

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika péče o pacienty před a po intervenčním zákroku pro  
fibrilaci síní**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce:  
Doc. MUDr. et Mgr. Alan Bulava Ph.D.

2011

Autor práce:  
Bc. Petra Pešková

## **Abstract**

The topic of my diploma thesis is: “The Questions of the Care of Patients before and after the Intervention for Ventricular Fibrillation “.

The diploma thesis defines three objectives. The first objective finds out the information level of patients about nursing care before and after the intervention for ventricular fibrillation. The second objective was to find out the most frequent problems in connection with the intervention for ventricular fibrillation. The third objective aims at surveying the requirements for the nursing care in connection with the intervention for ventricular fibrillation.

To conduct my research I defined 4 questions along with these objectives: Are patients informed about nursing care before and after the intervention for ventricular fibrillation? In which way do nurses inform patients about nursing care before and after the intervention for ventricular fibrillation? How do nurses assess the cooperation with patients before and after the intervention for ventricular fibrillation? In which fields are patients most limited after the intervention for ventricular fibrillation? To fulfil the objectives of the diploma thesis I chose the quantitative research survey. The collection of data was conducted by the interview technique. These interviews constituted the basis for the chart of ideas in the X-mind programme.

The research questions that were defined for the research survey yielded these conclusions: The information on the regime before the radiofrequency ablation for fibrillation of chambers is insufficient for the patients. The information on the regime after the radiofrequency ablation for ventricular fibrillation is insufficient for the patients. Nurses inform patients about the nursing care before the performance based on nursing standards. The largest problem encountered by patients after the radiofrequency ablation for ventricular fibrillation is bowel movement. Patients before the radiofrequency ablation for ventricular fibrillation worry because of lack of information about the performance. The patients before the radiofrequency ablation for ventricular fibrillation cooperate with the nursing staffs. The patients after the radiofrequency ablation for ventricular fibrillation cooperate with the nursing staffs.

By handing over the results to the nurses of the cardiologic department - intermediary care, I want to prevent problems that occur in connection with the intervention for ventricular fibrillation. In my opinion, the results may also be used in the tuition of students of the Faculty of Health and Social Studies.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma: „Problematika péče o pacienty před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury

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

.....

Bc. Petra Pešková

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat mému vedoucímu práce Doc. MUDr. et Mgr. Alanu Bulavovi Ph.D. za ochotu, náměty a nápady při psaní mé diplomové práce. Poděkovat bych také chtěla Mgr. Zdeňce Pavelkové za konzultaci ošetrovatelské části práce. Poděkování patří i mé rodině a mým přátelům, kteří mi rovněž pomohli v průběh psaní celé práce.

**Obsah:**

Úvod .....	3
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>4</b>
<b>1. 1 Anatomie a fyziologie srdce .....</b>	<b>4</b>
<b>1. 2 EKG a projevy fyziologie srdce .....</b>	<b>5</b>
<b>1. 3 Arytmie .....</b>	<b>7</b>
1.3.1 Fibrilace síní .....	8
1.3.1.1 Klasifikace fibrilace síní .....	9
1.3.1. 2 Příznaky fibrilace síní .....	9
1.3.1. 3 Vyšetřovací metody .....	9
1.3.1. 4 Léčba fibrilace síní.....	10
1.3. 2 Intervenční metody .....	11
<b>1. 4 Ošetrovatelská péče před intervenčními zákroky pro fibrilaci síní.....</b>	<b>13</b>
1.4. 1 Ošetrovatelská péče o nemocné před elektrickou kardioverzí.....	13
1.4. 2 Ošetrovatelská péče o nemocné před kardiochirurgickou operací pro fibrilaci síní.....	14
1.4. 3 Ošetrovatelská péče o nemocné před katérovou radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní .....	16
<b>1. 5 Ošetrovatelská péče po intervenčních zákrocích pro fibrilaci síní.....</b>	<b>17</b>
1.5. 1 Ošetrovatelská péče o nemocné po elektrické kardioverzi.....	17
1.5. 2 Ošetrovatelská péče o nemocné po kardiochirurgické operaci pro fibrilaci síní.....	18
1.5. 3 Ošetrovatelská péče o nemocné po katérové radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní .....	20
<b>1. 6 Edukace nemocného o antikoagulační léčbě .....</b>	<b>21</b>
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>23</b>
2.1 Cíle výzkumu .....	23
2.2 Výzkumné otázky .....	23

<b>3. Metodika</b> .....	<b>24</b>
3.1 Použitá metodika.....	24
3.2 Charakteristika výzkumných souborů .....	24
<b>4. Výsledky</b> .....	<b>25</b>
4.1 Přepis rozhovorů s pacienty.....	25
4.2 Přepis rozhovorů se sestrami.....	56
<b>5. Diskuze</b> .....	<b>76</b>
<b>6. Závěr</b> .....	<b>80</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>82</b>
<b>8. Klíčová slova</b> .....	<b>88</b>
<b>9. Přílohy</b> .....	<b>89</b>

## Úvod

Fibrilace síní je označení pro nejčastější typ arytmie, která se může vyskytnout u každého člověka a v každém věku. Výskyt této arytmie však s věkem stoupá. Největší výskyt je ve věkovém rozmezí od 65-85 let u mužů. Z mnohých údajů a z literatury můžeme pozorovat velký nárůst fibrilace síní za poslední desetiletí. Fibrilace síní je spojena s velkou řadou komplikací, které významně zhoršují kvalitu života nemocných. Fibrilace síní může pacienta ohrožovat na životě. Nejvíce jsou pacienti ohrožováni vznikem krevních sraženin v srdečních síních, emboliemi, srdečním selháním a mozkovými příhodami. Diagnostika fibrilace síní se provádí na základě EKG vyšetření. Léčba je však velmi obtížná, protože se jedná o nepřetržité kroužení elektrické aktivity po mnoha proměnlivých okruzích v obou srdečních síních. Tyto mechanismy lze přerušit intervenčními metodami.

Sestry v léčbě fibrilace síní zastupují několik rolí. Podílejí se nedílnou částí v přípravě pacientů k zákroku pro zrušení fibrilace síní. Příprava nespočívá jen v přípravě operačního místa, ale také velmi důležitá je i komunikace s nemocným, který neví co jej čeká a má strach. Již před výkonem sestry informují nemocného o klidovém režimu po výkonu, který je nezbytný. Ve fázi po výkonu sestry saturují bio-psycho-sociální a spirituální potřeby nemocných, kteří jsou upoutáni na lůžko.

Téma „Problematika péče o nemocné před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní“ jsem si zvolila ve snaze dozvědět se více o intervenční léčbě a její problematice. Mým cílem do budoucna je pracovat na kardiologickém oddělení nebo kardiochirurgickém oddělení, a proto jsou to pro mne cenné informace, které bych mohla využít v praxi.

V diplomové práci chci zjistit informovanost pacientů o ošetrovatelské péči před intervenčním zákrokem pro fibrilaci síní z pohledu sester a pacientů. Dále chci zjistit jaké jsou nejčastější problémy v souvislosti s intervenčním zákrokem pro fibrilaci síní. Poslední cíl má zmapovat požadavky na ošetrovatelskou péči v souvislosti s intervenčními zákroky.



# 1. Současný stav

## 1. 1 Anatomie a fyziologie srdce

Srdce je dutý svalový orgán. Je uloženo v mediastinu za sternem. Jedna třetina srdce je uložena vpravo od střední čáry a dvě třetiny vlevo od střední čáry. Srdce má tvar nepravidelného kužele s hrotem směřujícím dopředu dolů a doleva. Srdeční hrot (apex cordis) má zaoblený tvar a jeho úder je hmatný v 5. mezižebří vlevo. Srdeční baze (basis cordis) je širší kraniální částí srdce. Hmotnost srdce dospělého člověka je 230 – 340 g, ale závisí na věku, pohlaví a objemu srdeční svaloviny. Srdce je uloženo v obalu, který se nazývá perikardium neboli osrdečník. Osrdečník je tvořen ze dvou listů lamina parietalis a lamina visceralis. Srdce má tři vrstvy. Nitro srdce vystýlá endokard, což je tenká lesklá blána, která je tvořena endotelovými buňkami a ty jsou podloženy vazivem. Výchlípky endokardu tvoří srdeční chlopně. Střední vrstva je tvořena příčně pruhovanou svalovinou srdeční. Zevní plochu srdce tvoří epikard, což je serózní povrchový povlak srdeční stěny (7, 12).

Srdce je rozděleno na čtyři dutiny: dvě síně (atrium dextrum et atrium sinistrum) a dvě komory (ventriculus dexter et ventriculus sinister). Pravá síň a pravá komora tvoří pravé srdce, které je odděleno od levého srdce síňo-komorovou přepážkou. Do pravé síně srdeční ústí vena cava superior a vena cava inferior. Tyto dvě žíly přivádí do srdce odkysličenou krev z orgánů a tkání celého těla. Do pravé síně také ústí koronární sinus, jímž přitéká odkysličená krev z myokardu. Z pravé síně odtéká krev do pravé komory přes trikuspidální neboli trojcípou chlopeň. Z pravé komory pak krev odtéká plicní tepnou (plicnicí) do plic. Zpětnému toku z plicnice do pravé komory brání pulmonální poloměsíčitá chlopeň. Po okysličení krve v plicích se vrací krev do levé síně čtyřmi plicními žilami. Z levé síně krev odtéká do levé komory přes mitrální dvojčípou chlopeň. Při smrštění levé komory je krev vypuzena do aorty a velkého tělního oběhu. Zpětnému toku z aorty do levé komory brání poloměsíčitá chlopeň, která se uzavírá v průběhu diastoly (7, 12, 36).

Práce srdce spočívá na dvou biologicko – anatomických čerpadlech, která jsou funkčně propojena. Jejich činnost je založena na rytmickém střídání kontrakce (systola)

a relaxace (diastola) srdeční svaloviny. Srdeční cyklus je děj, při kterém dochází k plnění síní a komor krví a končí vypuzením krve do velkého tělního oběhu. Během jednoho srdečního cyklu se vystřídá jedna systola a jedna diastola. Frekvence toho cyklu je přibližně 60 - 80 za minutu (26, 40, 49).

Srdeční funkci zajišťují dva typy buněk. Pracovní myokard, který je tvořen svalovinou síní a komor. Jeho hlavní funkcí je mechanická čerpací práce. Převodní myokard, který je tvořen specializovanými buňkami se liší od pracovního myokardu nejen anatomicky, ale především svými elektrofyziologickými vlastnostmi. V buňkách převodního systému dochází ke spontánnímu vzniku vzruchů (spontánní diastolické depolarizaci). Převodní systém srdeční tvoří sinoatriální uzel, atrioventrikulární uzel, Hisův svazek, Tawarova raménka a tzv. Purkyněho systém. Nodus sinoatrialis (sinusový uzel) je základní jednotkou převodního systému a je často označován jako fyziologický pacemaker. Je uložený u ústí vena cava superior v pravé síni. Podráždění se z něho šíří na obě síně, což má za následek stah síní a vypuzení krve do komor. Signál dojde až na atrioventrikulární uzel. Nodus atrioventricularis (síňokomorový uzel) je uložen v síňovém septu a jeho úkolem je zpomalit elektrický vzruch, který přichází ze síní. Tím se získá čas pro náplň komor krví během systoly síní. Ze septa se dále vzruch šíří cestou Hisova svazku do obou Tawarových ramének až k Purkyňovým vláknům. Takto se přenáší podráždění na myokard obou komor (7, 12, 16, 20, 26, 49).

## **1. 2 EKG a projevy fyziologie srdce**

Elektrokardiogram (EKG) je grafický záznam elektrické činnosti srdce, která je snímána elektrodami. Je to jedna z nejcennějších metod k diagnostice poruch srdečního rytmu. EKG je záznam, který má své zákonitosti a pravidla. Pro zápis EKG dnes běžně užíváme dvanácti svodů (16, 55).

Svody se rozdělují na unipolární a bipolární. Bipolární jsou tři končetinové svody, které zaznamenávají rozdíly potenciálů mezi dvěma elektrodami. Svod I tvoří pravá a levá horní končetina, svod II je tvořen horní pravou a dolní levou končetinou a poslední svod III je tvořen levou horní a levou dolní končetinou. Svody tvoří takzvaný

Einthovenův trojúhelník. Na končetiny sestra přikládá elektrody a aby nedošlo k chybnému přiložení elektrod, jsou tyto svody označeny barevně. Na pravou horní končetinu se přikládá červená elektroda, na levou horní končetinu žlutá elektroda, na dolní levou končetinu sestra přikládá zelenou elektrodu a černou zemnicí elektrodu na dolní pravou končetinu. Unipolární svody jsou dvojího typu a to hrudní a končetinové. Končetinové unipolární svody měří elektrické potenciály ve frontální rovině. Jsou označeny aVR pro pravou horní končetinu, aVL pro horní levou končetinu a aVF pro dolní levou končetinu. Hrudní unipolární svody snímají elektrické srdeční potenciály v horizontální rovině. Sestra, která přikládá hrudní elektrody, musí přesně znát místa přiložení. Elektrodu V1 sestra umístí do čtvrtého mezižebří, při pravém okraji sternu, elektrodu V2 umístí do čtvrtého mezižebří, při levém okraji. Dále umístí elektrodu V4 a to do pátého mezižebří vlevo na medioklavikulární čáře, poté elektrodu V3, která má být uprostřed mezi V2 a V4. Elektroda V5 má své místo v pátém mezižebří vlevo v přední axilární čáře a poslední elektrodu V6 umístí sestra do šestého mezižebří ve střední čáře axilární (16, 35, 55).

EKG zapisujeme nejčastěji v rychlosti 25 mm/s posuvu papíru. Jestliže je rychlost větší, je možné přesněji určit časové intervaly. Pokud je ale rychlost posuvu papíru pomalejší, můžeme zaznamenat více komplexů a také posoudit občasně nepravidelnosti a různé typy dysrytmí (55).

V záznamu EKG se setkáváme s několika různými výchyly od základní izoelektrické linie. Výchyly mohou být pozitivní, ty vznikají, když se elektrický podnět v srdci přiblíží k snímající elektrodě. Negativní výchyly vznikají tehdy, když se podnět od elektrody vzdaluje. Rychlé a ostře zaznamenané výchyly jsou kmity (Q, R, S). Pomalejší a silněji vyznačené jsou vlny (P, T, U). Při hodnocení EKG je důležité si všimnout především srdečního rytmu, srdeční frekvence a polohy neboli elektrické osy srdce. Dále je nutné posoudit kmity, vlny a vzdálenosti mezi nimi (24, 35, 55).

### 1. 3 Arytmie

Poruchy srdečního rytmu jsou označovány jako dysrytmie nebo také arytmie. Mezi tyto poruchy rytmu patří veškeré abnormality srdeční aktivity, které mohou vznikat jak ve zdravém srdci, tak i při různých onemocněních. Podle anamnestických, anatomických, hemodynamických a elektrofyziologických hledisek rozdělujeme arytmie na benigní a maligní, které jsou velmi závažné a životu nebezpečné. Dále arytmie hodnotíme jako sinusové (sinusová tachykardie, sinusová bradykardie, sinoatriální reentry, sinoatriální blokády, sinusová zástava), síňové (síňové extrasystoly – jednotlivé, převedené na komory, extrasystoly v párech – kuplet, triplet, síňový flutter, síňová fibrilace, zástava síní), juncční, které jsou v oblasti síňokomorového spojení a nebo komorové (blokády ramének – pravého, levého, komorové extrasystoly, komorová tachykardie, komorová fibrilace, komorová asystolie). Srdeční arytmie způsobují zpravidla tři různé mechanismy. V prvním případě se jedná o poruchy automacie, která buď může být zvýšená, což je například sinusová tachykardie. Nebo se jedná o abnormální automacii a to je například komorová tachykardie v akutní fázi infarktu myokardu. Dalším mechanismem, který způsobuje arytmie, je mechanismus reentry, což je krouživý návrat vzruchu a je nejčastější při vzniku tachykardií. Okruh reentry může být definován například kolem jizvy po infarktu myokardu nebo je mohou způsobovat funkční překážky vedení vzruchu. Posledním mechanismem vzniku arytmií je spouštěná aktivita. Jedná se o vzácnější mechanismus vzniku arytmií, kdy je přítomen abnormální průběh repolarizace, který umožní vznik následné depolarizace (14, 15, 19, 24, 55).

Zrychlená a nepravidelná činnost srdce, zmenšuje schopnost přečerpávat krev a může vést k selhávání srdce (24).

Klinicky charakterizujeme srdeční arytmie jako jeden nebo více příznaků. Nejčastěji se jedná o subjektivní pocit nepravidelného srdečního tepu, který nemocný vnímá jako přeskokování nebo škobrtání a rychlé nepříjemné bušení srdce (palpitace). Záleží také na stupni a závažnosti arytmie. Dále se mohou objevit známky poklesu minutového objemu a to se projeví jako pocity dušnosti, v důsledku plicního městnání nebo pocity slabosti, v důsledku snížení průtoku krve orgány. Další známkou mohou být

známky krátkodobé nebo trvalé zástavy oběhu krve, které se objeví jako kardiální synkopa, Adamsovy-Stokesovy záchvaty (bezvědomí s křečemi) či náhlá smrt (4, 14, 21, 24).

### **1. 3. 1 Fibrilace síní**

Fibrilace síní (míhání síní) je označení pro nejčastější typ supraventrikulární arytmie. Tento typ arytmie je častější u starších nemocných s kardiovaskulárním onemocněním. Více než dvě třetiny nemocných s fibrilací síní je ve věku 65 – 85 let, ale výskyt je možný v jakémkoliv věku. Fibrilace síní se častěji vyskytuje u mužů (24, 29).

Fibrilace síní bývá mnohdy spojována s některými onemocněními či stavy, ke kterým patří arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční, chlopenní vady, kardiomyopatie, perikarditidy, myokarditidy, intrakardiální tumory či tromby, endokrinní onemocnění (zejména hypertyreóza), stav po chirurgické operaci a plicní onemocnění, která jsou spojená s plicní arteriální hypertenzí, diabetem nebo některým z neurologických onemocnění. Dále se může vyskytovat ve spojení s abúzem alkoholu, kofeinu nebo drog (5, 29).

