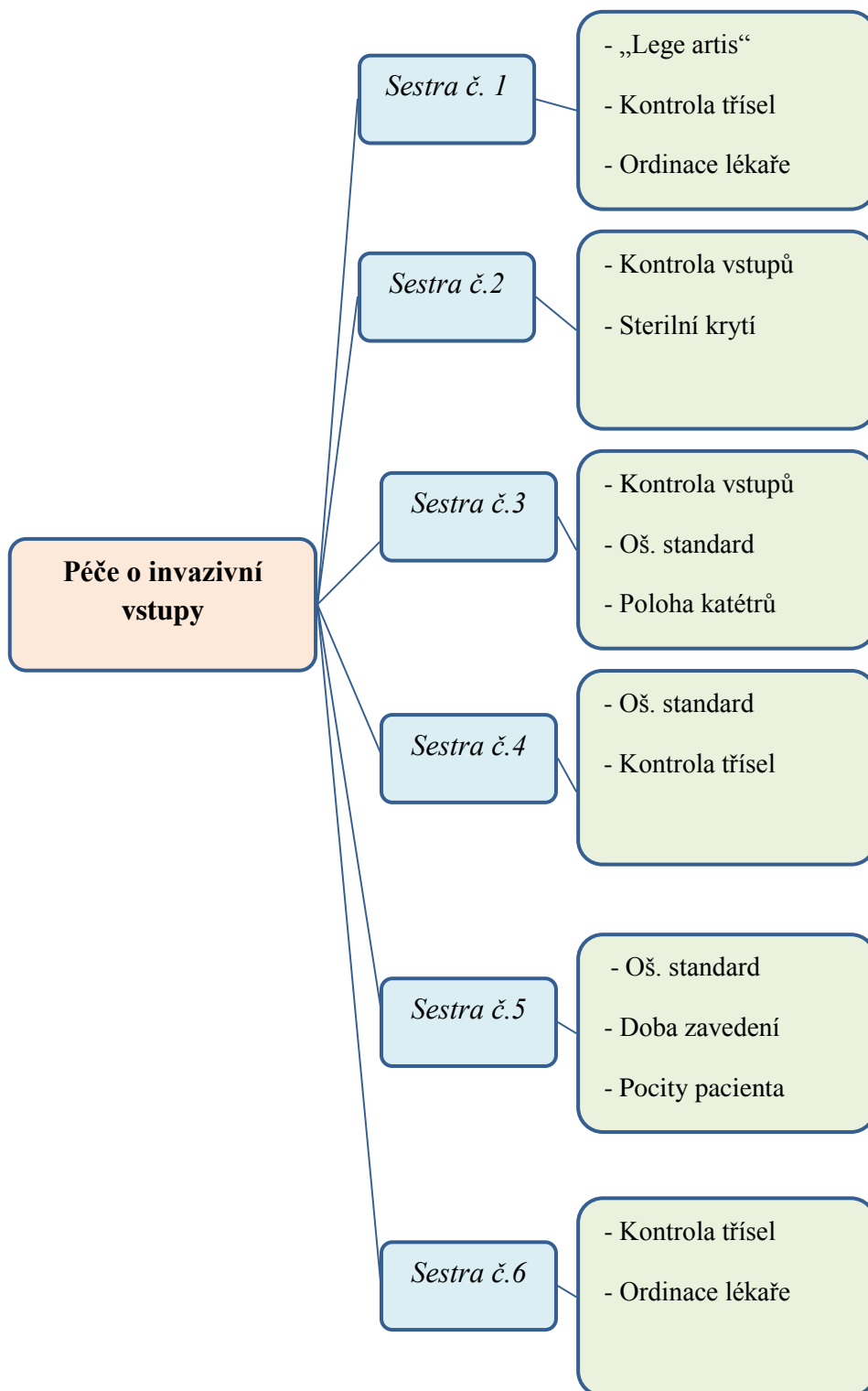
Myšlenková mapa se zaměřuje na reakce a chování po prodělaném výkonu z pohledu sestry. „Po výkonu jsou velmi unavení, stále odeznívají léky ze sálu a pospávají. Většina je vděčná za jakoukoliv pomoc, některý pacient ji vyžaduje méně, jiný více. Problém nastane až v situaci vášnivých kuřáků, kteří po odstranění obvazů a odpojení z monitoru doslova letí si zakouřit. Člověk se může snažit jakkoliv chce a nijak tomu nezabrání. Někteří se následně vracejí s tím, že to začíná opět krváčet.“ Rozčiluje se nad touto situací respondentka č.1. Na nesoběstačnost a další problémy poukazuje respondentka č.2: „Pacienti jsou po výkonu unavení a prakticky nesoběstační. Snažím se s nimi jednat s trpělivostí a klidem. Opět platí individuální přístup ke každému pacientovi. Většinou jsou rádi, že to mají za sebou, vše dopadlo v pořádku a stres z nich spadne.“ Respondentka č.3 dbá na komunikaci, pacienti jsou po výkonu zmatení. „Bývají po výkonu hodně unavení, pospávají, občas zmatení. Zde platí pravidlo neustálého opakování ještě dvojnásobně.“ Na komunikaci upozorňuje i respondentka č.4: „U pacientů po výkonu je opět velmi důležitá komunikace. Neustále je chodíme kontrolovat, ale to samozřejmě nestačí. Musíme si s nimi pohovořit o tom, jak se cítí, zda něco nepotřebují, jak se jim leží, nechtějí něco podat a další věci. Pacient je vděčný za jakoukoli pomoc, když je omezen v pohybu.“ Respondentka č.5 si všímá, že z pacientů značně opadává strach, který pociťovali před výkonem. „Po výkonu jsou rádi, že to mají za sebou. Další reakce a chování jsou velice individuální.“ Respondentka č.6 je toho názoru, že pokud pacient dodržuje vše jak má, není s ním žádný problém. „Když pacient dodržuje všechna nařízení a klid na lůžku, tak s pacienty nejsou žádné problémy. Jsou ve zdravotnickém zařízení, tak jim prakticky nic jiného nezbyvá, je nutné tady dodržovat určitý řád.“

Myšlenková mapa 13.: **Komplikace katéetrové ablace z pohledu sester**



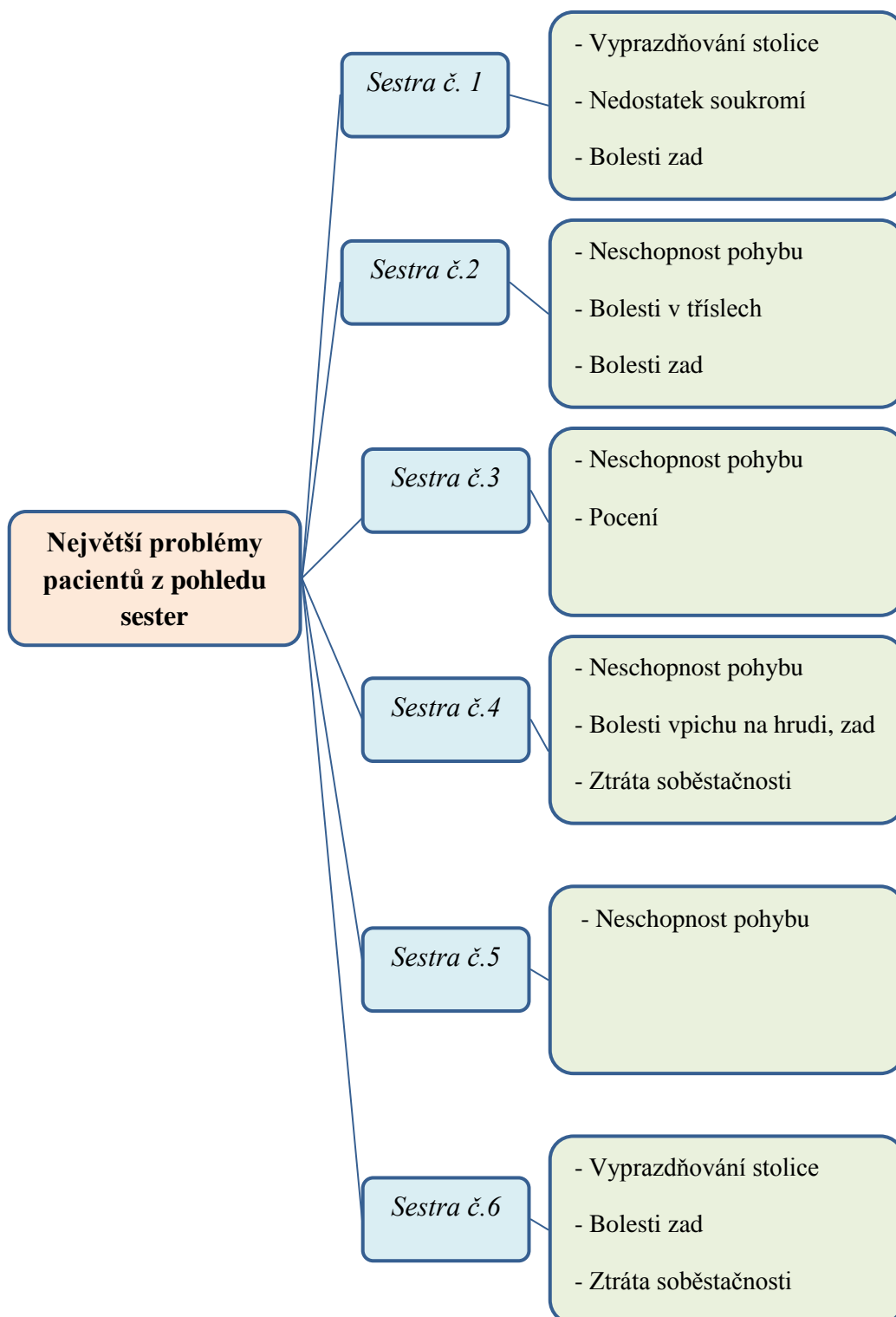
Z myšlenkové mapy vyčteme, že komplikací je hematom neboli modřina. „Po výkonu může docházet ke krvácení do okolí a k vytvoření hematomu.“ (respondentka č.1) „Nejčastější komplikace mohou nastat právě v tříslech, v místě vstupu. Dochází ke krvácení, objevují se modřiny. Asi jako u každého výkonu či operace je riziko infekce. Je časté, že se výkon na poprvé nepovede nebo se spálí jenom část a pacienti mají znovu problémy s arytmií, takže i recidiva.“ (respondentka č.2) Po porušení celistvosti cévy dochází ke krvácení. Pět z šesti rozhovorů poukazuje na infekci jako další možnou komplikaci. „Rozhodně infekce a to at' místa vpichu v třísle způsobená převazem rány nebo infekce zavedená v průběhu výkonu.“ (respondentka č.3) V místě vpichu se lze setkat i s bolestivým otokem. Respondentka č.4 říká: „U pacientů může dojít ke krvácení v místě zavedení katétru či k bolestivému otoku. Při výkonu se může poškodit céva v místě vpichu, poškodit stěna srdeční a vzniknout krevní sraženina. Časté jsou infekce. Komplikací je mnoho a každý výkon jich má několik. U katéetrové ablace jsou ostatní komplikace málo pravděpodobné.“ Po výkonu katéetrové ablace může docházet i k emboliím. „Pacient je ohrožen plicní embolií či cévní mozkovou příhodou.“ Tvrdí sestra č.1.