Podkladem fibrilace síní je kroužení elektrických vzruchů ve svalovině obou síní po různě měnících se okruzích. Tím dochází ke ztrátě koordinovaného stahování srdečních síní, což má za následek ztrátu čerpací schopnosti, městnání krve a tvorbu krevní sraženiny. Nejčastějším místem vzniku krevní sraženiny je ouško síně. Krevní sraženina se může uvolnit a způsobit k embolizaci mozkových tepen či periferního řečiště s odpovídajícími klinickými následky (5, 11, 24, 55).

Srdeční frekvence při fibrilaci síní je rychlá a nepravidelná v rozmezí 400-600/min. Změny v EKG při fibrilaci síní spočívají v absenci P vln ve všech svodech. Místo nich můžeme pozorovat nepravidelné vlnky F, které jsou nejlépe patrné ve svodu V1 (8, 24, 55).

### ***1. 3. 1. 1 Klasifikace fibrilace síní***

Klasifikační systém, který byl navržen v posledních letech, je založený na časovém období výskytu fibrilace síní. Fibrilace síní může být zachycena jako první výskyt nebo jako již vyskytující se a opakující se arytmie (29, 51).

Pro nefarmakologickou léčbu je navržena nová definice typů fibrilace síní. Nová definice tak zohledňuje dobu trvání fibrilace síní. Definice typů fibrilace síní z r. 2007: „***Paroxysmální fibrilace síní:*** rekurentní epizody arytmie, které se spontánně ukončují do 7 dnů; ***perzistující fibrilace síní:*** arytmie, která se udržuje po více než 7 dnů nebo trvá dobu kratší, ale vyžaduje elektrickou nebo farmakologickou kardioverzi; ***dlouhodobá perzistující fibrilace síní:*** arytmie trvá déle než 1 rok; ***permanentní fibrilace síní:*** kardioverze se nezdařila nebo o ni nebyl učiněn pokus.“ (29, s. 26).

### ***1. 3. 1. 2 Příznaky fibrilace síní***

Přítomnost fibrilace síní má za následek přítomnost několika negativních a charakteristických projevů, které se vyskytují u pacienta a jsou jím různě vnímány. Někteří nemocní je vůbec nevnímají a přítomnost fibrilace síní se objeví náhodně při vyšetření EKG. Jedním z hlavních příznaků je pocit bušení srdce. Mezi další příznaky patří především dušnost, únava a snížení výkonnosti při fyzické zátěži. Nemocní se při fyzické námaze zadýchávají, ve zvýšené míře se potí a nemohou dokončit započatou činnost. Dalším příznakem, který nebývá tak častý, ale může se objevit, je stav presynkopy či synkopa. Tyto stavy se nejčastěji vyskytují u nemocných s mitrální nebo aortální stenózou či u nemocných s výrazně sníženou erekční frakcí levé komory srdeční (3, 24).

### ***1. 3. 1. 3 Vyšetřovací metody u fibrilace síní***

Vyslovení podezření na fibrilaci síní je možné z klinického obrazu a fyzikálního vyšetření – nepravidelnost pulzu (21, 24).

Nejdůležitější a hlavní vyšetřovací metodou u fibrilace síní je však záznam EKG. Pro stanovení diagnózy je také důležité dlouhodobé monitorování EKG neboli

Holterovo monitorování. Jedná se o elektrokardiografickou metodu, která umožní zaznamenávat EKG po dobu 24 hodin a více a to během obvyklé denní činnosti člověka (6, 21, 24, 28).

Další a doplňující vyšetřovací metodou je ultrazvukové vyšetření srdce tzv. echokardiografie. Echokardiografii dělíme na transtorakální (TTE), kdy se sonda přikládá na hrudník na specifická místa tzv. akustická okna. Nebo je možné provést transezofageální echokardiografii (TEE), kdy se ultrazvuková sonda zavádí do jícnu. Před TEE je velmi důležitá příprava k vyšetření. Před vyšetřením pacient nejí a nepije nejméně 4 hodiny. Má-li nemocný zubní protézu je nutné ji bezprostředně před vyšetřením vyjmout. Sestra zavede pacientovi žilní kanylu pro podání léků dle ordinace lékaře. Pacientovi je provedena lokální anestezie hltanu nejčastěji lidokainem. U nemocných, u kterých je vysoké riziko vzniku infekční endokarditidy, což je zejména u nemocných s protézami srdečních chlopní, je důležitá ATB profylaxe. Během zavedení sondy do jícnu, sestra stojí u hlavy nemocného a sleduje jeho celkový stav a spolupracuje s lékařem. Po ukončení TEE je pacient minimálně 30 minut sledován a hodinu nesmí nic jíst a pít (6, 10, 24, 44, 48).

#### ***1. 3. 1. 4 Léčba fibrilace síní***

Léčba fibrilace síní je obtížná, náročná a rozmanitá. Postup, kterým bude fibrilace síní léčena, by měl být individuální. Měl by být zohledněn věk nemocného, přítomnost dalších vyskytujících se chorob a v neposlední řadě příznaky, které se u nemocného vyskytují. Léčba fibrilace síní se dělí na farmakologickou nebo nefarmakologickou (29, 30, 34).

Při léčbě fibrilace síní se řídíme několika zásadami, ke kterým patří ukončení arytmie, zabránění recidivám arytmie, léčba základního onemocnění, úprava frekvence komor při velmi často se opakujících fibrilacích nebo při arytmií trvalé. Velmi důležité při léčbě fibrilace síní je předcházení troboembolickým příhodám (24).

K farmakologické léčbě fibrilace síní patří několik lékových skupin. Dle typu fibrilace síní a příznaků fibrilace síní jsou nejčastěji užívány antiarytmika, betablokátory a blokátory kalciových kanálů. Velkým problémem farmakologické léčby je, že jsou

velké individuální rozdíly v účincích léků. Proto je v poslední době věnována velká pozornost nefarmakologické léčbě (29, 45, 49).

Nefarmakologická léčba fibrilace síní spočívá v několika metodách, které můžeme využít: elektrická kardioverze, katéetrová ablace fibrilace síní, trvalá kardiostimulace a kardiochirurgická léčba fibrilace síní. Tyto metody nefarmakologické léčby jsou také označovány jako intervenční metody (29, 42).

### **1. 3. 2 Intervenční metody**

**Elektrická kardioverze** je obnovení sinusového rytmu pomocí elektrického výboje, který má za úkol ukončit reentry okruhy. Před výkonem je nemocný informován o výkonu a možných komplikacích. Před výkonem sestra zavede nitrožilní kanylu a provede odběr krve, pro kontrolu hladiny iontů v krvi. K lůžku nemocného připraví pomůcky k resuscitaci. Pacient je po celou dobu výkonu a ještě minimálně 15 minut elektrokardiograficky monitorován. Elektrická kardioverze je prováděna v celkové anestézii. Sestra připraví léky k anestézii a dle ordinace lékaře řadí léky. Nejčastěji se užívá midazolam v kombinaci s fentanylem nebo propofol. Elektrody musí být potřeny dostatečným množstvím gelu, aby nedošlo k popálení kůže. První elektrodu přikládáme parasternálně vpravo od sternu a to ve výši 2.-3. mezižebří a druhou elektrodu přikládáme na srdeční hrot nebo pod levou lopatku. Defibrilátory jsou synchronizovány s R vlnou EKG, první výboj začínáme výbojem 200 - 300 J. Pokud je první výboj neúčinný, další výboj je s využitím maximální energie 360 J. Sestra po výkonu sleduje fyziologické funkce a informuje lékaře o změnách. Po úplném odeznění analgezie natočí kontrolní EKG nemocného. Komplikace po elektrické kardioverzi jsou velmi vzácné a zřídka se vyskytující (9, 29).

**Ablace AV uzlu a trvalá kardiostimulace** se využívá u starších nemocných se specifickými symptomy jako jsou palpitace, dušnost či snadná únavnost. Je považována za paliativní léčbu u pacientů refrakterních na léčbu antiarytmiky (9, 29).

**Chirurgická léčba pro fibrilaci síní** je nazvána Cox-Maze III dle Jamese Coxe, který jako první operaci provedl. Název „maze“ je odvozen z anglického slova bludiště,



labyrint a vystihuje princip zákroku v obou síních. Cox-Maze III je výkon, při kterém se provádí incize a kryoléze, čímž mají být vyrušeny reentry okruhy. K vyrušení reentry okruhů je možné využít mimo kryoablace i další alternativní zdroje energie jako je radiofrekvence, mikrovlny, laser a vysoce fokusované ultrazvukové vlny. Operační výkon je možné provádět pouze pro zrušení fibrilace síní, ale většinou je součástí jiné kardiokirurgické operace. Cox-Maze III je velmi efektivní metoda k eliminaci fibrilace síní, avšak není považována za klasickou metodu nejčastěji využívanou. Velkým problémem je komplexnost operace a dlouhodobé napojení nemocného na mimotělní oběh během výkonu. Sestra svou roli plní v předoperační přípravě, perioperační době a v pooperačním období, kdy zajišťuje bio-psycho-sociální a spirituální potřeby nemocného (9, 24, 29, 33, 52).

**Radiofrekvanční katérová ablace** k odstranění fibrilace síní je zákrok, který se provádí v lokálním znecitlivění. Z cév v třísele se zavádějí katétry, které snímají elektrickou aktivitu srdce. Ablacním katétreem lze stimulovat srdce a aplikovat radiofrekvenční proud. Radiofrekvenční energie se mění na energii tepelnou a v místě kontaktu s tkání vzniká jizva, která znemožní v daném místě vedení elektrických vzruchů. Radiofrekvenční ablace se provádí kolem ústí plicních žil a tím se přerušuje elektrické propojení mezi svalovinou plicních žil a svalovinou levé síně. Jde o velmi náročný výkon, u kterého je zapotřebí přesnosti. Tu je dnes možné zajistit využitím nových robotických technologií a trojrozměrné navigace. V současné době probíhá klinický výzkum, který má za úkol zjištění efektivity a bezpečnosti nových ablačních technik pro léčbu fibrilace síní. Velkou pomocí pro ablaci je v neustále zlepšujícím se obrazu levé síně díky magnetické rezonanci, spirální výpočetní tomografii s možností integrace s 3D elektroanatomickou mapou (24, 29, 35, 43).

Radiofrekvenční katérová ablaci je velmi složitý výkon, který může mít řadu komplikací, byť relativně vzácných. K nejčastějším patří srdeční tamponáda, tromboembolické příhody, stenóza plicních žil, paréza bráničního nervu, perieozofageální vagové poškození, lokální vaskulární komplikace, uzávěr arteria circumflexa, uvíznutí katétru v aparátu mitrální chlopně a výskyt iatrogenních tachykardií. Sestra zajišťuje ošetrovatelskou péči o nemocného v době před výkonem,

kdy se zaměřuje na přípravu nemocného na výkon a na psychiku nemocného. Během výkonu sestry asistují lékaři a po výkonu zajišťují holistickou péči pacientovi a plní ordinace lékaře (24, 29, 43).

## **1. 4 Ošetrovatelská péče o nemocné před intervenčními zákroky pro fibrilaci síní**

### **1. 4. 1 Ošetrovatelská péče o nemocné před elektrickou kardioverzí**

Elektrická kardioverze je terapeutický výkon, kdy je pomocí elektrického výboje navozen sinusový rytmus. Jedná se o plánovaný výkon, který nemocnému vysvětlí lékař. Sestra je zodpovědná za přípravu nemocného a pomůcek, ke kterým patří pomůcky k inkubaci, defibrilátor, EKG gel, léky k anestézii, ambuvak, dýchací maska. Příprava nemocného spočívá v pořízení EKG před výkonem, napojení pacienta na kontinuální monitor ke sledování fyziologických funkcí během samotného výkonu. Dále sestra nemocnému zajistí periferní žilní katétr, který umožní podání intravenozních léčiv. Před výkonem sestra zajistí odběr krve k laboratornímu vyšetření, a to zejména mineralogram, Quick a INR. Před výkonem je nutné pacienta poučit o tom, že 4 hodiny před výkonem nesmí nic jíst a nepít, aby se zamezilo komplikacím, a to především aspiraci. Těsně před výkonem je nezbytné nemocnému vyjmout zubní protézu. Po navození anestézie sestra prodýchává nemocného pomocí ambuvaku. Na elektrody nanese vodivý gel, který chrání během výkonu nemocného proti popáleninám. Přiložení elektrod je parasternálně vpravo od sternu ve výši 2.-3. mezižebří a na srdeční hrot nebo pod levou lopatku. Pod lopatku se elektroda přikládá v případě, má-li nemocný implantovaný kardiostimulátor. Po přiložení elektrod může začít nabíjení defibrilátoru. Je-li defibrilátor nabit, je důležité vyzvat tým, aby se nikdo nedotýkal nemocného a lůžka nemocného. Ihned po aplikaci výboje se provede kontrola nemocného a hodnotí se výsledek na monitoru. Po úspěšné kardioverzi je nutná monitorace nemocného (15, 24, 44).

Sestra před elektrickou kardioverzí zajišťuje nemocnému holistickou péči a všímá si psychického stavu nemocného. U pacienta před plánovanou elektrickou

kardioverzí se mohou vyskytovat některé ošetrovatelské diagnózy. K nejčastějším ošetrovatelským diagnózám dle NANDA domény patří strach (00148), úzkost (00146), deficitní znalost (00126), únava (00093), riziko porušení kožní integrity (00047) (31, 44).

#### **1. 4. 2 Ošetrovatelská péče o nemocné před kardiochirurgickou operací pro fibrilaci síní**

Příprava před kardiochirurgickou operací je doplněna o některá specifika, ale zásadně se neliší od jakékoli jiné předoperační přípravy. Příprava je rozdělena do časových období na dlouhodobou přípravu, krátkodobou přípravu a bezprostřední předoperační přípravu (53).

*Dlouhodobá předoperační příprava* před kardiochirurgickým výkonem pro fibrilaci síní je založená především na kardiologickém vyšetření. Kardiologické vyšetření nesmí být starší více než 14 dní před výkonem. Na kardiologickém oddělení je provedeno několik vyšetření a stanovení diagnózy. Na souboru kardiologických vyšetření se podílí multidisciplinární tým. K základnímu souboru vyšetření patří anamnéza, fyzikální vyšetření, krevní tlak, pulz, teplota, laboratorní vyšetření krve a moče, EKG, RTG srdce a plíce, koronarografie, echokardiografické vyšetření, ultrazvukové vyšetření břišních orgánů a sonografické vyšetření karotid a spirometrické vyšetření plic. Velmi důležitým vyšetřením před kardiochirurgickou operací je vyšetření na infekční fokusy, kdy se vyhledává skryté ložisko infekce v organismu. Provádí se stomatologické, otolaryngologické vyšetření, gynekologické vyšetření u žen a kultivace moče a sputa. Objeví-li se pozitivní nález je důležitá předoperační eradikace infektu. Sestra v této době plní ordinace lékaře, provádí měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu a odchylky od fyziologie hlásí lékaři. V této fázi je také podstatná komunikace s pacientem a psychologická příprava nemocného k výkonu. Psychologická příprava před kardiochirurgickou operací má nezastupitelné místo. Pacienti před operací mají pocity strachu, obavy a nejistoty. Nerozumí lékařským diagnózám, neví co je čeká. Sestra si těchto pocitů všímá a navrhuje řešení. Dále sestra pozoruje jak nemocný reaguje na léčebný postup. Velmi důležité je navázat pozitivní

vztah mezi nemocným a sestrou, kdy sestra využívá efektivní komunikace s nemocným. Správná komunikace vede a napomáhá k aktivnímu zapojení nemocného do ošetrovatelské péče. Sestra podává pacientovi informace, které jsou v jejích kompetencích. Pokud nemocný vyžaduje více informací, o svém zdravotním stavu a léčebném postupu, zajistí sestra rozhovor nemocného s lékařem (11, 32, 46).

*Krátkodobá předoperační příprava* nemocného před kardiochirurgickou operací, která je spojena s léčbou fibrilace síní, je omezena na dobu 24 hodin před operací. Krátkodobá příprava nemocného před výkonem je zaměřena především na fyzickou přípravu nemocného a přípravu kožního povrchu. Sestra informuje nemocného o nutnosti lačnění po dobu alespoň 6 hodin před výkonem. Větší pozornost sestra věnuje nemocným s poruchami výživy a diabetikům, pro které je nutnost zajištění příjmu energie a tekutin parenterální cestou. U diabetiků je nutné zajistit monitoraci vnitřního prostředí včetně glykémie. Pokud by se objevily odchylky od normy, je nutné informovat lékaře. Dále před výkonem je velmi důležitá hygiena celého těla dezinfekčním mýdlem. Ženy sestra edukuje, aby neutily dekorační kosmetiku (řasenku, rtěnku, make-up, stíny, lak na nehty a různá líčidla), která může být zdrojem infekce a během výkonu zabraňuje kontrole zbarvení kůže. Pokud mají ženy nalakované nehty, je nutné lak odstranit. Příprava operačního místa spočívá v odstranění nečistot z kůže (například z náplastí či elektrod). Operační místo musí být vyholeno jednorázovou žiletkou a musí se dbát zvýšené pozornosti, aby nedošlo k pořezání. Po oholení operačního místa hrudníku je nutné provést sprchu s dezinfekčním mýdlem. Den před výkonem je důležitý adekvátní odpočinek, který napomáhá nemocnému zvládat stres před operací. Večer před výkonem k nemocnému přijde anesteziolog, který zhodnotí stav nemocného, informuje pacienta o anestézii a možných rizicích. Anesteziolog ještě doplní ordinace před výkonem, které sestra plní, anesteziolog určí premedikaci. Sestra ještě překontroluje dokumentaci a zajistí chybějící vyšetření; dále překontroluje, zda byly provedeny veškeré ordinace lékaře.

V krátkodobé přípravě již s nemocným nacvičuje nejčastěji fyzioterapeut pooperační režim a to zejména v oblasti dechové rehabilitace a vstávání z lůžka. Dechová cvičení jsou pro nemocné po kardiochirurgické operaci nejdůležitější fází

rehabilitační péče. Jde o nácvik hlubokého dýchání, nácvik odkašlávání s využitím nafouklého míče. (27, 41, 53).