Myšlenková mapa 14.: Ošetrovatelská péče o invazivní vstupy



Myšlenková mapa poukazuje na to, jak sestra pečuje o invazivní vstupy pacienta. Čtyři respondenty poukazují na ošetrovatelský standard, dle kterého se o invazivní vstupy starají. Jedna sestra k tomu přidává postup „lege artis“. *„Převaz jakéhokoli invazivního vstupu musí být „lege artis“. V tomto případě kontrolujeme třísla, aby nijak neprosakovali. Požádáme pacienta, aby si to sám hlídal. Dle ordinace lékaře vyjmeme kanyly a vytvoříme kompresivní obvazy. Zaváděné vstupy jsou i periferní žilní kanyla a permanentní močový katétr. Řídím se standardy ošetrovatelské péče.“* (respondentka č.1) Můžeme vidět i rozlišnost názorů týkající se kontroly vstupů. Tři respondentky udávají kontrolu třísla, další tři sledují všechny invazivní vstupy. *„Sledujeme třísla, kanyly, cévky. Nejdůležitější jsou třísla, poloha katétrů, kontrola krvácivosti.“* (respondentka č.3) Sestra č.4 říká: *„Nejdůležitější je péče o třísla, které neustále kontrolujeme po celou dobu hospitalizace. Sleduje se prosakování obvazu, následně po odstranění jestli třísla nekrvácí, nejsou hematomy, zarudnutí a otoky.“* Sleduje se doba zavedení. *„Invazivní vstupy je dobré děle neprodlužovat a co nejdříve je vyndat pryč.“* (respondentka č.1) Sestry se řídí i radami lékaři, v případě nejasností. *„Při potížích informujeme lékaře, který určí další postup v péči o invazivní vstup.“* (respondentka č.6) Respondentka č.2 přikládá důraz k ošetření sterilním krytím. *„Neustále vstupy kontrolujeme, při každé manipulaci s pacientem, hygieně a dalších a sterilně kryjeme.“* Dále vidíme uvedenou polohu katétrů a důraz na pocity pacienta. *„Bereme na vědomí i pocity pacienta. Například u kanyly ho nesmí nic pálit či výrazně bolet, to je pak známkou toho, že je něco špatně.“* (respondentka č.5)

Myšlenková mapa 15.: **Největší problémy pacientů z pohledu sester**



Největšími problémy, se kterými se potýkají pacienti, podle názorů sester jsou znázorněni v této myšlenkové mapě. Jejich odpovědi jsou řečeny okamžitě bez zamyšlení. Znázorněna je bolest a jednotvárná poloha. Pacienti musí dodržovat klid na lůžku, s přivázanými končetinami vleže na zádech po několik hodin. Trpí bolestmi zad, v třísle i na hrudi. *„Největší problémy, které má pacient po výkonu jsou s neschopností pohybu. Musí několik hodin vydržet, dovoleny má pouze jednoduché minimální pohyby. Já sama bych trpěla, celý život lítám a najednou si lehnout a v klidu ležet je opravdu problém.“* (respondentka č.3) *„Pacienti si neustále stěžují na bolest, v místě vpichu, na hrudi, v zádech, celkově z neustálého ležení a ztráty samostatnosti. Musíme si s nimi pohovořit o tom, jak se cítí, zda něco nepotřebují, jak se jim leží, nechtějí něco podat a další věci. Pacient je vděčný za jakoukoli pomoc, když je omezen v pohybu.“* (respondentka č.4) Dlouhodobé ležení na lůžku projevuje i zpomalenou střevní peristaltikou. *„Největším problémem po výkonu je s vyprazdňováním stolice. Je to tím, že nemají dostatek soukromí, vedle nich jsou další pacienti a mi je chodíme neustále kontrolovat.“* (respondentka č.1) Dvě z respondentek hledí na ztrátu soběstačnosti. Pokoje v nemocnici jsou uspořádány po několika lůžkách. Do pokoje chodí návštěvy, sestry, lékaři. Pacienti silnější, s hyperthyreózou či kterýkoliv jiný pacient například v letních slunečních dnech trpí pocením. *„Někteří pacienti, spíše robustnější postavy, jsou neustále zpocení a tak se musí prádlo vyměňovat.“* (respondentka č.3) Po výkonu se dodržuje pravidla, mezi kterými je i lačnost ještě další dvě hodiny po výkonu. V této chvíli se setkáváme s pocity žízně a hladu. Udává respondentka č.2: *„Den předtím nesmí nic jíst, kvůli vyšetřením, ty taky nejsou hned. Ten den rychle uteče a já se pak často setkávám s pacienty, kteří nic nejedli, ani nepili a když už by si něco dali tak nemůžou. Od půlnoci jsou opět lačný a na výkon půjdou, až na ně přijde řada. Po výkonu ještě dvě hodiny nejí a pak přichází problém s tím, že když už konečně můžou, tak jediné vleže. To taky pár pacientů vzdává a čeká, až se budou moct najíst normálně.“*

5. Diskuze

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda rozhovoru. Výsledky výzkumu, které jsou zde prezentovány, byly vytvořeny z relativně malého výzkumného souboru, nelze je tedy zevšeobecňovat.

Myšlenková mapa č.1 udává odpovědi pacientů před výkonem katéetrové ablace. Jedním z největších problémů, s kterými se pacienti potýkali, bylo čekání na příjem či postel. Jako další problém udávají neseznámení s oddělením. Pacienti byli odvedeni na pokoj, ale nebyli seznámeni se zbytkem oddělení. Často pak popisují, jak se samy procházejí po oddělení. Pacienti zavádějí řeč i na nepříjemnost předoperačních vyšetření a přípravy. Pacient č.4 si stěžuje na nepříjemnost zavádění cévky. Dle mého názoru lze spousta nepříjemných vyšetření a výkonů snížit empatickým, laskavým přístupem a řádným vysvětlením co se bude dělat, na co se to používá a co bude pacient pociťovat. Důležité je mluvit a mluvit. Nikomu z nás by určitě nebylo příjemné čekat, co se stane bez jakékoliv informace. Pacient č.5 měl problémy s lačností před vyšetřením. Zde by měla sestra informovat pacienta, kdy může jíst či nikoli. Pacient by měl dodržovat pitný režim a při problémech, například s pocitem závratí se obrátit na sestru. Dále bych navrhovala odvrácení pozornosti a myšlenek od jídla. Poslední nejčastější věc, kterou udávají je problémová komunikace se sestrami. Sestry mají často hodně práce a nemají čas si popovídat, zodpovědět a vyslechnout všechny pacientovi otázky. Mnozí s pacientů potřebují psychickou podporu nejenom od svých příbuzných, ale dle mého názoru by jim pomohla především i podpora od člověka, který se podílí na výkonu či přípravě na něj a je tam s ním po celou dobu.

Pocity, reakce a případná doporučení pacienta v chování a ošetrovatelské péči sester znázorňuje myšlenková mapa č.2. U pacienta č.1 a č.3 si můžeme všimnout různorodosti názorů. Zatím co pacientovi č.1 se mladé sestry zdají odměřené a „studené“, pro pacienta č.3 jsou mladší sestry příznivější. Mladá sestra má určitě chuť do života, více elánu a energie oproti starší sestře, která je více unavenější, práce pro ni může představovat každodenní rutinu nebo u ní dojde k syndromu vyhoření. Naopak z jiné stránky je starší sestra zkušenější a daleko více profesionálnější, než sestra mladá. Řekla bych, že záleží na typu člověka a jeho osobních vlastnostech. Je to tedy názor

individuální. Tři z pacientů si všimají, jaký má sestra výraz v obličeji. Každý člověk je přirozeně nervózní z operace či výkonu, který má podstoupit. Při pohledu na usmívající se, laskavou a empatickou sestru, by se jeho strach viditelně ač třeba na chvíli změnil. Ve své publikaci Farkašová (2006) udává, že strach před výkonem doprovází každého pacienta, právě proto by ho měla sestra rozpoznat a správnou komunikací do určité míry eliminovat. Pacient č.4 a č.6 podotýkají, že sestry mají nedostatek času.

Reakce pacienta při prvním zjištění, že musí podstoupit katéetrovou ablaci popisuje myšlenková mapa č.3. Pacienti dle myšlenkové mapy vkládají důvěru do rukou zdravotnického personálu. Ten by si tohoto gesta měl vážit a odvádět co nejlepší výkon, aby je nemusel zklamat. McLeod (2011) ve své publikaci uvádí, že jednající člověk se musí rozhodnout a i když si svá rozhodnutí snaží různě pojistit, musí se na určité lidi a věci spoléhat. Důvěra je tedy nezbytným lidským předpokladem života ve společnosti a lidské společnosti si vytvořili množství různých institutů, které důvěru podporují. Pacienti č.5 a č.1 byli s touto situací smíření. Udávají dlouhodobé zdravotní problémy a doufají, že tento výkon jim ho pomůže zlepšit. Z rozhovorů s pacienty jsem vyrozuměla, že většina z dotazovaných jde na výkon opakovaně. S touto situací tedy souvisí, že pacient č.2 a č.3 chtěli výkon odmítnout.

Myšlenková mapa č.4 ukazuje negativní vlivy působící na pacienty po katéetrové ablaci. Z těchto negativních vlivů se nejvíce objevuje jednotvárná poloha a bolest pacienta po výkonu. Udávají se bolesti zad, na hrudi či v místě vpichu. Objevují se i problémy s vyprazdňováním, únava, nedostatek klidu a opět špatná komunikace se sestrami. Trachtová (2006), ve své publikaci Potřeb nemocného v ošetrovatelském procesu uvádí, že klid a pohoda má vliv na prožívání člověka a vzbuzuje pozitivní emoce k výchozí poloze pro odpočívání. Myslím si, že pokud by sestry více dbali na právě zmíněnou komunikaci a psychickou stránku jedince, o jejich problémech by se dozvěděli daleko více, než pouze přijít na pokoj položit otázku a znovu odejít. Pacienti nechtějí otravovat se svými problémy a tak svůj opravdový stav zamlčí. I při rozhovorech jsem musela vynaložit jisté úsilí, aby pacient vyjádřil opravdu svůj názor, často totiž jejich první reakcí bývalo, že je vše v pořádku a jsou spokojeni. Typickým příkladem je pacient č.4, který vysvětluje, co mu vadí či co by zlepšil v přístupu sester.

V závěru se pak sester zastává, že toho mají určitě hodně, že to chápe, nemohou za to. Tím se snaží si na něj vlastně vůbec nestěžovat. Proto je důležité, se podívat daleko hlouběji. Pokud si sestra najde čas a vše s pacientem řádně prodiskutuje, obě strany budou daleko více spokojeny.

Jak jsou pacienti obeznámeni o komplikacích, které mohou nastat nás informuje myšlenková mapa č.5. Nejčastěji se dotazovaní shodovali na krvácení. Pacient č.1 hovoří o tom, jak po odpojení z monitoru a zrušení klidového režimu vyrazil na kávu a obvaz mu prosákl. Touto skutečností se jeho pobyt v nemocnici protáhl. Pacient č.3 přešel otázku s odpovědí, že stát se může cokoliv. Odmítl tím tedy na otázku pouze odpovídat? Nebo sestry zanedbali skutečnost řádně pacienta edukovat? Pacient č.4 na první dotaz odpovídá, že vše již zapomněl. Jsou tedy pacienti informacemi zatěžováni v takovém množství, že na vše zapomenou, nebo si nechtějí připustit možnost jakékoli komplikace? Později pacient dodává, že ho sestry neustále chodily kontrolovat a i on sám měl hlídat, aby obvaz neprosákl. II. Interní klinika kardiologie a angiologie UK v Praze (2006) potvrzuje, že prevencí komplikací je zajištění spolupráce a pozorné sledování pacienta.

Od pacientů získáváme informace, jak bude jejich stav probíhat po ukončení hospitalizace pomocí myšlenkové mapy č.6. Pacienti jsou poučeni o pravidelných preventivních prohlídkách u svého lékaře. V této části zaujme pacient č.4, kterého se nenapadlo nikoho zeptat, co bude či nebude moci dělat po výkonu. Sestra v tomto případě může upozornit lékaře, aby při příští návštěvě pacienta nezapomněl situaci napravit.