*Bezprostřední příprava nemocného před výkonem, je čas, přibližně dvě hodiny před operací. Sestra kontroluje dokumentaci pacienta. Dalším úkolem sestry je kontrola pacienta, zda je lačný a zda byla provedena důkladná hygiena. Nezbytně nutná je kontrola operačního pole a především dostatečné oholení. Před odjezdem na sál sestra podá premedikaci dle ordinace anesteziologa, ujistí se, zda má pacient v pořádku dokumentaci. Pacient musí mít sundané veškeré šperky a ty, které nelze sundat, musí sestra zapsat do dokumentace. Pokud má pacient zubní protézu musí ji vyjmout. Nemocný má oblečenou pouze košili. Za přípravu nemocného a přípravu operačního pole je zodpovědná sestra, která nemocného předává na sál (41, 53).*

U pacientů před kardiochirurgickou operací jsou nejčastěji vyskytující se ošetrovatelské diagnózy dle NANDA domény: strach (00148), úzkost (00146), deficitní znalost (00126), únava (00093), riziko porušení kožní integrity (00047), riziko infekce (00004).(31)

#### **1. 4. 3 Ošetrovatelská péče o nemocné před radiofrekvenční katérovou ablací pro fibrilaci síní**

Je-li nemocnému s fibrilací síní indikována léčba pomocí radiofrekvenční katérové ablace, je obvykle den před výkonem přijímán na kardiologické oddělení. Sestra zajistí příjem pacienta, seznámí ho s nemocničním řádem a právy pacientů. Společně s nemocným vyplní ošetrovatelskou dokumentaci a seznámí nemocného s oddělením. Pacientovi sestra odebere krev dle ordinace lékaře, vyšetření krve je základní biochemické, krevní obraz a koagulace. Před výkonem se oholí pacientovi obě třísla a u mužů ještě hrudník, aby držely elektrody EKG, které bude mít pacient během výkonu. Velmi důležitá je hygiena celého těla před výkonem. Během přípravy na výkon si sestra všímá psychického stavu nemocného a navazuje pozitivní vztah efektivní komunikací. Snaží se o zapojení nemocného do ošetrovatelské péče. Nemocný před radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní podepisuje informovaný souhlas, který zajišťuje lékař. Informovaný souhlas poskytuje nemocnému informace o výkonu, jaké jsou jiné

možnosti léčby, jak se výkon provádí, možné komplikace, co je nezbytné provést před výkonem a dále obsahuje informace o režimu, který je důležitý dodržovat po výkonu. Sestra podává nemocnému informace ohledně ošetrovatelské péče. Před výkonem sestra zajistí nemocnému periferní žilní kanylu. V den výkonu je pacient 8 hodin před výkonem lačný. Sestra zkontroluje dokumentaci nemocného. Dále kontroluje, zda jsou vyholena třísla a hrudník. Před předáním nemocného na sál se sestra ujistí, zda nemocný má oblečenou pouze košili a má sundané veškeré šperky. Pokud nelze šperky sundat, musí sestra provést záznam do dokumentace. Dalším úkolem sestry je kontrola, zda má nemocný snímatelnou zubní protézu a pokud ano, je nutné ji vyjmout (17, 18, 38, 54).

U pacientů před radiofrekvenční ablací se mohou nejčastěji vyskytovat tyto ošetrovatelské diagnózy dle NANDA domény: strach (00148), úzkost (00146), deficitní znalost (00126), únava (00093), riziko porušení kožní integrity (00047), riziko infekce (00004) (31).

## **1. 5. Ošetrovatelská péče o pacienta po intervenčních zákrocích pro fibrilaci síní**

### **1. 5. 1 Ošetrovatelská péče o pacienta po elektrické kardioverzi**

Po elektrické kardioverzi je velmi důležitou povinností sestry zaznamenat dvanáctisvodové EKG a kontrovat krevní tlak, pulz a dech nemocného. Dvě hodiny po zákroku nesmí pacient nic jíst a pít. Pacienti mohou pociťovat mírnou bolest nebo pálení či začervenání kůže na místech, kde byly přiloženy elektrody defibrilátoru. Sestra pokožku ošetří pantenolem nebo kalciovou masťou, která ztlumí potíže. Není-li pacient po výkonu dále hospitalizován a je propuštěn do domácího prostředí, je nutné ho poučit o tom, že: během 24 hodin po elektrické kardioverzi nesmí řídit motorová vozidla, pracovat s velkými stroji a pít alkoholické nápoje. Při propouštění z nemocničního zařízení obdrží pacient propuštěcí zprávu, kde je uveden datum kontroly EKG, popřípadě kontrola u svého spádového lékaře. ( 17, 24, 54).

U nemocných po kardioverzi se sestra zaměřuje na vyhledávání ošetrovatelských diagnóz, ke kterým nejčastěji patří: akutní bolest (00132), porušená kožní integrita (00046), intolerance aktivity (00092), únava (00093) (31).

### **1. 5. 2 Ošetrovatelská péče o pacienta po kardiochirurgické operaci pro fibrilaci síní**

Pooperační péče a monitorace pacienta po kardiochirurgické operaci je odlišná od ostatních oborů v důsledku toho, že srdce je orgán, který zabezpečuje krevní oběh a prokrvení všech orgánů. Operace srdce byla provedena v mimotělním oběhu, který narušuje hemokoagulaci a tím aktivuje zánětlivou odpověď organismu v pooperační fázi. Pooperační péče je proto zajišťována v prvních hodinách na resuscitačním oddělení. Pokud se neobjeví žádné komplikace, je pacient následující den (1. - 2. pooperační den) přeložen na jednotku intermediální péče či jednotku intenzivní péče, kde je nadále zajištěna důkladná monitorace pacienta. V bezprostřední pooperační době je velmi důležitá monitorace vitálních funkcí s minimální frekvencí záznamu jednou za hodinu. Platí však pravidlo, že lékař a specializovaná sestra jsou nejlepším a nejadekvátnějším monitorem pacienta. Po kardiochirurgické operaci je nejčastěji monitorován dýchací systém, kardiovaskulární systém, homeostáza a tělesná teplota nemocného. Zpravidla se zaznamenává invazivní měření krevního tlaku přes arteria radialis nebo arteria femoralis. Monitorace srdeční frekvence, rytmu, změny v EKG, dále monitorace centrálního žilního tlaku, který je důležitou součástí pooperačního monitoringu u pacienta po operaci srdce. Centrální žilní tlak určuje náplň cévního řečiště. Po kardiochirurgické operaci je nezbytně nutné sledovat u pacienta plicní ventilaci, kdy dochází ke změně z konvenční ventilace na spontánní ventilaci a následnou extubaci pacienta. Na některých pracovištích extubují pacienty již na sále a na pooperačním oddělení již dýchají spontánně. Monitorace pulzní oxymetrie je nedílnou součástí pooperačního monitoringu v kardiochirurgii. V pooperačním období je také velmi nutná kontrola acidobazické rovnováhy, krevních plynů a minerálů v séru. Během prvních hodin po operaci srdce je nutné hodnotit také neurologický stav nemocného. V neurologickém stavu pacienta hodnotíme GCS (Glasgow Coma Scale), odeznívání celkové anestézie a psychomotorický neklid. V neposlední řadě je nutná monitorace krevních ztrát, v důsledku plné heparinizace, během mimotělního oběhu. Vzniká tak velké riziko pooperačního krvácení (1, 27, 40, 54).

Ošetrovatelské činnosti se odvíjí od celkového stavu pacienta. První dva dny po

operaci je pacient zpravidla „připoután“ na lůžko a není soběstačný. Velmi důležité je včasné aktivní zapojení pacienta do péče o sebe sama. Cílem ošetrovatelské péče v pooperační fázi je zajistit bio-psycho-sociální a spirituální potřeby nemocného. Do ošetrovatelské péče o pacienta po kardiochirurgické operaci také patří péče o ránu. Ránu je nutné kontrolovat, pravidelně převazovat za přísně aseptických podmínek. Cílem je péče o ránu, aby se rána hojila per primam (49, 54).

Po kardiochirurgické operaci je velmi nutná rehabilitace a především dechová rehabilitace. K dechové rehabilitaci se využívá CPAP maska, která využívá mírného přetlaku v dýchacích cestách během výdechu. Tato metoda má za cíl zintenzivnit prodloužený výdech a předcházet vzniku pooperačních komplikací. Během cvičení je nutné, aby byla přítomna sestra a sledovala projevy a fyziologické funkce pacienta. Cvičení by se mělo opakovat 2x – 3x denně a nikdy by nemělo trvat déle než 15 minut. Dále k dechové rehabilitaci po kardiochirurgických operacích patří kyslíková maska, inhalace antiastmatik, expektorancií a mukolytik dle ordinace lékaře, pokleповá masáž, triolo (tři míčky v nádobě), nafukování balónu a cviky pod vedením fyzioterapeuta. Fyzioterapeut dochází pravidelně za pacientem a spolupracuje s ošetrovatelským týmem a samotným pacientem na nácviку soběstačnosti. Převážná část nemocných po operaci se vrací na svou běžnou úroveň fyzické činnosti během 6-8 týdnů. Rehabilitace po kardiochirurgických operacích je však dlouhodobá, a proto je vhodné pacientům doporučit balneoterapii do dvou až tří měsíců po operaci. V České republice existuje několik lázeňských míst, které jsou určeny pacientům po operaci srdce. K nejznámějším patří: Poděbrady, Teplice nad Bečvou a Konstantinovy Lázně (23, 49, 54).

Péče o psychiku pacienta je jednou ze součástí ošetrovatelské péče. Prostředí pooperačního oddělení, ve kterém se pacient ocitá, je extrémní situace. Stálá přítomnost personálu, neznámé zvuky přístrojů, stálé světlo, omezená přítomnost rodinných příslušníků, omezená pohyblivost, bolest operační rány, strach a obavy, které doprovázejí pacienta, je značná psychická zátěž. Péče o pacienta by měla být doprovázena empatií a metodami efektivní komunikace (24, 50).

V souvislosti s pooperační péčí o pacienty po kardiochirurgické operaci se nejčastěji vyskytují ošetrovatelské diagnózy dle NANDA domény: akutní bolest



(00132), neefektivní tkáňová perfuze (00024), deficit sebepěče (00094), porušený obraz těla (00118), zhoršená pohyblivost (00085), dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace (00034), riziko infekce (00004) (31).

### **1. 5. 3 Ošetrovatelská péče o pacienta po radiofrekvenční ablaci pro fibrilaci síní**

Pacient po radiofrekvenční ablaci (RFA) pro fibrilaci síní je uložen na monitorované lůžko intermediální péče. Po výkonu je nezbytná monitorace krevního tlaku, pulzu a místa vpichu. Sestra pečující o pacienta po RFA provede záznam EKG po příjezdu z katetrizačního sálu. Velmi důležitá je edukace pacienta o dodržování přísného klidu na lůžku po dobu, než odezní účinky heparinu, který dostal během výkonu. Po odeznění účinku heparinu je možné odstranit zaváděcí kanyly z třísla (či podklíčkové žíly). Po odstranění kanyl je na místo zavedení přiložen kompresivní obvaz na cca 8 hodin a pacient dále musí dodržovat přísný klid na lůžku. Nemocnému je nutné poskytnout informace o nutnosti dodržování klidu na lůžku a o možných komplikacích.

Sestra si všímá psychického stavu nemocného a navazuje pozitivní vztah pomocí efektivní komunikace. Tím se snaží vést nemocného ke spolupráci a zapojit pacienta do ošetrovatelské péče. Pacient se v mnoha oblastech stává nesoběstačný a je odkázán na pomoc sestry. Sestra se snaží o zajištění všech bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb (11, 18, 24, 29, 50).

Celková doba pobytu v nemocnici, pokud jde o nekomplikovanou radiofrekvenční ablaci pro fibrilaci síní, je obvykle 4-6 dní. Po výkonu je nezbytně nutné zahájení léčby prevence vzniku krevních sraženin a jejich následnému uvolnění do krevního oběhu (prevence trombo-embolických komplikací). Tuto léčbu musí pacient dodržovat alespoň tři měsíce po výkonu a dále dle klinického průběhu. Stejnou dobu musí pacient dodržovat léčbu preventivního podávání léků k ovlivnění poruchy srdečního rytmu. Po výkonu je nutné edukovat pacienta, aby se vyvaroval větší fyzické námaze a to po dobu přibližně dvou týdnů. Dále po dobu 6 týdnů by pacient neměl vykonávat intenzivní sportovní výkony (29).

Po výkonu sestra aktivně vyhledává a řeší ošetrovatelské diagnózy, které se mohou vyskytnout po RFA u pacienta. K nejčastějším ošetrovatelským diagnózám po RFA patří dle NANDA domén: deficit sebepěče při vyprazdňování (00110), akutní

bolest (00132), nedodržení klidu na lůžku (00079), strach (00148), deficitní znalost (00126) (31).

## **1. 6 Edukace nemocného o antikoagulační léčbě**

Jednou z nejčastěji se vyskytujících a nejzávažnějších komplikací fibrilace síní je tromboembolická forma cévní mozkové příhody. Až dvě třetiny nemocných s fibrilací síní mají vysoké riziko tromboembolie. Několik výzkumů prokázalo, že dlouhodobá léčba antikoagulacii výrazně snižuje vznik tromboembolických komplikací (29).

K antikoagulancím, která pacienti užívají dlouhodobě nejčastěji patří Warfarin. Každý pacient, který užívá Warfarin, potřebuje individuálně jinou dávku Warfarinu. Dávku Warfarinu určí lékař na základě vyšetření INR (Quickův čas). Optimální INR při léčbě antikoagulacii je v rozmezí 2,5 - 3. Než se INR po výkonu srovná na 2,5-3 je nutná aplikace nízkomolekulárního heparinu (Fraxiparine, Clexane) v předepsané dávce lékařem. Kontroly INR musí být prováděny v pravidelných intervalech, které ověří stabilitu antikoagulační léčby. První kontrola INR od propuštění pacienta do domácího prostředí musí být provedena do 3 dnů (29, 54).

Sestra má za úkol edukovat pacienty, kteří užívají orální antikoagulancia. Každý pacient, který užívá orální antikoagulancia by měl vědět, že:

- mohou nastat interakce k ostatním lékům,
- pacient nesmí užívat další léky bez vědomí lékaře,
- interakce mohou nastat i při užívání bylinných čajů (zejména kopřiva), volně prodejných léků (Ginko) a především vitamínových přípravků s vitamínem K.

Účinky antikoagulační léčby také může ovlivnit skladba stravy. Při užívání Warfarinu je nutné dodržovat dietu s nízkým příjmem vitamínu K. Denní dávka vitamínu K by měla být do 250 µg u dospělého člověka. Pacienti, kteří užívají Warfarin, by měli znát potraviny s vysokým obsahem vitamínu K. Vitamin K je obsažen především v listové zelenině (brokolice, zelí, kapusta, listový salát, špenát), v drůbežím mase (22, 24, 39, 54).

Každý, kdo užívá Warfarin musí mít u sebe kartičku o užívání Warfarinu, kde jsou identifikační údaje pacienta, dále je zaznamenána dávka a užívání, poslední kontrola u lékaře, hodnota INR, datum další kontroly a jméno lékaře (49).

Pacient musí před každým vyšetřením či ošetřením nahlásit lékaři (zubnímu lékaři), sestře léčbu Warfarinem (49).

Během léčby Warfarinem se mohou vyskytnout komplikace jako je drobné krvácení z dásní a nosu nebo přítomnost krve ve stolici či moči. Při těchto komplikacích je nutné navštívit lékaře a provést kontrolní vyšetření INR (Quick) (24, 54).

## **2. Cíle a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle**

Cíl 1 Zjistit informovanost pacientů o ošetrovatelské péči před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní

Cíl 2 Zjistit, jaké jsou nejčastější problémy v souvislosti s intervenčním zákrokem pro fibrilaci síní

Cíl 3 Zmapovat požadavky na ošetrovatelskou péči v souvislosti s intervenčním zákrokem pro fibrilaci síní

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: Jsou pacienti informováni o ošetrovatelské péči před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem sestry informují pacienty o ošetrovatelské péči před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní?

Výzkumná otázka 3: Jak sestry hodnotí spolupráci s pacienty před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní?

Výzkumná otázka 4: Ve kterých oblastech jsou pacienti nejvíce omezováni po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní?

### **3. Metodika**

#### ***3. 1 Použitá metodika***

K naplnění cílů diplomové práce „Problematika péče o pacienty před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní“ bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden technikou rozhovorů. Rozhovory byly dvojího typu. Pro sestry pracující na kardiologickém oddělení a pro pacienty před radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní a po radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní. Rozhovory byly zcela anonymní. Rozhovor se sestrami obsahoval 19 otázek a 4 podotázky. Rozhovor pro pacienty obsahoval 16 otázek a 9 podotázek před výkonem a 10 otázek a 7 podotázek po výkonu. Na základě rozhovorů byly vytvořeny myšlenkové mapy v programu X-mind.

#### ***3. 2 Charakteristika výzkumných souborů***

První výzkumný soubor byl tvořen pacienty kardiologického oddělení – intermediální péče (IMP) v nemocnici v Českých Budějovicích a. s., kteří podstoupili radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní. Druhý výzkumný soubor byl tvořen směnnými sestrami kardiologického oddělení IMP v nemocnici v Český Budějovicích a.s.

## **4. Výsledky**

### **4. 1. Přepis rozhovorů s pacienty**

Přepisy byly zpracovány na základě rozhovorů, které proběhly u jednotlivých pacientů na kardiologickém oddělení, před výkonem radiofrekvenční ablace a po výkonu radiofrekvenční ablace pro fibrilaci síní.