Myšlenková mapa č.7 až č.15 znázorňují rozhovory se sestrami. Myšlenková mapa č.7 prezentuje způsob podávání informací z pohledu sestry. Většina sester se shoduje na informovaném souhlasu a ústní formě předávání informací. Kozierová (2004) ve své publikaci uvádí, že tím, jak sestry podávají pacientovi informované souhlasy k přečtení a pak následně k podpisu, jde o mimořádně nevhodnou praxi. Sestra č.1 by byla ráda, kdyby existovaly předem připravené brožury. Pacient by ještě před vstupem do nemocnice věděl, co ho čeká. Sestra č.3 je opačného názoru. Podle ní pacient brožuru

schová do tašky s tím, že srozumitelněji mu to bude řečeno v nemocnici. Dle mého názoru nemůžeme přeci odsuzovat všechny za pohodlnost. Těm, kteří by brožury vložily do tašek, by v nemocnici srozumitelné vysvětlení třeba vůbec nepřišlo a rádi pak brožury vytáhly nazpátek.

Myšlenková mapa č.8 ukazuje spolupráci pacienta pře výkonem z pohledu sestry. Dotazované sestry dbají na empatii, komunikaci a individuální přístup. Dokud se tyto kroky dodržují, spolupráce je bez problémů. Sestra č.1 má problémy s kuřáky. Po ukončení klidového režimu odchází kouřit a často se vracejí s prosáklými obvazy. Typickým příkladem je pacient č.1. Zde bych uvažovala se s pacientem, který kouří sednout a zkusit najít nějaké společné řešení.

Vyšetření, která pacient podstupuje před výkonem znázorňuje myšlenková mapa č.9. Sestry se viditelně shodují na fyzické přípravě pacienta. Upozorňují na lačnost před a sestra č.3 hlavně po jícnovém ECHU, z důvodů znečitlivění krku. Sestry objednávají vyšetření CT a jícnové ECHO. Sestra č.2,4 a 5 uvádějí i EKG záznam. Sestra č.6 upozorňuje na možnost, že bude pacient na vyšetření čekat. Často jsou pacienti netrpěliví, a proto si myslím, že je to vhodné upozornění.

V myšlenkové mapě č.10 můžeme vidět ošetrovatelskou péči před výkonem. Některé ze sester zmiňují individuální přístup, ale pouze sestra č.1 a č.3 se zaměřují na komunikaci s pacientem. Každá ze sester popisuje lačnost, hygienu a oholení operačního pole. Zavádí se PMK a CŽK a plní se ordinace lékaře. Dle díla Ošetrovatelství v intenzivní péči autorky Kapounové (2007), sestra musí pozorovat a aktivně nacházet problémy, které má odpovídajícím způsobem řešit.

V myšlenkové mapě č.11 je zobrazena ošetrovatelská péče po výkonu. Sestry popisují péči od převzetí ze sálu až po skončení hospitalizace. Především se zaměřují na stav několika hodin po výkonu, monitorují fyziologické funkce, příkládají signalizaci a kontrolují krvácení. Z důvodu prevence komplikací přivazují dolní končetiny k dolnímu panelu postele. Sestry také neustále kontrolují obvaz a požadují od pacienta spolupráci. Myslím si, že tuto problematiku přivedly sestry k dokonalosti. Po výkonu pacient lačný, následně je mu přineseno jídlo. Sestry se však dále nezaobírají situací, že pacient mívá často problémy jíst vleže. Sestry by měly počkat a zkontrolovat, zda pacient vše zvládá

či nepotřebuje pomoci. Po výkonu pacient ztrácí soběstačnost, sestry by měly být tedy nápomocné ve všech činnostech. Měly by brát ohledy i na to, že pacient je v normálním životě samostatný, proto nyní není zvyklý si o pomoc žádat a tvrdohlavě věci dělá sám, i když se mu třeba nedaří.

Informace o spolupráci pacienta po výkonu z pohledu sester poskytuje myšlenková mapa č.12. Pacienti jsou po výkonu unavení, ztrácí soběstačnost, jsou věčný za jakoukoli pomoc a opadáva z nich stres. Sestra č.1 má stálé problémy s kuřáky. Sestra č.2 a č.5 tvrdí, že spolupráce s pacientem je individuální. Sestra č.5 upozorňuje, že z pacientů značně opadáva strach, který pociťovali před výkonem.

Výzkumná otázka č.1, byla znázorněna v myšlenkové mapě č.13, zabývající se komplikacemi po výkonu. Sestry nejčastěji uvádějí krvácení a hematomy, dále infekci a otok končetiny. Sestry v Českých Budějovicích se zaměřují na komplikace po výkonu pouze v místě vpichu. Po upřesnění otázky dodávají další dvě komplikace, ale nevěnují tomu příliš velkou pozornost. Sestry v nemocnici Ikem jsou schopny ihned vyjmenovat daleko více informací. Jsou si vědomy, že je riziko minimální, ale i přes to pokládají za důležité na to upozornit.

Myšlenková mapa č.14 se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o invazivní vstupy. Sestry ošetřují invazivní vstupy dle ošetrovatelského standardu, provádějí kontroly místa vpichu a dbají na ordinaci lékaře. V případě jakéhokoliv problému se obrací na lékaře. Pouze sestra č.2 přikládá důraz sterilnímu krytí. Sestra č.4 zastává názor, že invazivní vstup by neměl být zaveden zbytečně dlouho a co nejdříve jej vyndat.

Myšlenková mapa č.15 poukazuje na nejčastější problémy po výkonu z pohledu sester. Ve srovnání s myšlenkovou mapou č.4, se jejich pohled shoduje v častých bolestech a neschopnosti pohybu. Z myšlenkové mapy č.11 pouze sestra č.2 a č.5 monitoruje bolest pacienta po výkonu. Jak sestry, tak i pacienti jsou obeznámeni, že jakýkoliv výkon nevyjímaje tento je doprovázen bolestí. Proč mě tedy každá ze sester neinformovala o sledování tak důležitého problému? Brali to jako samozřejmost? Trachtová, ve své publikaci uvádí, že sestra musí sebrat anamnézu bolesti a provést fyzikální vyšetření, zabývající se fyziologickou a behaviorální odpovědí na bolest pacienta. Sestra č.4 a č.5 v myšlenkové mapě č.11 přikládají důraz úpravě lůžka.