#### **Pacient č. 1**

##### **a) před výkonem**

Pacient č. 1 je muž ve věku 51 let, nekuřák, sportovec. Pracuje jako OSVČ. Pacient udává, že fibrilace síní se u něho poprvé objevila v únoru 2010 po operaci srdce. Pacient říká: „Bylo to asi takhle: při basketbalu jsem najednou nemohl zvednout ruce a cítil jsem slabost a zvláštní tlak na hrudi, ale asi jen tak na 15 vteřin. Nevěnoval jsme tomu zas tak velkou pozornost. Když jsem po basketu přišel domů, byl jsem úplně vyčerpaný a cítil jsem slabost, jako nikdy před tím. Jelikož mám doma diagnostický přístroj na měření tlaku, přeměřil jsem si tlak a ten přístroj mi hlásil, že není něco v pořádku, ale řekl jsem si to je asi z únavy. Ráno jsem si tlak ještě přeměřil a bylo to v pořádku. Během dne, při práci, jsem ale opět ucítil slabost, zvláštní tlak na hrudníku a nemohl jsem se dobře hýbat a to už mě zarazilo. Navštívil jsem proto lékaře, kde se spustila velká vlna vyšetřování a odeslání do nemocnice. V nemocnici mi oznámili, že musím na operaci srdce, že se nevyhnu by-passu. Než jsem se nadál, byl jsem už na sále. Všechno šlo tak rychle. Po operaci srdce jsem byl jako rozlámaný a nemohl jsme se pořádně hýbat a cítil jsem bolest, ale to trvalo dva dny a můj stav se začal zlepšovat. Třetí den po operaci se však srdce rozhodlo, že bude zlobit a objevila se fibrilace síní. Lékařka mě informovala o možnosti vyrušení fibrilace síní pomocí kardioverze. Nezbyvalo mi nic jiného než jí věřit a souhlasil jsem s výkonem. Kardioverze jsem podstoupil tři. Dvě, hned po operaci, a jednu pak ambulantně v květnu. Fibrilace síní se zase objevila, a proto mě můj kardiolog informoval o výkonu, který bych měl zítra podstoupit.“

Pacient uvádí, že co se týče informací o výkonu, má jich dostatek. Informace mu poskytl lékař a také sestry. Pacient říká: „Lékař mě informoval o metodě, co kam zavede a co to udělá. Abych pravdu řekl, mě je to jedno, protože tomu nerozumím, mě zajímá výsledek. Sestry mě informovaly o věcech, kterým jsem více rozuměl. Informace od sester byly pro mě lépe srozumitelné. Sestry jsou tady ochotné, komunikativní a moc milé. Vždy mi všechno vysvětlily.“

Pacient si velice dobře pamatuje na činnosti, které sestra u něho vykonávala během dne. Respondent říká: „Ráno jsem přišel nalačno na oddělení, kde mě sestřičky uvítaly a uložily mě na tento pokoj. Seznámily mě s oddělením, protože jsem zde ještě nikdy nebyl. Než jsem si na pokoji vybalil věci přišla sestra, která mi napíchla kanylu, odebrala asi šest zkušavek krve a informovala mě o tom, co mě ještě bude čekat. Nechala mi tady informace ohledně výkonu, které jsem si mohl pročíst, ale vzhledem k tomu, že jsem již měl informace od lékaře, jen jsem jí ten papír podepsal. Potom následovalo vyšetření jícnové ECHO a CT, kam mě doprovázel lapiduch. Jícnové ECHO je příšerné vyšetření, ale byla tam hodná paní doktorka a sestřička. Po návratu z vyšetření jsem ještě dvě hodiny nesměl nic jíst a pít. Mezitím přišla sestra a vyholila mi třísla a hrudník na zítřejší výkon. A teď mi napojila tady infúzi, kterou chodí průběžně kontrolovat.“

Pacient si uvědomuje, že pocit žízně a hladu, který ho doprovázel dnes celý den, je v důsledku vyšetření. Říká: „Jediné co mi dnes docela vadilo, je, že jsem měl hlad a velkou žízeň, je poměrně velké horko a já se poprvé napil až kolem třetí hodiny. Já vím, že je to kvůli tomu všemu vyšetření, a proto jsme to musel vydržet.“ Pacient nemá jiné nedostatky v oblasti potřeb. Udává, že je velice skromný a nic mu nechybí.

Pacient přiznává, že má strach a obavy, ale věří, že je v rukou odborníků. Samozřejmě, že mu prochází hlavou jaké mohou nastat problémy, a proto se snaží uklidnit bezvadnou knihou „Když je muž v lázních“ od spisovatelky Ireny Fuchsové, kterou si s sebou přinesl do nemocnice. Snaží se na věc dívat optimisticky a v pohodě. „Už se zase těším na to, co budu dělat, bez fibrilace síní,“ říká nadějně pacient

Pacient udává, že oficiální informace o režimu, který jej čeká po výkonu zatím ještě nemá. „Sestra mi zatím jenom naznačila, že budu muset ležet, ale mě by docela zajímalo, kdy zase budu moci vyběhnout na Boubín. Předpokládám, že mi ty informace někdo předá,“ uvádí pacient.

Pacient od sester a celého týmu očekává pomoc, vstřícnost a pozitivní vztah.

## **b) po výkonu**

Pacient je 18 hodin po výkonu, napojen na monitor, stále dodržuje klid na lůžku. V tříse má tlakový obvaz a zátěžový sáček s pískem, protože po odstranění komprese se objevila boule v místě zavedení ablačních kanyl, a proto je ještě ponechán tlakový obvaz dle ordinace lékaře.

Pacient udává, že informace o režimu po výkonu dostal na sále od lékaře i od sestry a zde na oddělení ještě jednou od sestry. Dále respondent popisuje, že pacient, který je s ním na pokoji, výkon také podstoupil a má tedy informace i od něho.

Na otázku, zda pociťuje nějakou bolest říká: „Teď je to trochu lepší, ale v noci mě strašně bolelo v kříži, já nejsem zvyklý ležet na zádech a opravdu bolest v kříži je hrozná. Musel jsem poprosit i sestřičku, jestli by mi mohla dát něco na bolest. Ta mi hned ochotně píchla injekci. Tak to přestalo, ale teď už zase začínám cítit malinko bolest, ale snad už mě odpojí a já se budu moct projít. Ještě taky cítím nepříjemný tlak v oblasti třísel, ale to je tím obvazem, který je hodně pevný, a vím, musí to být.“

Pacient popisuje činnosti, které u něho sestra vykonávala po příjezdu ze sálu takto: „Tak nejdřív mi přivázala sestra nohy obinadlem k posteli, abych je nekrčil. Nejdřív jsem to ocenil, pak už jsem to nenáviděl. Když opravdu nesmíte pokrčit ani trošku nohu, je to hrozné. Potom mi natočila EKG a napojila mě na monitor. Manžeta na tlak mi sama po hodině měřila tlak. Sestra mě poprosila, abych si sám občas rukou zkontroloval třísla, zda mi to nekrvácí. Průběžně mě však chodila kontrolovat sama. Asi po dvou hodinách, co jsem přijel ze sálu, mi sestra ohřála oběd, ale já ani moc neměl hlad, tak jsem jen ochutnal, ale stejně mi to nechutnalo. Pak k večeru mi sestra ještě



nabírala krev, kvůli srážlivosti. No a pak večer přišel lékař, který mi řekl taky nějaké informace. Ráno, tedy dneska, mi chtěli sestry a lékař všechno už sundat, ale ještě se jim nelíbilo to třísllo, že je tam boule, tak proto mám ještě ten pytel s pískem. Ale už je to volnější a můžu se alespoň otočit trochu na bok. A teď čekám, že každou chvíli už mi to sundají.“

V oblasti uspokojování potřeb pacient udává několik problémů. Pacient popisuje, že v noci nemohl vůbec spát, vadila mu vynucená poloha, teplota v pokoji a ještě ke všemu ho rozbolela záda. Říká: „To byla nejhorší noc v mém životě, ale co se dá dělat.“ Pacient se těší na dnešní noc, že se konečně vyspí. Den před výkonem uvádí, že také málo spal a dnes v noci vůbec. Dále potřeboval respondent pomoc při hygieně a to mu bylo nepříjemné, měl zvláštní pocit bezmoci. „To je tak blbej pocit když se nemůžete sám umýt, naštěstí jsou tady moc hodné sestřičky, které mi pomohly, ale musím říct, cítil jsem se trapně. Dneska ráno jsem mohl se umýt již v polosedě,“ zamýšlí se pacient a dále udává, že jiná překážka ho nepotkala v uspokojování potřeb.

Pacient si chválí sestry, že vždy, když k němu přišly něco dělat, tak se usmály a promluvíly. Cítil z chování sester radost a cítil se proto i lépe.

Pacient je spokojený po výkonu. Lékař respondenta informoval již během výkonu o úspěšnosti. Pacient popisuje atmosféru na sále jako skvělou, a proto cítí, že všechno bylo v pořádku. Pacient říká: „Na sále jsme si s lékařem zabroukali i nějakou písničku a cítil jsem, že jde vše dobře a ostatně i lékař mě v průběhu výkonu informoval, že to jde dobře a já měl tak pozitivní náladu.“

Nejhůře snesitelné po výkonu pro respondenta byla bolest v zádech. Pacient říká: „Již na sále jsem měl pocit strnutí zad a pak dnes v noci to bylo hrozné, ale jinak musím říct, že jsem více spokojen než nespokojen. Pár neduhů bylo, ale vím, že bez toho to nejde a k výkonu to prostě patří.“

Pacient uvádí, že je spokojený s přístupem sester a celého týmu. Jeho zkušenost předčila očekávání. Respondent od sester očekával ochotu, pomoc, vstřícnost a pozitivní vztah. Říká: „Ani jsem nevěřil, že sestřičky budou tak ochotné, vstřícné a milé.“

## **Pacient č. 2**

### **a) před výkonem**

Pacient je muž ve věku 62 let, kuřák, denně vykouří cca 20 cigaret. Nesportuje a je zaměstnán jako řidič.

Pacient udává, že fibrilace síní u něho byla diagnostikována v dubnu 2011. Říká: „Delší dobu jsem se necítil moc dobře, ale nic jsem s tím nedělal. Na jaře jsem dostal hroznou chřipku a musel jsem jít k doktorovi, abych dostal neschopenku, opravdu jsem měl hroznou chřipku. Můj obvodní lékař mi dal antibiotika. No, ale pak v noci se mi udělalo zle. Měl jsem jako když se mi srdce chce rozskočit a jde tak nepravidelně a bylo mi tak jako slabo. Manželka mi zavolala záchranku a oni mě odvezli do Jihlavy do nemocnice. Tam mi ráno udělali několik vyšetření a řekli mi, že mám fibrilaci síní a dali mi ten šok, tu kardioverzi a pustili mě domů. Měl jsme jít na kontrolu ke svému obvodnímu lékaři, ale zase mě to chytlo, to bušení a taková slabost. Můj obvodní lékař mě poslal do nemocnice a tam mě znovu vyšetřili a navrhli udělat znovu ten šok. Jenže to bylo zase neúspěšný, tak mi řekli, že je tady možnost tý ablace, ale že musím do Brna nebo do Budějovic. Já nevěděl, co a jak, tak jsem řekl lékařům, co by dělali oni, ať mi poradí. A jsem tady.“

Pacient si myslí, že má informací o výkonu dostatek od lékaře. Lékař mu popsal co bude dělat. Říká: „Jo, doktor v jihlavské nemocnici mi popsal, jako, že nervíky se mi plaší v srdci a tou ablací, že mi je v podstatě usměrní.“ Respondent udává, že komunikace se sestrami byla zatím jen tak rychle. Spíš to bylo ve formě rozkazu. Říká: „Sestry tady asi mají hodně práce, ještě se nezastavily. Tak na povídání ještě neměly čas, spíš mi vždy jen řekly, tady půjdete se sanitářem. Tak já šel. Teď ještě nesmíte nic

jíst a pít, tak já nejím a nepiju. Pak vás přijdu oholit, a tak čekám kdy přijde.“ Pacient doufá, že si někdo k němu sedne a všechno mu tak nějak v klidu vysvětlí.

Pacient popisuje činnosti sestry v den příjmu. Říká: „Když mě sanitka přivezla z Jihlavy, tak mě sanitářák dovedl sem na oddělení a tady se mě hned ujaly sestry. Sestra mě zavedla na pokoj a hned mi nabrala krev a napíchla tady tu hadičku (periferní žilní kanylu). Potom hned jsem šel na CT a pak hned na ECHO jícnu. Všechno tady jde jak po másle. Jsem tady v Budějovicích poprvé v nemocnici a je to tu všechno tak rychlé. Nejsem na to tak zvyklý. Teď mi zase sestra přišla dát ještě nějakou kapačku, jsou tu všichni v jednom kole. Jsou milé a hodné, ale pořád v poběhu.“

V oblasti potřeb respondent udává nespokojenost v oblasti příjmu tekutin. Říká: „Od rána jsem nic nepil a teď ještě po jícnovém ECHU nesmím dvě hodiny nic pít a jíst. Já to vydržím, ale je to docela nepříjemné. Dneska v noci jsem se moc dobře nevyspal, byla dost velká bouřka a já nemohl pak usnout. Tak uvidím večer jak budu spát, myslím, že první noc v nemocnici zase budu koukat do stropu. Navíc jsem dneska ještě nekouřil a to mi taky chybí. Doktoři mi to zakazují, ale co mám dělat?“

Pacient popisuje, že je v neznámém prostředí a necítí se moc dobře. Udává, že má i takový strach, ale vlastně ani neví z čeho. Říká: „Člověk jde do neznáma, tak má pocity všelijaký, ale zase svěřuju se odborníkům, kteří už něco mají za sebou tak chci věřit, že to bude všechno dobrý.“

Informace o režimu po výkonu zatím respondent nedostal. Neví, kdy po výkonu bude moci chodit. Pacient přiznává, že je velký kuřák a byl by zvědavý, kdy si bude moci zakouřit. Chtěl by být co nejrychleji zase doma a být aktivní.

Od sester a od všech očekává slušnost a férové jednání. Pacient doufá, že mu pomůžou.

## **b) po výkonu**

Pacient je 24 hodin po výkonu. Kompresivní obvaz třísla už nemá, ale ještě nechodil, pouze seděl. Je stále napojen na monitor a udává, že se cítí dobře.

Pacient udává, že informace o režimu po výkonu dostal na sále od sestry a zde na oddělení ještě znovu od sestry.

Na otázku, jestli pociťuje nějakou bolest odpověděl: „Teď už mě nic nebolí a je to dobrý, ale já mám vyhřezlé plotýnky a ležet na jednom místě, to pro mě bylo za trest. I když dole na sále mi dali něco proti bolesti a snášel jsem to nakonec dobře. Ale co mě bolelo a hodně nepříjemný pro mě bylo, to zauzlování třísel. Ty teplý trenýrky, co mi vykouzly sestry, bylo mi v tom horko a ještě mě to škrtilo.“

Při popisu činností, které u něho sestra vykonávala po příjezdu ze sálu na pokoj říká: „Já si to ani nepamatuju, musím přemýšlet. No měl jsem tu cévku na čůrání, sestra mě tady napojila na ty šňůry (na monitor) a přivázala mi nohy obvazem k posteli, abych nepokrčil nohy a neublížil si. Říkala mi, že by mi mohlo začít krvácet třísla a že to by nebylo jako moc dobrý. No a potom mi asi za dvě hodiny přinesla jídlo, na který jsem neměl ani pomyslení, byl jsem docela unavený a chtěl jsem spát. No a potom k večeru přišel pan doktor, kterej mi to zaváděl. No, mluvil tady se mnou a říkal, že všechno šlo dobře, tak snad to bude dobrý a pak mi vyndal se setrou ty hadičky z třísla. No, a pak mi asi deset minut mačkal třísla, aby mi to nekrvácelo. Jenomže pak přišlo to nejhorší. Sestry mě zauzlovaly do takovejch obvazů, pevně, ztuha a bylo mi v tom vedro. Fuj.“

V oblasti uspokojování potřeb respondent udává, že největší problém byl se spaním. Říká: „Dneska v noci jsem vůbec nemohl usnout, bylo mi horko a takový dusno, no a měli jsme tady zavřené okno a nikdo jsme ho nemohli otevřít, protože jsme všichni tady přivázaní. Potom přišla sestra a otevřela okna a nechala otevřeno i na chodbu, že se nám tady vzduch vyměnil. No, ale když bych jako usínal tak mě budilo tady bublání kyslíku, který má kolega vedle. Tak ta noc nestála za nic. Snad s ničím jiným jsem neměl problém. Najedl jsem se tak nějak v leže snadno a do pití mi sestra

dala tady to brčko, tak to šlo dobře. No, a umyl jsem se ráno, už v sedě, kdy mi sestra dala takovej plastovej lavor.“

Pacient si pochvaluje jak sestry dneska jsou milé a mají více času než včera. Respondent říká: „Dneska je všechno bez problémů, sestry jsou ochotný, všechno mi podstrčí až pod nos, snaží se mi všechno vysvětlvat. Jo, vůbec žádný problém nemám.“

Pacient se cítí dneska unavený, protože nespal celou noc, ale jinak se cítí dobře. Věří, že výkon proběhl v pořádku a bude brzy propuštěn domů.

Na otázku, co bylo nejhůře snesitelné, odpověděl takto: „Co bylo nejhůře snesitelné? No, že jsem si ještě nezapálil, už vlastně druhý den jsem nekouřil. No, pak asi zima na tom sále, úplně se mi klepaly nohy a nejen zimou, ale asi i strachem. Zima na sále byla hodně nepříjemná, nikomu jsem nic neříkal, ale nevím, proč tam byla taková zima. No, a dnešní noc byla taky hodně nepříjemná, ale už je to za mnou. Musím říct, že znovu už bych nechtěl jít.“

Pacient hodnotí přístup sester dobře. Před výkonem cítil, že sestry nemají moc času, ale teď po výkonu si pochvaluje a je spokojený s přístupem a poskytovanou péčí.

### **Pacient č. 3**

#### **a) Před výkonem**

Pacient č. 3 je žena ve věku 52 let a pracuje jako úřednice. Ráda jezdívá na kole, ale jen tak pro radost, nejezdí dlouhé tratě. Patientka udává, že fibrilace síní se poprvé objevila v roce 2007, kdy sama vyhledala lékaře. Měla pocit, že srdce klope jinak, než by mělo a cítila se velmi slabá a zadýchávala se a bylo jí špatně. Říká: „, Když jsem navštívila lékaře, tak mi natočili EKG a řekli mi, že to mám jak po infarktu a poslali mě do nemocnice. Tady v nemocnici jsem byla na několika vyšetření, včetně koronarografie, kde bylo všechno v pořádku. Propustili mě domů a dali mi s sebou

Holtera, kdy se vlastně měl zachytit nějaký ten problém. A potom mi tedy řekli, že se jedná o fibrilaci síní. Docela jsem se zalekla, co to je, a ještě jsem si informace vyhledala na internetu. Protože mi začala jako mrtvit ruka a v obličejí jsem měla takový pocit jako by trnutí. To jsem se pak i dočetla, že to může být jako k mrtvici, že nějak se může utrhnout ta usazenina.“ Pacientka udává, že hospitalizovaná pro fibrilaci síní je podruhé. O výkonu, který pacientka zítra podstoupí, ji informoval kardiolog v nemocnici v Jindřichově Hradci. Říká: „Pan doktor mi doporučil tuto léčbu, že už bych po výkonu nemusela užívat léky, a to jsem uvítala. Pan doktor mi i vysvětlil, že ty místa, kde vznikají ty fibrilace, zničí a pak už by to mělo být pořádku.“

Pacientka si myslí, že má informací dostatek. Informace jí poskytl lékař a sama si ještě informace vyhledala na internetu. Říká: „Koukala jsem na internetu, že je to poměrně nová a velmi účinná léčba, tak tomu věřím.“ Pacientka dále udává, že některým informacím moc nerozuměla, a proto poprosila o vysvětlení sestru a ta jí vysvětlila vše tak, že to pochopila. Říká: „Tady sestřičky na oddělení mi vysvětlily co je to jícnové ECHO, to jsem před tím nikdy neslyšela a dneska jsem na něj musela jít, ani jsem nevěděla proč tohle vyšetření je tak důležité. Sestřička tady i sestry u vyšetření byly moc příjemné. Samotné vyšetření teda bylo velmi nepříjemné, ale sestry mi to řekly a já čekala jen to nejhorší a pak to bylo nakonec jen nepříjemné, čekala jsem to daleko horší.“

Pacientka popisuje činnosti, které sestra vykonávala během dne takto: „Sestřička mě ráno uvítala a zavedla mě na pokoj, kde jsem si mohla vybrat postel, protože byl prázdný. Potom mi nabrala krev a napíchla mi kanylu, aby mě nemusela opakovaně píchat. Dala mi pak kapat nějakou infúzi, protože jsem nesměla nic jíst a pít kvůli vyšetření, které mě čekalo. Nevěděla jsem, co je to za vyšetření a poprosila jsem ji, zda mi může říct, o co jde. Byla ochotná a všechno mi popsala. Pak jsem teda byla na vyšetření a po vyšetření jsem se hned vrátila na pokoj. Sestra mi přišla říct, co mě zítra čeká a chtěla podepsat několik papírů. A teď jsem se konečně mohla napít a najíst po vyšetření.“

V oblasti biologických potřeb před výkonem pacientka neudává žádný problém.

Pacientka říká: „Teď před výkonem mám strach a obavy, protože když jsem byla na koronarografii a musela jsem potom ležet tak mi to bylo nepříjemné a teď budu muset ležet ještě dál, tak mám strach. V hlavě se mi docela i promítají obavy z těch všech komplikací, které mohou nastat. Nevím jak to zvládnou, budu muset. Kdyby se alespoň malinko ochladilo a nebylo takový horko, protože ležet a být zpotená, to nevím jak vydržím.“

Pacientka je poučená o režimu po výkonu. Říká: „Sestřičky tady na oddělení už mi říkaly, že potom budu muset 24 hodin ležet, a pak teda ještě podle komplikací, kdyby nastaly. Potom mi říkaly, že budu mít cévku na čůrání, aby se nemuselo na malou. A hlavně vydržet to ležení.“ Pacientka si myslí, že už má informací dostatek a teď už čeká na vlastní zážitek.

Pacientka očekává od sestřiček, že budou tak milé a ochotné i po výkonu jako jsou doposud, a když bude potřebovat pomoc, že tady budou a pomůžou jí. Pacientka si uvědomuje, že až bude muset po výkonu ležet, stane se nesoběstačnou a bude potřebovat asistenci úplně ke všemu, co běžně zvládne každý člověk sám.

## **b) po výkonu**

Pacientka je pět hodin po výkonu, napojena na monitor, dodržuje přísný klid na lůžku. Pacientka má v třísele zavedeny katétry a je seznámena s režimem, který musí dodržovat. Dolní končetiny má přivázány k lůžku a uvědomuje si nutnost dodržování přísného klidu na lůžku.

Pacientka udává, že informace o režimu získala na sále od lékaře i sestry a zde na oddělení má informace od sestry. Pacientka říká: „Hned jak jsem přijela ze sálu, tak mne tady sestřičky informovaly, že musím ležet pouze na zádech, nesmím se otáčet na bok. Taky mi říkaly, kdybych cítila v třísele nějakou bolest nebo měla pocit, že mám tříselo vlhké, tak abych jim to hned řekla. Prý se může stát, že to začne krvácet.“

Pacientka udává, že žádnou bolest po výkonu necítí, ale během výkonu bylo nepříjemné, když cítila takové „mravenčení“ v srdci. Pacientka říká: „Teď se cítím docela dobře, nic mě zatím nebolí, jen jsem malinko unavená.“

Činnosti sestry, které u pacientky byly provedeny po výkonu, popisuje pacientka takto: „Když jsem přijela ze sálu, tak mi sestra přivázala nohy, dala mi tady tu manžetu na měření tlaku, který se mi měří automaticky každou hodinu a řekla mi, že musím v klidu ležet a chodí teď průběžně kontrolovat ta třísla. Potom asi dvě a půl hodiny po výkonu mi přinesla sestra ohřátý oběd a konvici čaje. Tak už jsem se mohla najíst a napít. Teď před chvilkou mi nabírala krev, prý podle výsledků mi vyndají ty hadičky co mám v tříslu. Snad by to mělo být ještě dneska večer, nechtěla bych je mít přes noc. Budu mít alespoň lepší pocit, že mám o starost méně.“

Pacientka popisuje problémy v oblasti uspokojování biologických potřeb po výkonu. Už když přijela ze sálu měla velkou žízeň, ale nemohla se napít. Po dvou hodinách, když už se mohla napít, měla problém se napít v leže. Pacientka říká: „Sestra mi dala konvici s čajem a hrnek s brčkem, jenomže já jsem hraboš a celý hrnek jsem si vylila do postele. Naštěstí nebyl čaj horký, ještě jsem se měla opařit, k tomu všemu. Musela jsem tedy poprosit, zda by mi sestra vyměnila povlečení, které bylo prolité čajem. Teď už raději moc nepiju, abych zase něco nevyvedla. S jídlem to nebylo o moc lepší, jíst v leže neumím, a tak jsem tady měla nastláno z brambor.“ Další problémy popisuje pacientka v oblasti vyprazdňování takto: „Já jsem tak naučená, po jídle vždy musím na velkou stranu. Jenže vleže na mísu a ještě na pokoji, kde jsou dvě další pacientky, to je hrozný. No snažila jsem se to nejdřív nějakou dobu držet, ale byla jsem jak nafouklej míč a dělalo se mi až špatně. Musela jsem teda poprosit sestru o mísu. Když mi sestra mísu přinesla, tak já nemohla, a sestra musela mísu odnést. Za půl hodiny jsem znovu sestru poprosila o mísu. Bylo mi to trapné i vůči sestřičce, přece jí tady nemůžu tak honit, sem tam. Naštěstí už bylo s úspěchem pro mě a asi velkým neštěstím pro pacientky, které jsou tady se mnou na pokoji. Doufám, že už nebudu muset po druhý.“ Dále pacientka uvádí, že se cítí unavená, ale bojí se spát, aby se nějak prudce nepohnula a nezačalo jí tříslu krvácet. Pacientka se cítí opocená a je jí velké



teplo. „Já se hodně potím i když je chladno, a teď jak jsem v posteli a je vedro, je na mě všechno nalepený a já mám pocit, že jsem jak ve vlastní šťávě. Nejraději bych šla do sprchy, ale kdo ví, jestli půjdu zítra do sprchy. Musím to nějak přetrpět,“ uvádí pacientka.

Pacientka je velmi spokojená se sestrami. Říká: „Naštěstí jsou tady sestry moc hodné, jsem ráda, že je to tak. Já je tady dneska proháním a ony vždycky tak všechno vysvětlí a řeknou, že to nic není. Opravdu, vždycky když přijdou na pokoj, tak na nás promluví a jsou milé.“

Pacientka říká: „Snad bude všechno v pořádku a já nebudu muset užívat tolik léků. Věřím, že se nevyskytnou žádné komplikace, takhle se cítím dobře až na pár maličkostí, které souvisejí spíš s ležením a ne s výkonem. Moje pocity po výkonu jsou spíše pozitivní, nechci si připouštět nějaké komplikace, o kterých mě informovali před výkonem. Takovej ten strach, co jsem měla před výkonem, ten už opad, ale znovu bych opravdu už jít nechtěla.“

Na otázku, co je nejhůře snesitelné po výkonu pacientka odpovídá : „Tak zatím jsem chvíli tady na pokoji a už to bylo docela nesnesitelné. Problémy s pitím v posteli a problémy s velkou stranou, do toho to úmorné vedro. Nevím jestli ještě bude něco horšího. Z čeho mám největší strach je noc, ale snad to nějak přetrpím.“ Pacientka si, ale uvědomuje, že to k výkonu patří a je důležité, že se neobjevily a již neobjeví žádné komplikace.

Pacientka je nadmíru spokojená s přístupem sester a vždy, když je o něco poprosila, tak hned všechno udělaly a byly ochotné.

## **Pacient č. 4**

### **a) před výkonem**

Pacient č. 4 je muž ve věku 56 let, nekouří, rád jezdí na kole. Pracuje jako technik. Pacient udává, že fibrilace síní se u něho poprvé objevila v lednu 2011, kdy se necítil dobře a měl pocit, že mu srdce nějak přeskakuje. Již při menší námaze měl pocit slabosti a silného bušení srdce. Navštívil svou obvodní lékařku a ta ho odeslala na kardo vyšetření do nemocnice. Pacient uvádí: „Paní doktorka mi dala nějaké medikamenty na srdce a byl jsem propuštěn domů. Léky jsem užíval podle toho jak mi je paní doktorka naordinovala, ale asi po měsíci užívání se mi najednou v práci rozbušilo srdce, tak jsem se posadil. Jenže srdce bušilo a já se cítil hodně slabý. Kolegové mi zavolali záchranku. Ta mě odvezla do nemocnice v Prachaticích, kde jsem podstoupil znovu několik vyšetření a pan primář mi medikamenty změnil a informoval mě, že se jedná o fibrilaci síní. Známe se s panem primářem velmi dobře, tak mi to vysvětlil opravdu lidsky. Pan primář mě informoval i o této metodě, která by mohla odstranit fibrilaci síní a nemusel bych tudíž ani léky žádné užívat. To jsem docela uvítal. Pan primář mi zajistil tady v Budějovicích termín a zítra jdu na operaci.“

Pacient neví jestli má dostatek informací. Neví, na co by se mohl ptát, neví co se může všechno stát a má pocit, že je to lepší, když to neví. Říká: „Možná je lepší nevědět, kdybych si pak moc uvědomoval, co se může všechno přihodit, tak bych na žádnou operaci zítra nešel.“ V nemocnici v Českých Budějovicích je poprvé a připadá si jako „Alenka v říši divů“. Informace, které dostal od sestry, byly podle pacienta příliš stručné a direktivní. „Sestry vždycky jen přijdou, něco udělají, mezitím rychle na mě něco vychrlí a už zase jsou pryč. Dopoledne jsem byl na vyšetření a nikdo mi neřekl, co mě na vyšetření čeká. Prý jsem podepsal nějaký papír, ale já toho dneska už podepsal. Myslím, že mi sestry mohly říct, co mě to vlastně čeká, a v jakém časovém rozmezí,“ sděluje pacient.

Pacient popisuje činnosti sestry takto: „Když jsem ráno přišel, tak jsem byl na tom příjmu, kde jsem čekal asi deset minut, a pak mi paní doktorka udělala vstupní

prohlídku, nebo jak se to jmenuje a šel jsem na oddělení. Tady mě sestra posadila na chodbu, že musím počkat na postel. Jo, nemocnice je jiný svět a člověk se tady musí chovat jinak. Tak jsem čekal asi půl hodiny a pak mě teda sestra odvedla na pokoj a odešla. Tak jsem si vyndal věci a převlíknul jsem se. Pak přišla zase sestra, že musím na vyšetření, že se mnou půjde sanitář. Ten mě odvedl na CT a tam jsem potom asi půl hodiny zase čekal, pak jsem šel na to jícnové ECHO, které jsem nevěděl jak bude probíhat. Nakonec, netrvalo to tak dlouho, ale bylo hodně nepříjemný. Myslel jsem, že se takto vyšetřuje jenom břicho. Potom vyšetření mě zase sanitář dovedl na oddělení. Sestra mi potom přinesla jídlo a pití. Po jídle jsem byl docela unavený a myslel jsem, že usnu, ale zase přišla sestra a oholila mi třísla a hrudník, na zítra, a to asi bylo všechno,“ uvádí pacient.

Při otázkách týkajících se potřeb pacient říká: „Jídlo a pití mi nevadí, že jsem celý den neměl, já vydržím nejíst dva dny. Jediné co mi vadilo, že když jsem ráno čekal na pokoj, potřeboval jsem na malou a nevěděl jsem, kde jsou tady záchody a nechtěl jsem otravovat sestry. A na pokoj jsem čekal půl hodiny a to je dost, když potřebujete na záchod. A teď už se cítím docela unavený a pobolívá mě hlava, jsme v novém prostředí a ty vyšetření. Tak snad v noci si odpočinu, ale to zase bude nová postel a prostředí nemocnice, uvidím. Musí to být, jinak to asi nejde, tak to nějak zvládnou.“

Na pacientovi je na první pohled vidět, že má ze zítřka strach. Své pocity před výkonem popisuje slovy: „Jak jsem říkal, moc toho nevím, ale to dojde asi každému, že to zítra nebude žádný banální zákrok. Každá operace je spojená s mnoha riziky a možnými komplikacemi. Jen když si představím, že přes třísla se dostanou až k srdci, vždyť to je dálka a určitě náročná práce. Jo, bojím se, mám strach a nevím jak to mám zastavit. Úplně se mi třesou ruce a cítím zvláštní napětí a snad i ta hlava mě kvůli tomu bolí. Na druhou stranu se uklidňuji tím, že to budou dělat odborníci a už něco mají za sebou. Ne, ale stejně mám strach, opravdu. Mám strach nejen sám o sebe, ale i o to, že kdyby se léčba nějak protáhla a já dlouho marodil, tak bych možná ztratil i práci a kdo by pak živil rodinu, do důchodu mi ještě taky nějaký ten rok chybí.“

Pacient si myslí, že nemá žádné informace o tom, co bude moct po výkonu dělat. Říká: „Jen sestra mi řekla, že budu asi celou noc a den ležet a budu mít cévku na močení, ale to bylo jen tak stručně, nikdo mi neřekl detailněji proč a co budu muset dodržovat po výkonu. Dlouhodobě nic nevím, ale to se dozvím asi až po výkonu.“

Pacient uvádí, že od sester očekává větší ochotu, komunikativnost a pomoc. Říká: „Sestry jsou tady takové, že všechno rychle řeknou a už dělají něco jiného. Já jsem zvyklý, že každý odvede práci pečlivě. Je to na mě moc rychle i ty informace, které mi říkala o zítřku, tak mám z toho spíš guláš v hlavě. Já vím, ale asi tady mají hodně práce.“

## **b) po výkonu**

Pacient je 26 hodin po výkonu, napojen na monitor, dodržuje klid na lůžku, ale už chodil a byl ve sprše.

Pacient udává, že informace o režimu dostal již večer před výkonem, kdy poprosil sestru, aby mu detailněji popsala, co jej čeká. Dále dostal informace na sále od sestry, a potom ještě znovu od sestry zde na oddělení. Pacient udává, že dostal informace i od lékaře během samotného výkonu.

Na otázku, zda cítí nějakou bolest pacient říká: „Teď mě nic nebolí, spíš jsem takovej rozlámaném z toho neustálého ležení. Dneska už jsem byl ve sprše, tak jsem se prošel, ale teď jsem zase napojený ještě na monitor a musím ležet. Během výkonu jsem bolest cítil, přestože jsem měl nějaké léky, které měly být proti bolesti. Velmi nepříjemné to bylo, když to v tom srdci lékař vypaloval. Upozornil mě, že to bude nepříjemné a opravdu to tak bylo.“ Po výkonu, když pacient dodržoval přísný klid na lůžku, necítil žádnou bolest.

Pacient popisuje činnosti, které u něho sestra vykonávala po příjezdu ze sálu takto: „Tak dělala všechno, co bylo třeba, dělala činnosti, které měla předepsané od lékaře. Byl jsem připoutaný k posteli a nemohl jsem chodit, tak mi sestra přinesla jídlo a jedl jsem v posteli, potom mi asi dvakrát přinesla pití a pak už mi ho nosil tady kolega,

pacient. Občas se přišla podívat, jestli něco nepotřebuji a zkontrolovat třísla a zase odešla. Potom přišel pan doktor a vyndal mi ty kanyly z třísla a sestry mi udělaly takový silný tlakový obvaz, který chodily kontrolovat.“ Pacient popisuje činnosti sestry tak, jako by nebyl úplně spokojený.

V oblasti uspokojování potřeb si pacient uvědomuje několik nedostatků. Největší problémy udává v oblasti uspokojování potřeb odpočinku a spánku. Pacient říká: „Vůbec jsem nemohl spát, chtěl jsem od sestry nějaký prášek na spaní, ale ten jsem nemohl prý dostat. Vadila mi poloha na zádech, ve kterých mě bolelo. Bylo mi nepříjemné horko a kolega dost chrápal. Potom jsem k ránu malinko usnul, jenže to už zase tady na oddělení začal být hluk. Teď jsem spal asi hodinu. Snad se dneska v noci drobet vyspím.“ Další oblast potřeb, kde pacient udává nedostatky, je příjem potravy a tekutin. Pacient říká: „Jíst v leže je lepší nejíst. Což jídlo, to jsem teda nějak vydržel a potřeboval jsem pít. Sestra mi dala tady to brčko, ale když se máte napít v leže, tak to brčko se zalomí a stejně to tak neteče. Tak jsem pil bez brčka, ale vždycky jsem se malinko polil. Tak jsem opravdu pil jen málo.“ V jiných oblastech potřeb pacient neudává žádné nedostatky.