Pacienti udávají časté bolesti zad a dlouhodobé ležení v jedné poloze. Myslím, že správná a pohodlná poloha s monitorací bolesti pomůže pacientovi u viditelně největších problémů po výkonu. Některé ze sester uvádí aplikaci léků dle ordinace lékaře. Jak jistě všichni víme, lékaři se často vidí s pacientem pouze minimálně a těžko odhadnou, kdy pacient potřebuje například injekci na bolest. Zde je sestra zprostředkovatelem informací. Když vezmeme v potaz sestru, která špatně komunikuje s pacientem, jak uvádí většina z nich, pak tento problém zůstane nevyřešen.

6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče před a po výkonu katéetrové ablace. Před vypracováním výzkumu byly sestaveny následující výzkumné otázky: 1. Jaké komplikace z ošetrovatelského hlediska mohou nastat po katéetrové ablaci? 2. Jaká je problematika ošetrovatelské péče o pacienta před katéetrovou ablaci?

Pomocí rozhovorů s pacienty i sestrami nemocnic České Budějovice a Ikem- Praha se podařilo cíl splnit.

Dle výsledků výzkumu si myslím, že by sestry měli zlepšit svoji komunikaci s pacienty a udělat si čas probrat s ním jeho problémy a nejasnosti již před operací. S každým pacientem by se mělo jednat individuálně a brát v potaz jeho bio-psycho-sociální a spirituální stránku, která je často opomíjena a sestry se spíše zaměřují na fyzickou stránku. Dále je důležité, aby sestry brali v potaz všechny komplikace, které můžou po katéetrové ablaci nastat, i přes to, že jsou málo pravděpodobné. Každá komplikace, byť jen malé pravděpodobnosti, je komplikací.

Sesterský přístup je pro pacienta velmi důležitý a odvíjí se od toho i celá ošetrovatelská péče. Sestra nejenom zprostředkovává informace o stavu pacienta lékaři, ale také připravuje pacienta k výkonu, informuje ho o průběhu a je mu nápomocná v činnostech po výkonu. Díky doplnění informací od sestry je pacient schopen porozumět svému onemocnění a snáze se s ním dokáže vyrovnat. Sestra je neustále přítomna na oddělení a tak musí v pacientovi vyvolávat důvěru a starost o jeho problémy, být mu nápomocná a svým přístupem v pacientovi vzbuzovat oporu.

Pacient dokonale informovaný, na kterého působí příjemný, ochotný a nápomocný personál je zbaven stresu a podstupuje jak vyšetření tak samotný výkon bez problémů, spolupracující.

Z výzkumných otázek, které byly, stanoveny byly odvozeny tyto závěry:

Pacienti před výkonem nejsou seznámeni s chodem oddělení. Sestry je zavedou na jim náležící pokoj a tím jejich práce končí, i přes to, že mají v ošetrovatelské anamnéze seznámení pacienta s chodem oddělení. Pacienti pak ve volné chvíli vydávají sbírat tyto informace samy.

Pacienti čekají na příjem. Mnozí poukazují na někdy až příliš velkou dobu čekání. Tento problém se značně zvyšuje nervozitou, pobytem v cizím prostředí a nutností podstoupení výkonu katéetrové ablace.

Pacienti po výkonu trpí bolestmi. Udávané jsou bolesti místa vpichu, na hrudi a bolesti zad, z důvodů jednotvárné polohy po dobu několika hodin.

Pacienti po výkonu nezvládají jíst vleže. Je zaveden klid na lůžku a poloha vleže na zádech. Po dvou hodinách po výkonu je jim přineseno ohřáté jídlo a pacient je nucen polohu nijak neměnit. V této poloze pacienti často jí poprvé.

Pacienti po výkonu pociťují únavu. Udávají značné psychické i fyzické vyčerpání, způsobené strachem o sebe samého a několika hodinovým ležením bez hnutí na sále.

Pacienti po výkonu trpí ztrátou soběstačnosti. Nemohou se sami najíst, napít, nesmí změnit polohu, dojit na wc a nejsou schopni vykonávat samostatně hygienu. Jinak zdravý člověk tímto problémem značně trpí.

Pacienti po výkonu mají problémy s vyprazdňováním stolice. Tato problematika souvisí s klidem na lůžku, nedostatkem soukromí a psychickým stavem pacienta.

Pacienti jsou podporováni rodinou. Poukazují na podporu svých přátel, nejvíce manželek a dalších rodinných příslušníků. Podpora je ve formě osobního kontaktu v návštěvních hodinách či telefonátů po celou dobu hospitalizace.

Sestry mají problémy s komunikací s pacienty. Pacienti poukazují na nedostatky v komunikaci nebo chování sester po prodělaném výkonu. Z řad sester můžeme shlédnout přiznání k nedostatku času pro poskytnutí stoprocentního výkonu.

Sestry ošetřují invazivní vstupy dle ošetrovatelského standardu, provádějí kontrolu, dbají na ordinaci lékaře. Provádějí kontroly místa vpichu, kde hrozí vznik dalších komplikací. V případě jakékoli nejasnosti nebo problému zavolají lékaře.

Po katéetrové ablaci je pacient ohrožen nejvíce krvácením, infekcí a hematomy. Sestra je seznámena s možným vznikem komplikací po katéetrové ablaci, snaží se jim přecházet a v případě nejasností či jejich výskytu se obrací na lékaře.

Po zpracování všech rozhovorů od sester a pacientů se mi podařilo pomocí výzkumných otázek dosáhnout cíle bakalářské práce. Potěšilo by mě, kdyby svým výzkumem pomohla sestrám i pacientům před a po katérové ablaci.