Komunikaci se sestrami pacient nehodnotí moc dobře. Říká: „Sestry mluví jen když musí mi něco říct. Taková ta lidská komunikace mi chyběla. Ony se usmějou, ale nepřipadá mi to tak upřímné. Já bych si rád s nimi popovídal, ale není na to čas. Vždycky mi jen něco nadiktují, co mám udělat a to je všechno.“

Pocity po výkonu popisuje pacient slovy: „Jo, tak je konečně po a teď už snad nějaké závažné komplikace nenastanou. Doufám, že mě zítra maximálně pozítří pustí domů. Byl tady ráno lékař, který mi řekl informace, které byly vesměs pozitivní, tak uvidíme.“

Nejhůře snesitelné po výkonu bylo a je, pro pacienta, únava. Pacient říká: „Jsem unavený, ale nemůžu spát. Je to asi změnou prostředí, zásahem do organismu a pořád takovým podvědomím strachem. Co kdyby náhodou se začalo něco dít.“

Pacient udává, že je v podstatě spokojený s přístupem sester, ale očekává větší komunikativnost. Uznává, že práce odvedená sestrami je pečlivá.

## **Pacient č. 5**

### **a) před výkonem**

Pacient č. 5 je žena ve věku 80 let, důchodkyně. Pacientka udává, že fibrilace síní u ní byla poprvé diagnostikována před dvěmi lety, kdy byla na operaci se žlučníkem. Pacientka říká: „Po operaci, když mi natočili srdíčko, tak se jim něco nezdálo a poslali mě na důkladnější vyšetření. Měla jsem pak domů i Holtera a musela jsem si zapisovat činnosti, které jsem dělala. Paní doktorka mi naordinovala nějaké léky a ty jsem užívala. Vloni na podzim se mi udělalo špatně, cítila jsem přeskakování srdce a těžko se mi dýchalo, dcera mi zavolala záchranku a ty mě odvezli do nemocnice. V nemocnici jsem byla na intenzívce a tam mi paní doktorka vyměnila nějaké léky. A potom, když už jsem byla doma, tak mně pan doktor z Krumlovské nemocnice řekl, že bych měla jít tady na tu operaci.“

Pacientka si myslí, že teď už má dostatek informací. Uvádí, že lékař v Krumlově jí jen řekl, že přes třísla se pomocí speciální hadice srdce vyléčí. Tady teď v nemocnici dostala informovaný souhlas, který si přečetla a podepsala. Říká: „Jsem ráda, že mi to sestra dala přečíst, tady jsem se dočetla o co vlastně jde, a jakým způsobem budou lékaři postupovat. Jsou tam napsány i možné komplikace, které mohou nastat, ale těch já se nebojím.“

Pacientka popisuje činnosti sester, které vykonaly od příjmu až doposud takto: „Sestry jsou zde hodné, přivedly mě na pokoj, řekly mi, co se bude všechno dneska ještě dít, potom jsem byla v tunelu, tam byla taky tak moc hodná sestra. Potom mi musela jedna sestra nabrat krev, ale já mám hrozný žíly. Píchla mě třikrát, než se jí to povedlo, ale na to jsem zvyklá, s mými žíly. Potom jsem byla na vyšetření srdce, přes tu hadici do krku, ale na to jsem taky zvyklá, chodívám na vyšetření žaludku, to pro mě nebylo

nic nového. Před chvilkou mi sestřička přinesla oběd a už jsem se mohla napít. Oběd jsem slupla, jako když jsem nejedla týden, už jsem měla velký hlad. Měla jsem přijít nalačno, a tak já už od včera od poledne nic nejedla. A to je zatím asi tak všechno, co sestra tady dneska u mě dělala. Slíbila mi, že ještě přijde oholit mi třísla, před zítřkem.“

Pacientka, udává, že měla velký hlad. Od včera od poledne už nic nejedla, protože jí řekli, že má přijít nalačno a ona se bála něco jíst. Dneska byla celý den po vyšetřeních a jedla první jídlo až ve čtyři hodiny. Jiné oblasti potřeb jsou zajištěny dobře a neudává žádné nedostatky.

Pacientka udává, že se na výkon těší a žádný strach nemá. Říká: „Proč bych měla mít nějaký strach, přece se svěřuju do rukou odborníků.“

Pacientka udává, že informace o režimu, který bude muset dodržovat po výkonu nemá a ani jí nezajímají. Říká: „, Já už byla v nemocnici tolikrát a už jsem dostala tolik informací. Zítra budu dělat to, co mi řeknou. Asi to nebude nic příjemného, ale to k nemocnici patří.“

Pacientka od sester očekává, že ji vždy řeknou, co kdy a jak má dělat, a dokážou jí pomoci, když bude pomoc potřebovat.

## **b) po výkonu**

Pacientka je 25 hodin po výkonu, napojená na monitor a dodržuje klid na lůžku. Ráno již chodila. Třísla má již volná.

Pacientka říká: „Informace o tom, jak dlouho budu ležet, mi řekl lékař na sále a potom ještě sestra tady na oddělení.“

Na otázku, zda cítí nějakou bolest, pacientka odpovídá: „Né, nic mě nebolí a cítím se velice dobře. Během výkonu mě taky nic nebolelo a teď když jsem musela ležet, tak jsem malinko cítila záda, ale to nestojí ani za řeč.“

Činnosti sestry, které byly provedeny u pacientky po výkonu, popisuje pacientka takto: „Sestry jsou tady opravdu milé, jsem ráda, že tady byly, nevím jak bych to bez nich zvládla. Sestry dělaly vždy všechno tak jemně a byly ochotné. Když jsem přijela ze sálu, tak mě napojily na monitor a daly mi k ruce zvoneček, kdybych něco potřebovala. Vždycky když jsem zazvonila, hned sestra přišla a pomohla mi se vším, co jsem potřebovala.“

Pacientka popisuje problémy, které měla po výkonu. Říká: „Asi největší problém u mě je ta stolice. Já mám problém s vyprazdňováním normálně a teď v leže to je velký problém pro mě. Potřebovala jsem na velkou stranu, zrovna když mi sestry udělaly takové ty kalhotky z obvazu. Musela jsem na mísu a já se tak styděla a ještě teď se stydím, ale nemůžu nic dělat.“ Další problémy pacientka udává v oblasti odpočinku a spánku. Říká: „Já už jsem starší člověk a když nespím dva dny, tak jsem hodně unavená.“ Další problémy pacientka v souvislosti s výkonem neudává.

Pacientka je nadmíru spokojená s přístupem sester, nyní před nimi cítí stud, ale sestry pacientku vždy povzbudí, že to nic není. Říká: „Vždycky když přijdou a něco u mě dělají tak mi říkají proč to dělají, a tak to myslím má být.“

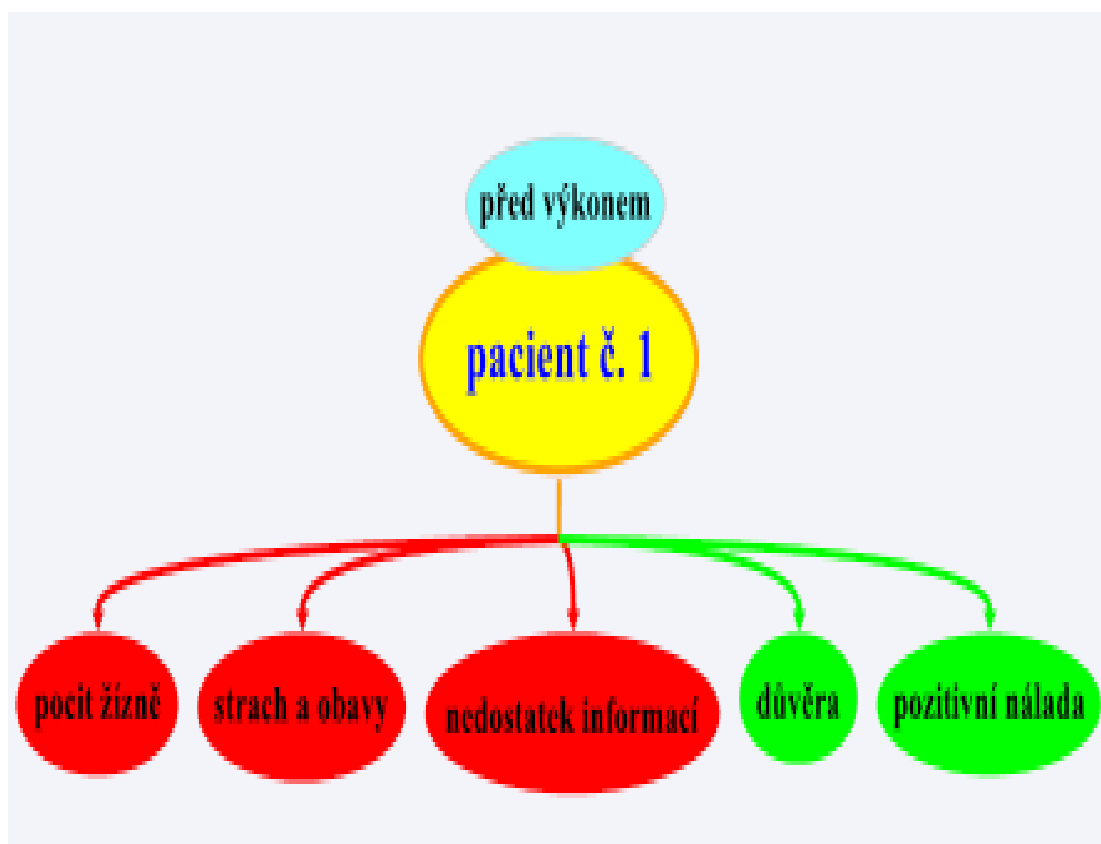
Pocity po výkonu má pacientka dobré, cítí se dobře a těší se, že půjde brzy domů. Lékař pacientku informoval, že průběh výkonu byl dobrý, tak má z toho radost.

Nejhůře snesitelné pro pacientku po výkonu byl a je stud, který má v důsledku vyprazdňování.

Pacientka uvádí, že je velmi spokojená se sestrami a to co očekává od sester tak opravdu je.

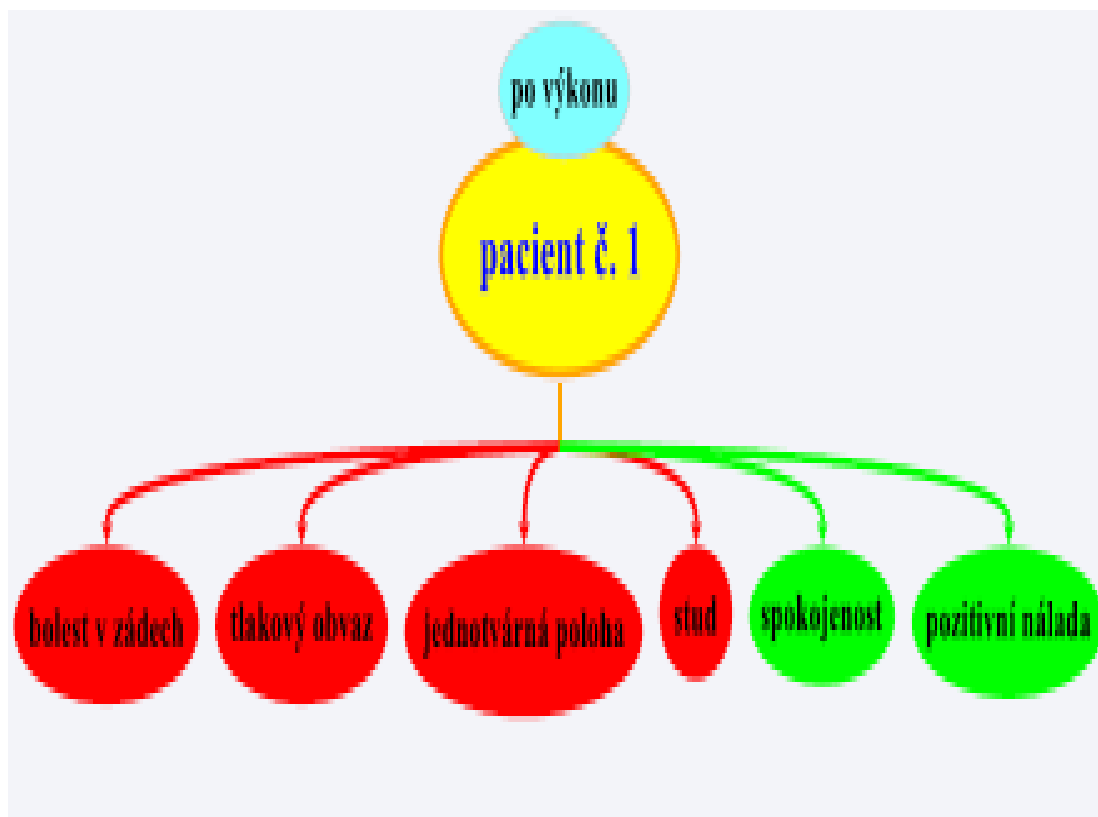


Myšlenková mapa 1.: **Pacient č. 1 před výkonem**



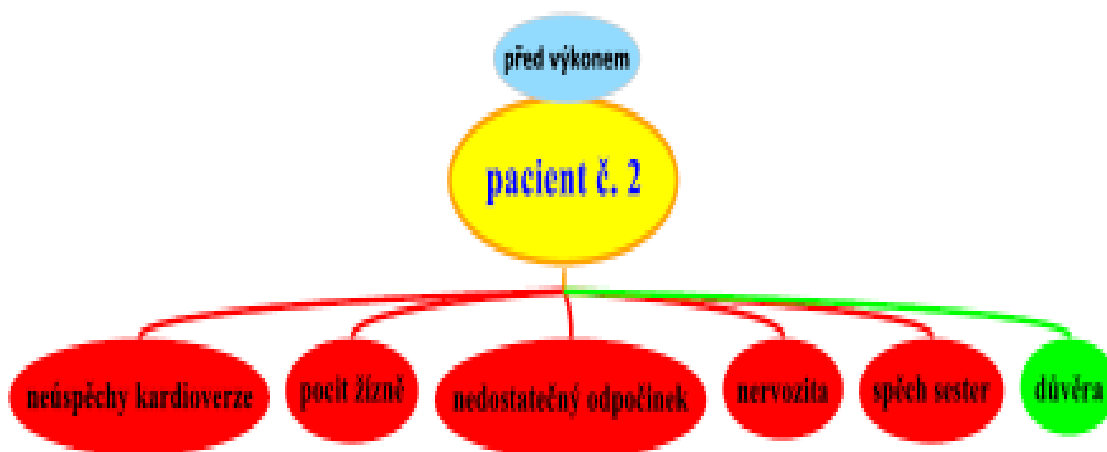
V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal před výkonem. Zeleně jsou označeny pozitiva, která pacienta doprovázela před výkonem.

Myšlenková mapa 2.: **Pacient č. 1 po výkonu**



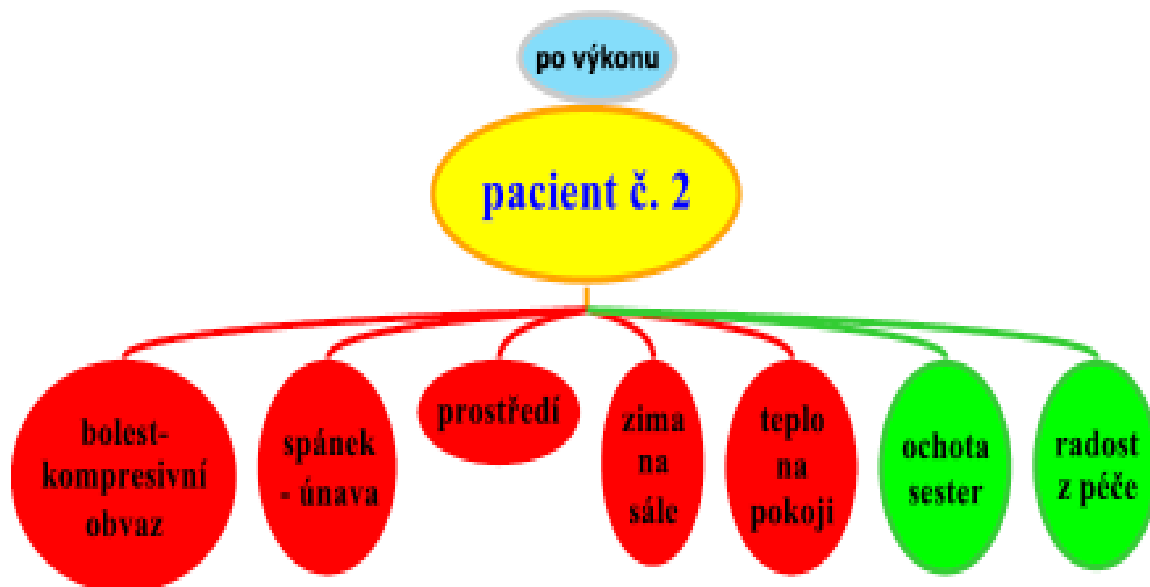
V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal po výkonu. Zeleně jsou označeny pozitiva, která pacienta doprovázela po výkonu.

### Myšlenková mapa 3.: **Pacient č. 2 před výkonem**



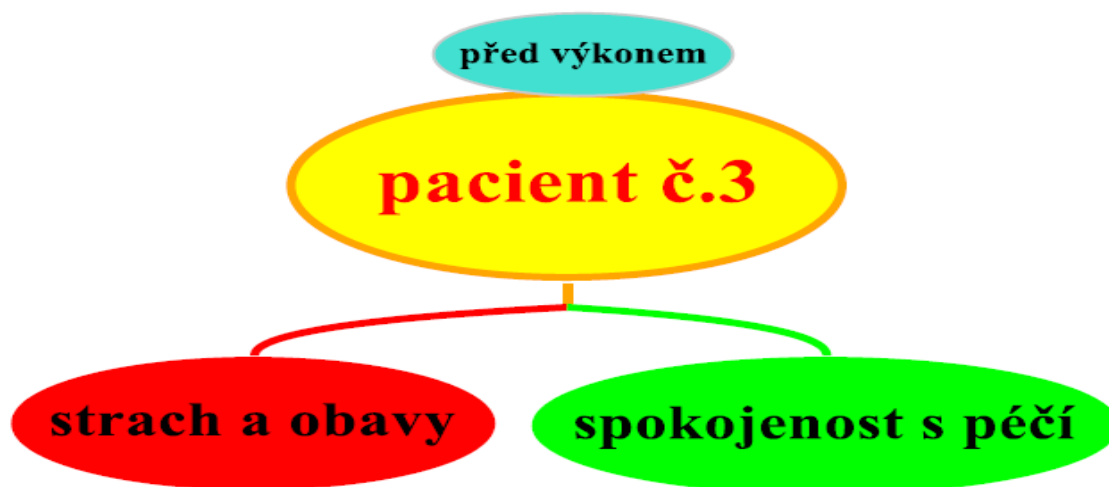
V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal před výkonem. Zeleně jsou označeny pozitiva, která pacienta doprovázela před výkonem.