7. Seznam použitých zdrojů

ASCHERMANN, M., *Kardiologie*, 1. vydání, Praha: Galén, 2004, 403s,ISBN 8072622900

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

CLEVELAND CLINIC, *Catheter ablation*, 2011, dostupné z: <http://my.clevelandclinic.org/heart/services/tests/procedures/ablation.aspx>

ČEŠKA, R. a kol., *Interna*, 1. vydání. Praha: Triton, 2010, 97s, ISBN 9788073874230

ČIHÁK, R., *Anatomie 3*, 2.vyd.,Praha: Grada, 2004, 692s, ISBN 9788024711324

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

DYLEVSKÝ, I., *Základy funkční anatomie*, Olomouc: Poznání, 2011, 129s, ISBN 9788087419069

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC, *Katetrizační ablace fibrilace síní*, dostupné z: http://www.fnol.cz/i--interni-klinika---kardiologicka-vysetrovaci-metody-sekce_489.html

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA, *Elektrofyzilogická vyšetření a katéetrová ablace*, dostupné z:

http://www.fno.cz/documents/elektrofyzilogicke_vysetreni_a_katetrova_ablace_is.pdf

FARKAŠOVÁ, D. et al *Ošetrovatelství – teorie*, 1. vyd., Martin: Osveta, 2006, 211 s, ISBN 8080632278

FIALA, P. a spol., *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*, Praha: Karolinum, 2004, 355s, ISBN 8024608049

IKEM, *Katetrizační ablace arytmií*, 2006, dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=1004017>

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

KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 1.vyd., Praha: Grada, 2007, 352s, ISBN 9788024718309

KOLÁŘ, J. a kol., *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, 4. vydání, Praha: Galén, 2009, ISBN: 9788072626045

KOLÁŘ, J.,KAUTZNER, J., *Základy elektrografie arytmií a akutních koronárních syndromů*, 1.vyd.,Praha: Akcenta, 2002, 144s, ISBN 8086232042

KOORDINAČNÍ STŘEDISKO TRANSPLANTACÍ, dostupné z: http://www.kst.cz/web/?page_id=2101

KOZIEROVÁ, B. et al *Ošetrovatelstvo I*, 2. 1. slovenské vyd., Martin: Osvěta, 2004, 836 s. ISBN 8021705280

KLENER, P. a kol., *Vnitřní lékařství díl 1.*, Praha: Informatorium , 2004, 55s, ISBN 9788086073538

LUKL, J. a spol., *Fibrilace síní*, 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 272 s, ISBN 9788024727684

MCLEOD, C., Trust, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2011 Edition), dostupné z: <http://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/trust/>

NAVRÁTIL, L., *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotní obory*, Praha: Grada, 2008, 81s, ISBN 9788024723198

NOVOTNÝ, I., HRUŠKA, M., *Biologie člověka*, 3. vyd. Praha: Fortuna, 2003, 240 s, ISBN 8071688193

RYTMUS SRDCE, *Občanské sdružení pro pacienty s poruchami rytmu srdce*, 2010, dostupné z: <http://www.rytmus-srdce.cz/lecba/katetrizacni-ablace/>

SKALICKÁ, H. A KOL., *Předoperační vyšetření*, 1.vydání, Praha: Grada, 2007, 36s, ISBN 9788024710792

SOVOVÁ, E, LUKL, J. *100 + 1 otázek a odpovědí pro kardiaky*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2005, 117s, ISBN 8024711664

SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J., *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*, 1.vydání, Praha: Grada, 2004, 164 s, ISBN 8024710099

ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. a kolektiv, *Jak dobře žít s nemocným srdcem*, 1.vydání. Praha: Grada. Publishing, 2007, 256s, ISBN 9788024718224

ŠTEJFA, M., *Kardiologie*, 3. vydání. Praha: Grada, 2007, 722 s, ISBN 97880241385

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

TRACHTOVÁ, E. et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vyd., Brno: NCONZO, 2006, 186 s, ISBN 8070133244

WALKER, R., *Velká rodinná encyklopedie lidské tělo*, 1. vyd., Praha: Slovart, 2003, 304 s, ISBN 8072094777

ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al., *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*, 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 336 s, ISBN 9788024720999

ZEMAN, K., *Poruchy srdečního rytmu v intenzivní péči*, 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 175 s, ISBN 80702221

8. Klíčová slova

Sestra

Ošetrovatelská péče

Katétrová ablace

Arytmie

Pacient

9. Přílohy

Příloha 1 – Přehled míst v srdci pro zavedení katétrů

Příloha 2 – Multipolární katétrů v srdečních oddílech při katetrizační ablací

Příloha 3 – Elektrofyzilogický a ablační sál

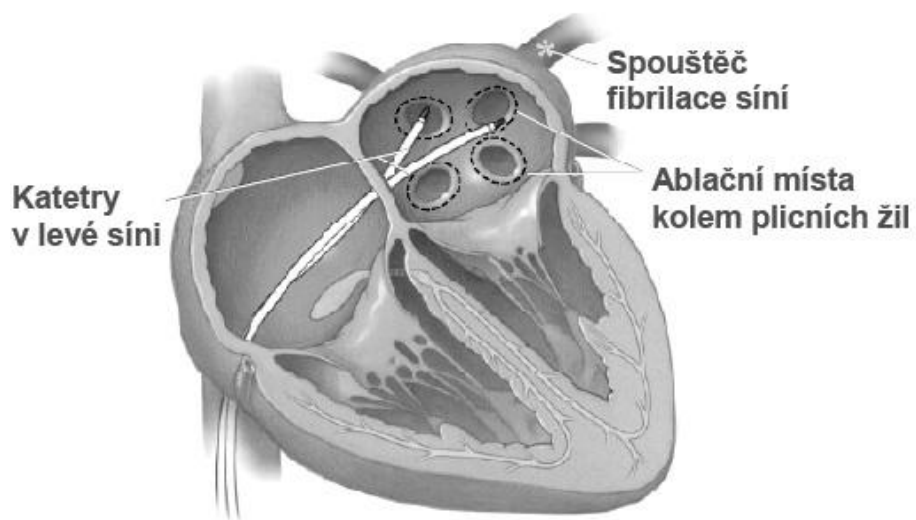
Příloha 4 – Ukázka záznamů signálů z vnitřku srdce - spuštění tzv. AV nodální reentry tachykardie