Myšlenková mapa 4.: **Pacient č. 2 před výkonem**



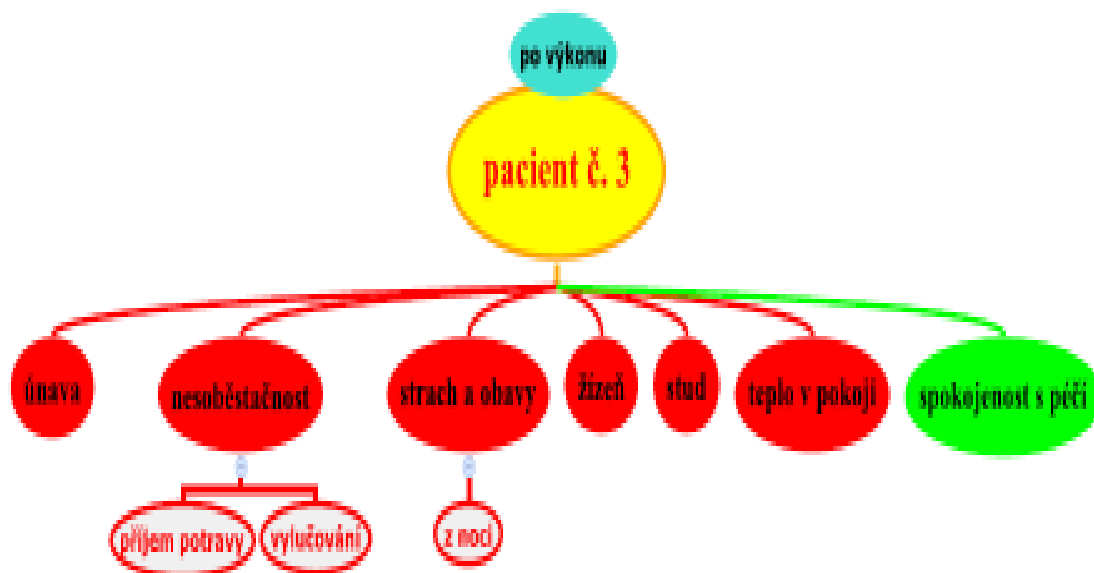
V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal po výkonu. Zeleně jsou označeny pozitiva, která pacienta doprovázela po výkonu.

Myšlenková mapa 5.: **Pacient č. 3 před výkonem**



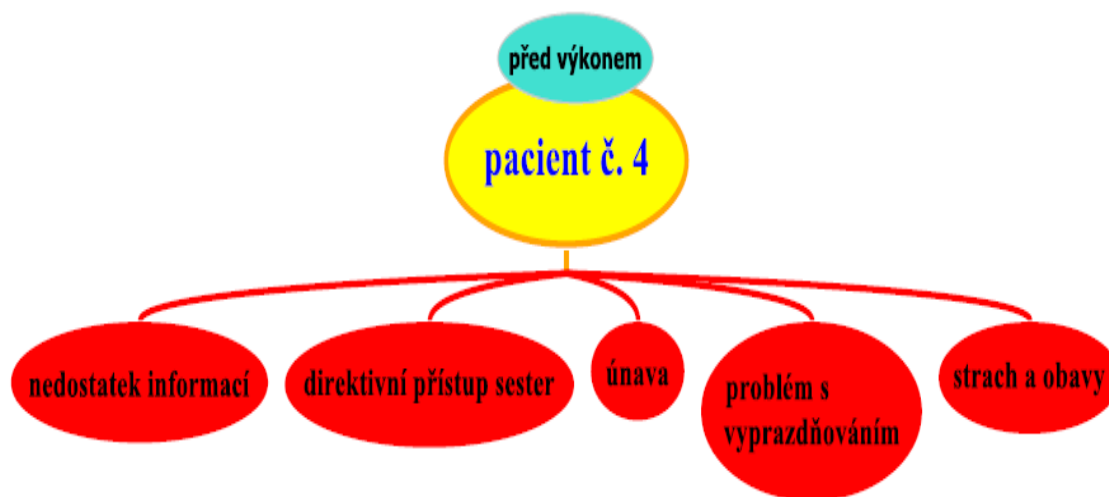
V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal před výkonem. Zeleně jsou označeny pozitiva, která pacienta doprovázela před výkonem.

Myšlenková mapa 6.: **Pacient č. 3 po výkonu**



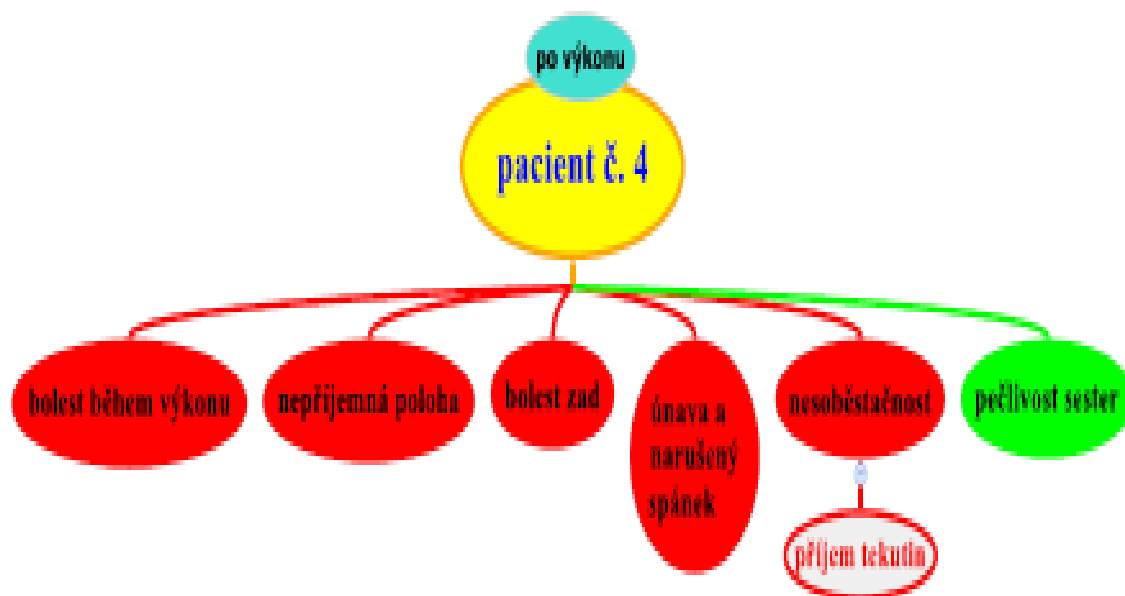
V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal po výkonu. Zeleně jsou označeny pozitiva, která pacienta doprovázela po výkonu.

Myšlenková mapa 7.: **Pacient č. 4 před výkonem**



V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal před výkonem.

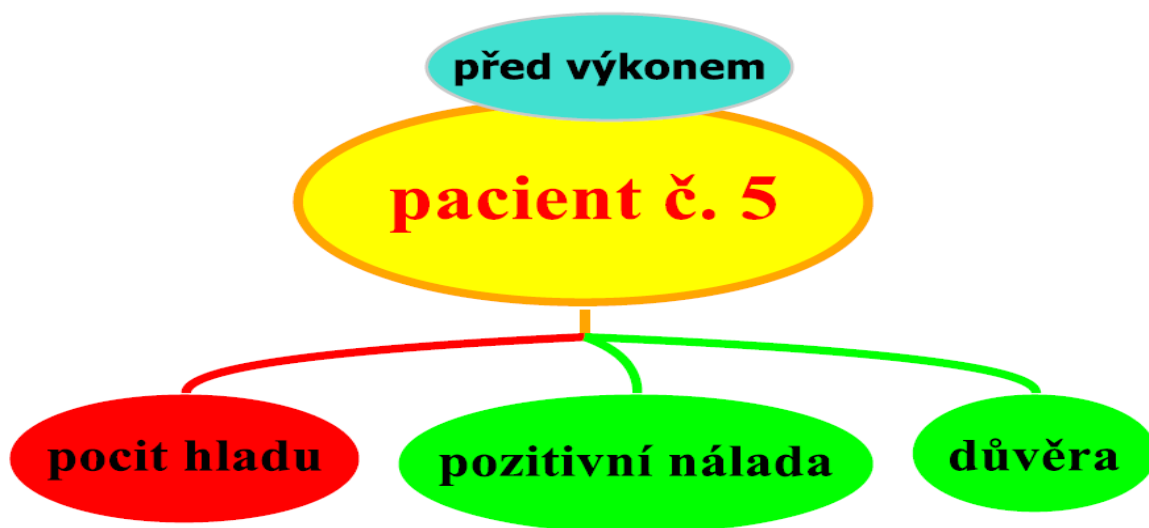
Myšlenková mapa 8.: **Pacient č. 4 po výkonu**



V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal po výkonu. Zeleně jsou označeny pozitiva, která pacienta doprovázela po výkonu.

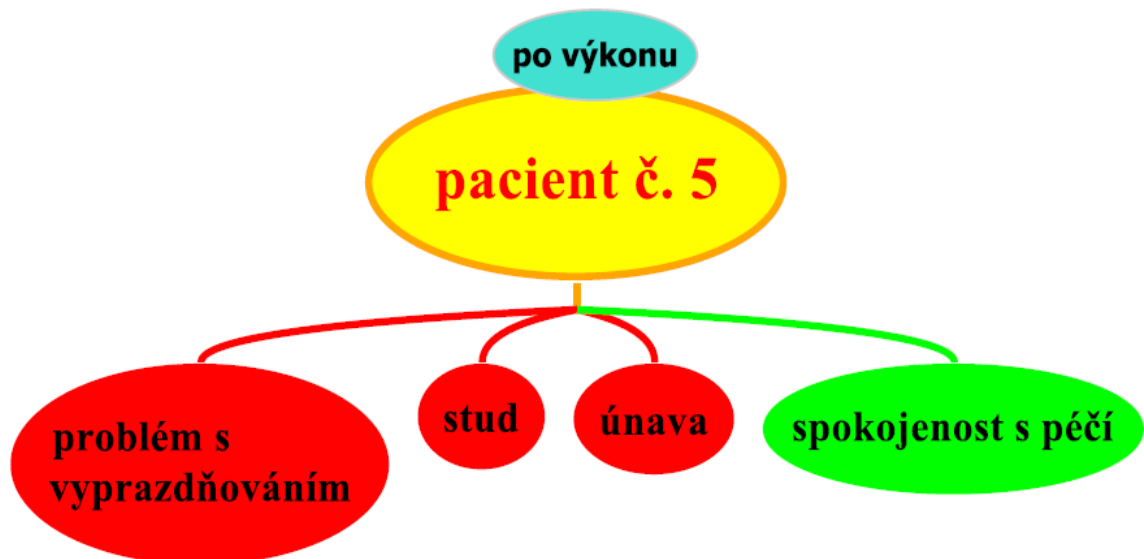


Myšlenková mapa 9.: **Pacient č. 5 před výkonem**



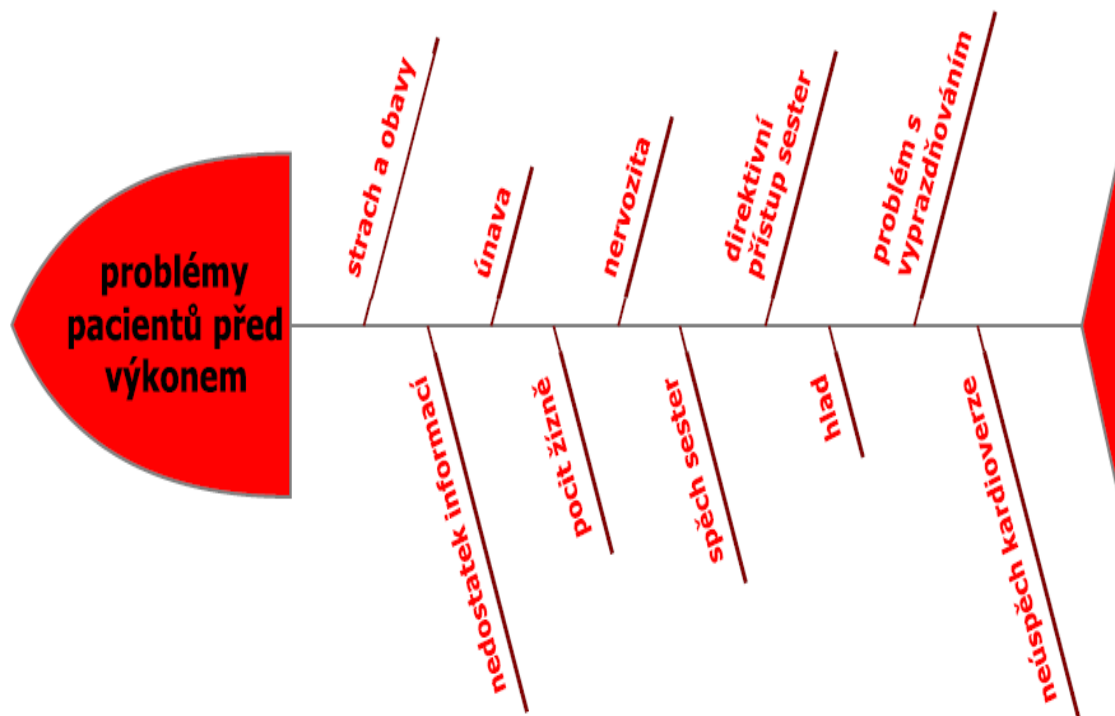
V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal před výkonem. Zeleně jsou označeny pozitiva, která pacienta doprovázela před výkonem.

Myšlenková mapa 10.: **Pacient č. 5 po výkonu**



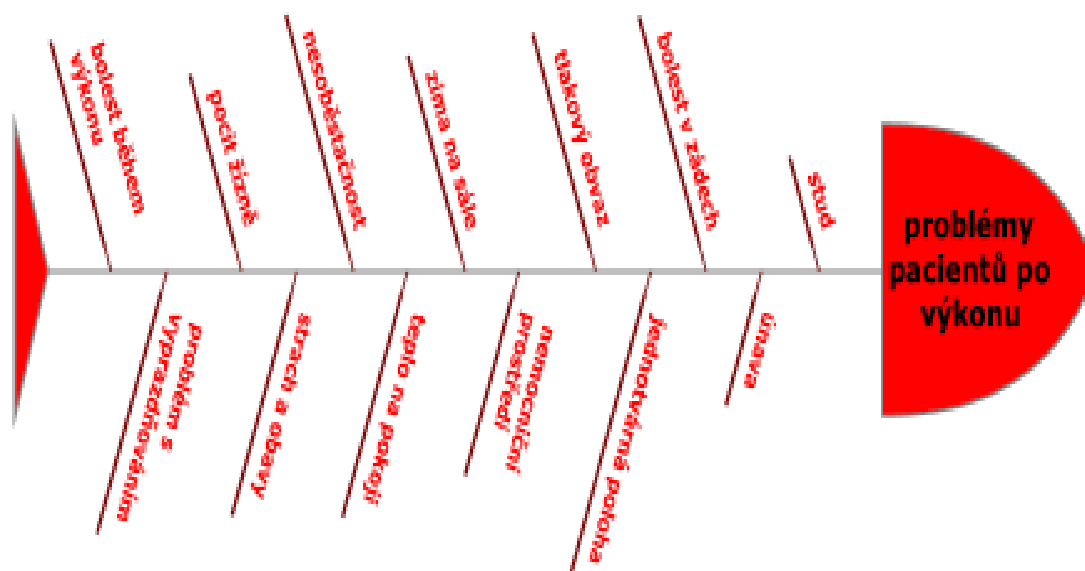
V myšlenkové mapě jsou červeně znázorněny problémy pacienta, se kterými se setkal po výkonu. Zeleně jsou označeny pozitiva, která pacienta doprovázela po výkonu.

Myšlenková mapa 11.: **Problémy pacientů před výkonem**



V myšlenkové mapě jsou znázorněny problémy všech dotazovaných pacientů, které se vyskytly před výkonem.

## Myšlenková mapa 12: Problémy pacientů po výkonu



V myšlenkové mapě jsou znázorněny problémy všech dotazovaných pacientů, které se vyskytly po výkonu.

## 4. 2 Přepis rozhovorů se sestrami

Přepisy byly zpracovány na základě rozhovorů, které proběhly u jednotlivých sester pracujících na kardiologickém oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích.

### Sestra č. 1

Sestra č. 1 má praxi 7 let, pracuje na kardiologickém oddělení kardio IMP v Českých Budějovicích. Je bakalář ošetrovatelství.

Sestra uvádí, že pacienty před výkonem informuje ústně a řídí se dle informovaného souhlasu. Sestra říká: „Informuji pacienta dle informovaného souhlasu, ale tam je jen stručný popis ošetrovatelské péče, a proto ještě pacienty upozorňuji na věci, které jsou ve standardu ošetrovatelské péče a týkají se péče o pacienta před výkonem a po výkonu.“ Sestra by byla ráda, kdyby byla vytvořená brožura, kterou by si pacient před výkonem mohl přečíst a sestra by pacientovi informace ještě zopakovala ústně. Sestra dodává, že i pro sestry by brožura byla velkým přínosem a to proto, že by měly při edukaci pacienta osnovu, podle které by se mohly řídit. Sestra říká: „Edukace pacienta by byla podle něčeho, takhle dáváme pacientovi informace a možná, že to vyzní jako páté přes deváté. Nevím, ale myslím si, že by byla dobrá brožura.“

Sestra uvádí, že pacienty před výkonem informují o režimu, který budou dodržovat po výkonu. Sestra sděluje: „Informace se snažím rozdělit do průběhu dne, abych pacienta nezahltila velkým množstvím informací hned při příjmu. Snažím se ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Někomu musím informace neustále opakovat a někomu opravdu stačí jednou říct a už ví. Informuji v klidu a snad i důsledně. Vždy dávám pacientovi možnost, aby se kdykoliv zeptal na věci, které jsou mu nejasné.“ Sestra udává, že metodu zpětné vazby využívá.