Příloha 5 - Ukončení komorové tachykardie při aplikaci radiofrekvenční energie

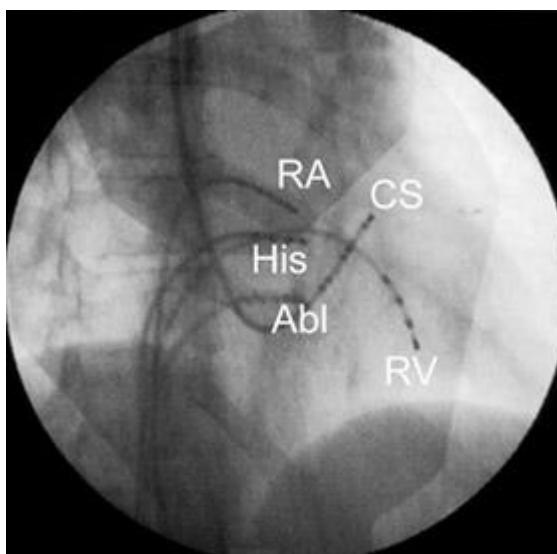
Příloha 6 – Výzkumné otázky pro rozhovory – Sestry

Příloha 7 – Výzkumné otázky pro rozhovory – Pacienti

Příloha 1 – Přehled míst v srdci pro zavedení katétrů



Příloha 2 - Multipolární katétrů v srdečních oddílech při katetrizační ablacii



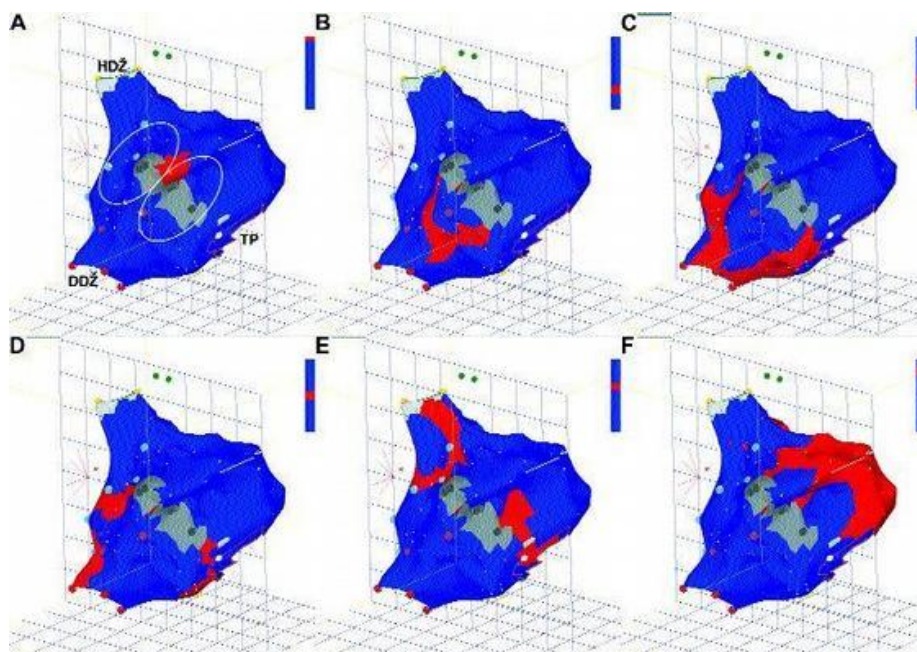
Příloha 3 - Elektrofyzilogický a ablační sál



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



Příloha 5 - Ukončení komorové tachykardie při aplikaci radiofrekvenční energie



Příloha 6 – Výzkumné otázky pro rozhovory – Sestry

Jakým stylem pacienty informujete?

Jak pečujete o pacienta před katérovou ablací?

Jaká vyšetření se provádějí před katérovou ablací?

Co je podle vás prioritní v ošetrovatelské péči před katérovou ablací?

Jak pečujete o invazivní vstupy?

Jak pečujete o pacienta po výkonu katérové ablace?

Co je podle vás prioritní v ošetrovatelské péči po katérové ablací?

Jaké komplikace se nejčastěji vyskytují po výkonu katérové ablace?

Jak se chová pacient před výkonem?

Jaké reakce a chování očekáváte od pacienta po katéetrové ablaci?

Jaké největší problémy má pacient po výkonu?

Jak jste dlouho na tomto oddělení?

Jaké máte vzdělání?

Kolik vám je let?

Příloha 7 – Výzkumné otázky pro rozhovory – Pacienti

Jak probíhal váš stav před katéetrovou ablaci?

Jak se vaše onemocnění začalo projevovat?

Jaká byla vaše reakce při zjištění, že musíte výkon postoupit?

Jaké výkony u vás před katéetrovou ablaci prováděli?

Jak probíhal příjem na oddělení?

Jak u vás probíhala ošetrovatelská péče před katéetrovou ablaci?

Jak probíhal váš výkon?

Znáte možné komplikace katéetrové ablace?

Jak probíhal váš stav po katéetrové ablaci?

Jak u vás probíhala ošetrovatelská péče po katéetrové ablaci?

Pocit'oval(a) jste bolesti po výkonu?

Podporoval vás někdo?

Jak jste byl spokojen s ošetrovatelským personálem na tomto oddělení?

Vyskytnul se za vaší hospitalizace nějaký problém se sestrami na tomto oddělení?

Jak jste byl dle vašeho názoru dostatečně informován po dobu hospitalizace?

Víte jak bude probíhat další následná léčba po skončení hospitalizace?

Kolik vám je let?

Kde pracujete?

Kouříte?

Sportujete?