Sestra popisuje přípravu pacienta před výkonem takto: „Pacient přichází většinou v ranních hodinách, kolem osmé hodiny. Pacienta přivítám a odvedu ho na pokoj a seznámím ho s ostatními pacienty. Ukážu pacientovi jeho lůžko, kde je WC a sprcha. Pacient se převleče do pyžama a já mezitím připravím dokumentaci, zajistím CT

a jícnové ECHO a potom provedu náběry dle ordinace lékaře a aplikuji kanylu. Než pacient odchází na jícnové ECHO, ujišťuji se, zda je pacient lačný. Po návratu z vyšetření je nutné, aby ještě pacient dvě hodiny nic nejedl a nepil. Pacientovi dále dám kapat infúzní roztok, dle ordinace lékaře, aby měl dostatek tekutin. Dále před výkonem je nutné vyholit třísla a u mužů holíme i hrudník. Na nás je pak zpracování dokumentace. Večer před výkonem pacientky cévkujeme a pacienty cévkuje lékař.“

Sestra popisuje specifika ošetrovatelské péče o pacienta v oblasti hygienické péče před výkonem takto: „S hygienickou péčí souvisí i vyholení třísel a po oholení edukuji pacienty, aby provedli sprchu. Ženy je nutné poučit, aby neměly nalakované nehty a nepoužívaly žádná líčidla v den výkonu. Dále pacienty informuji o nutnosti sundání veškerých šperků.“

Specifika ošetrovatelské péče o pacienta v oblasti příjmu potravy a tekutin před výkonem sestra popisuje tak, že pacienti jsou den před výkonem téměř půl dne lační z důvodu vyšetření. Sestra říká: „Pacienti musí být lační a nesmí přijímat žádné tekutiny kvůli vyšetření, a proto pacientům lékaři naordinují infúzní roztoky, nejčastěji Plasmalyte. Po návratu z vyšetření se pacient za dvě hodiny může najíst a napít. Od půlnoci až do výkonu nesmí nic jíst, pít a kouřit. Pokud pacient užívá nějaké léky, tak po domluvě s lékařem je možné léky zapít douškem vody. Mezitím informuji pacienta, že po výkonu bude opět dvě hodiny lačný.“

Na otázku, jak hodnotí spolupráci s pacienty před výkonem, sestra odpovídá: „Tak jak kdy, ale spíš jsou pacienti poslušní. Řekla bych, že spíš ti mladší bývají neposlušní, chodí kouřit. A další problém, který vytváří negativní postoj pacientů, je že musí dlouho čekat třeba na CT, na ECHU.“

Sestra popisuje péči o pacienta po výkonu takto: „Pacient přijíždí a má již natočené EKG. Pacientovi upravím polohu na zádech, upravím polštář a domluví se na vhodné přikrývce. Dolní končetiny fixuji k pelesti lůžka, aby pacient nekrčil nohy a nezačalo třísla krváčet, nebo aby si nevytáhl katétry. Dále napojím pacienta na monitor a nastavím tlaky a pulzy po hodině. Pacient je dvě hodiny po výkonu lačný. Dále měřím

příjem a výdej tekutin. Průběžně kontroluji třísla, zda neprosakuje krev. Pacient má infúzní léčbu, dle ordinace lékaře. Dle ordinace lékaře nabírám krev na APTT a dle výsledků lékař vytahuje katétry. My sestry potom provedeme kompresivní obvaz třísel. Dále je ještě nutné zhodnotit, zda pacient netrpí nějakou bolestí a jestli ano, tak dle ordinace lékaře aplikuji léky.“

Sestra uvádí specifika komunikace s pacientem po výkonu takto: „Pacienti po výkonu jsou unavení, protože během výkonu jsou v analgosedaci a ta ještě tady na oddělení doznívá. Na pacienty se snažím mluvit pomalu a v klidu. Pacienti jsou nesoběstační, tak jim dám k ruce signalizační zařízení a upozorním je, že kdyby něco potřebovali, tak aby zazvonili. Jinak se snažím opět přistupovat ke každému individuálně a s každým komunikovat tak, aby měl dostatek informací.“

Sestra uvádí, že sebezpečí pacienta je velmi omezená a veškerou péči přebírá sestra. Sestra říká: „Jsou to soběstační lidé, kteří jsou najednou odkázáni na pomoc druhých. Snažím se přistupovat k pacientovi co nejšetrněji a snažím se s ním domlouvat na nejlepší péči. Uvědomuji si, že zasahuji pacientům do jejich intimních činností, a proto se snažím být co nejohleduplnější.“ Sestra dále popisuje, že sebezpečí úzce souvisí s psychikou pacienta a někteří pacienti, pokud se stanou nesoběstační jen na krátkou chvíli, jsou velmi psychicky deprimováni a nespolupracují s ošetrovatelským personálem.

Specifika ošetrovatelské péče v oblasti hygieny popisuje sestra slovy: „Pacienti jsou nesoběstační, a proto hygienu v prvních hodinách zajišťujeme my sestry na lůžku. Hygiena souvisí i s výměnou ložního prádla. Pacienti se potí, při pití v leže si kolikrát polijí celou postel, a proto je nutné vyměnit veškeré prádlo i několikrát za den, či noc.“

Sestra uvádí specifika ošetrovatelské péče v oblasti příjmu potravy tekutin po výkonu. Říká: „Pacienti jsou po výkonu dvě hodiny lační. Po dvou hodinách ohřeji pacientovi oběd a donesu mu pití. Co je možná pro pacienty nepříjemné, najíst se v leže, na lůžku. Jsou pacienti, kteří raději nejí do doby než se můžou posadit. Jinak apelujeme,

aby pacient vypil denně minimálně dva litry tekutin Jiná specifika v oblasti výživy nejsou.“

Sestra popisuje péči o místa po invazivních vstupech takto: „Kontroluji třísla, zda neprosakují obvazy. Vždy ještě poprosím pacienta, aby si občas sáhl na obvaz jestli není vlhký a pokud ano, tak aby nás ihned informoval. Po odstranění kanylu z třísla je nutné vytvořit kompresivní obvaz, který se odstraňuje dle výsledků krve, případných komplikací a ordinace lékaře.“ Dále sestra popisuje péči o periferní žilní kanylu, permanentní močový katétr a pokud má pacient zavedenou kanylu v arteria radialis tak péči o ní. Sestra udává, že se řídí standardy ošetrovatelské péče, které souvisí s péčí o tyto invazivní vstupy.

Na otázku jak by sestra ohodnotila spolupráci s pacienty po výkonu, říká: „Neměla jsem zatím žádný problém, že by pacienti nedodrželi režim po výkonu. Jsou třeba otrávení a protivní, ale vždy všechno dodrží, protože mají o sebe strach.“

Podle sestry mají největší problémy v oblasti sebepéče. Dále sestra udává, že mají problémy s komfortem lůžka, kdy si pacienti stěžují na bolesti zad.

## **Sestra č. 2**

Sestra č. 2 praxi 7 let, pracuje na kardiologickém oddělení kardio IMP v Českých Budějovicích. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu.

Sestra uvádí, že pacienty před výkonem informuje ústně. Říká: „Informuji pacienty ústně podle péče jak na sebe navazuje. Nejdřív pacienty seznámím co je bude během dne čekat a pak při jednotlivých výkonech dál informuji pacienta, proč to tak je. Myslím si, že když pacient přichází na výkon, měl by alespoň mít zkrácené informace od svého lékaře, který jej na výkon poslal. Stává se velmi často, že pacienti přijdou a vůbec neví, co se bude dít.“ Zda by sestra uvítala informační brožuru odpovídá:



„Nemyslím si, že by to pacienti četli. Jen málo kdo. Myslím si, že informace, které pacientům říkáme jsou pro ně lépe srozumitelné, než by byly v nějaký knížečce.“

Sestra uvádí, že určitě poskytuje pacientům informace, o režimu po výkonu, ještě před výkonem. Říká: „Pacienty informuji většinou během dne a po kouskách. Nemůžu říct, že každého informuji třikrát. Někdo potřebuje informace slyšet ode mě třikrát a pak ještě třikrát od jiné sestry, ale to prostě tak je. Asi bych nebyla jiná.“ Sestra dále popisuje, že při komunikaci s pacientem se snaží mluvit, tak, aby jí rozuměl. Snaží se nepoužívat odborné termíny, které jsou pro pacienty cizí. Dále sestra uvádí, že při komunikaci s pacientem mluví dostatečně nahlas a klidně. Zda využívá sestra zpětné vazby odpovídá: „Asi jo, většinou se zeptám, jestli rozuměli všem informacím, které jsem jim řekla a pokud ne, snažím se to vysvětlit jinými slovy.“

Sestra popisuje přípravu pacienta před výkonem takto: „Pacient přichází na oddělení v dopoledních hodinách a v odpoledních hodinách musí absolvovat ještě vyšetření CT a jícnové ECHO, kdy pacient musí být lačný a mít podepsané informované souhlasy s vyšetřením. My, sestry, si mezitím uděláme dokumentaci. Když se pacient vrátí z vyšetření, tak ještě nesmí nic jíst, po dobu dvou hodin od vyšetření. Dále příprava spočívá v oholení třísel a hrudníku. Dále plníme ordinace lékaře a komunikujeme s pacientem. Předáváme pacientovi informace ohledně výkonu.“

Specifika ošetrovatelské péče v oblasti hygieny před výkonem popisuje sestra takto: „Den před výkonem je nutné pacienty poučit o důkladné hygieně celého těla. Dále pacienty poučím, aby neměli žádné řetízky, náušnice, hodinky, náramky, prstýnky. Ženy nesmí mít gelové nehty a nalakované nehty. Do hygieny určitě patří i oholení třísel a hrudníku, které provádí sestra.“

Sestra popisuje specifika ošetrovatelské péče v oblasti příjmu potravin a tekutin před výkonem slovy: „Pacienti musí být po dobu vyšetření lační a po vyšetření ještě dvě hodiny. Po dvou hodinách od vyšetření dostanou ohřátý oběd a pití. Je nutné upozornit pacienty, aby dostatečně pili, protože od půlnoci nesmí nic jíst a pít.“ Dále sestra uvádí, že pacienti mají infúze dle ordinace lékaře.

Sestra hodnotí spolupráci s pacienty před výkonem jako dobrou. Uvádí pouze nespokojenost pacientů s dlouhým čekáním na vyšetření a tím i dlouhou dobu bez tekutin, zejména v letních měsících. Dále sestra uvádí, že pacienti jsou nervózní a mají strach před výkonem, a proto jim některé informace musí několikrát opakovat.

Péče o pacienta po výkonu dle sestry spočívá v monitoraci krevního tlaku, pulzu, celkového stavu pacienta. Říká: „Pacienta nám ze sálu přivezou vleže, my musíme pacienta napojit na monitor, kde nastavíme měření tlaku a pulzu po hodině. Poučíme pacienta, že musí dodržovat klid na lůžku, upozorníme pacienta, aby si kontroloval třísko, zda mu neprosakuje krev. Poučíme ho, kdyby se necítil jakýmkoliv způsobem dobře, aby nás ihned informoval. K ruce mu dáme zvoneček. U nás na oddělení je zvyk, po výkonu pacientům připoutat dolní končetiny k pelesti obinadlem, aby nekrčili nohy a nenastaly komplikace. Potom už je opravdu jen monitorace pacienta a pomoc, protože jsou nesoběstační.“

Sestra uvádí specifika komunikace s pacientem po výkonu stejným způsobem jako před výkonem. Říká: „Po výkonu jsou akorát pacienti unavení, protože na sále dostávají léky na zklidnění. Komunikace tak po výkonu musí být klidná a srozumitelná.“

Sestra říká: „V oblasti sebedpěče jsou nám většinou pacienti hodně vděční. Po výkonu jsou prakticky 24 hodin a více úplně nesoběstační. Specifika jsou u každého pacienta jiná. Někdo chce pomoc jen málo a někdo naopak. Snažíme se zajistit, ale co nejvyšší komfort ve všech oblastech péče.“

Oblast hygieny po výkonu je podle sestry nedostatečná. Říká: „Myslím si, že to je opravdu oblast, která je náročná pro nás sestry i pro samotné pacienty. Pacienti na lůžku musí jít v leže, většinou mají něco politého, nastláno z drobečků a do toho všeho musí na velkou stranu. Pacienti jsou opocení. My sestry se proto snažíme lůžkoviny měnit i několikrát denně, pokud jich máme dostatek, ale to nebývá pravidlem. Naštěstí pacienti jsou nepohybliví v lůžku pouze 12-24 hodin, ale i tak je to velký problém.“

V oblasti příjmu potravin a tekutin po výkonu podle sestry nejsou žádná specifika. Říká: „Pacienti po výkonu nesmí nic jíst a pít po dobu dvou hodin. Potom již mohou přijímat stravu a tekutiny, podle toho jak jsou zvyklí.“

Nejdůležitější místo po invazivním vstupu je podle sestry třísla. Sestra popisuje péči o třísla takto: „Kontrola třísla je hned od příjezdu ze sálu, kdy kontrolujeme, zda je třísla klidné a nekrvácí. Po odstranění kanyl provádíme kompresivní obvaz, který nesmí škrtnit pacienta a musí být pevný v tříslu. Po odstranění kompresivního obvazu, kontrolujeme třísla, zda je klidné, bez otoků a hematomů. Veškeré komplikace řeší lékař.“ Dále sestra pečuje o další invazivní vstupy, dle standardů.

Spolupráci by sestra ohodnotila dobře. Největším problémem jsou kuřáci, kteří po výkonu a po odstranění obvazů a následně po odpojení od monitoru odchází kouřit.

Sestra vidí největší problém v uspokojování potřeb pacientů, protože po výkonu mají problém, si dojít na velkou stranu. Říká: „Někdo se stydí požádat sestru o mísu, někomu vadí, že jsou na pokoji ostatní pacienti, někdo má problém vykonat potřebu v leže, ale vesměs skoro každý pacient má problém s velkou stranou.“

### **Sestra č. 3**

Sestra č. 3 má praxi 3 roky, pracuje na kardiologickém oddělení kardio IMP v Českých Budějovicích. Specializační vzdělání žádné nemá.

Sestra uvádí, před výkonem informuje pacienty ústně, dle informovaného souhlasu. Říká: „Hlavní informace pacientovi poskytuje lékař a já pak už jen informuji o ošetrovatelské péči.“ Sestra uvádí, že je jí jedno, zda by byla vytvořená informační brožura, myslí si, že by ji pacienti stejně nečetli. Dále sestra uvádí, že by informační brožura byla dobrou osnovou pro ni, při edukování pacienta o režimu ošetrovatelské péče.

Sestra na otázku, zda edukuje pacienty o režimu, který budou dodržovat po výkonu odpovídá: „Ano, samozřejmě.“ Dále sestra uvádí, že informace pacient dostává na víckrát od sester. Říká: „Informace o režimu po výkonu dostane pacient od denní sestry a pak ještě od sestry z noční směny. Myslím, že pacienti mají dostatek informací. A pokud pacienti nemají dostatek informací, tak mají vždy možnost se zeptat.“ Zpětnou vazbu sestra využívá. Sestra uvádí, že při komunikaci s pacientem před výkonem mluví klidně a tak, aby jí pacient rozuměl.

Sestra popisuje přípravu pacienta před výkonem takto: „Pacienti přichází z domova na plánovaný výkon v ranních hodinách. Pacienta uložím na pokoj. Před ablací mají vyšetření CT a ECHO, na tyto vyšetření musí být pacient lačný. Založím u pacienta dokumentaci, zajistím a objednáám vyšetření. Potom napíchnu pacientovi kanylu a odeberu náběry, dle ordinace lékaře. Při náběrech pacienta seznámím s denním programem, popíšu mu, co ho čeká. Potom mu nechám informované souhlasy, aby si je přečetl a podepsal. Když se pacient vrátí ze všech vyšetření tak ho poučím, aby ještě dvě hodiny nic nejedl a nepil, protože po jícnovém ECHU mají znečitlivěný krk, tak aby neaspirovali. Pak už pacient odpočívá před výkonem. Většinou má napojenou infúzi, dle ordinace lékaře. Večer je nutné ještě pacientovi vyholit třísla a u mužů ještě hrudník.“

Specifika ošetrovatelské péče v oblasti hygienické péče před výkonem sestra uvádí, že žádná specifika nejsou. Říká: „Nic zvláštního není, pacienti večer jdou do sprchy po oholení třísel. Jako před každým výkonem je nutné poučit ženy, aby neměly nalakované nehty. A potom ráno, aby se nemalovaly.“

Specifika ošetrovatelské péče v oblasti příjmu potravy a tekutin před výkonem sestra popisuje takto: „Nejsou žádná specifika. Jen před vyšetřením a po vyšetření dvě hodiny musí být pacient lačný, potom už může jíst co chce. A jako před každým výkonem od půlnoci nic nejí, nepije a nesmí kouřit.“

Spolupráci s pacienty před výkonem sestra hodnotí slovy: „Jak kdo, někdy jsou pacienti mrzutí a otrávení. Kolikrát je to pořád dokola. Opakovat, opakovat a stejně si to

pacient udělá po svém. A někteří pacienti jsou naopak plní optimismu a těm stačí říct a všechno je v pohodě. Nejhorší jsou kuřáci, kteří chodí kouřit.“

Sestra popisuje péči o pacienta po výkonu a říká: „Pacienta přivezou vleže ze sálu a tady je nutné pacienta napojit na monitor, kde nastavím měření tlaku a pulsu po hodině. Potom přivážu nohy pacienta k posteli, aby je nekrčili, kdyby náhodou usnuli. Průběžně chodím kontrolovat třísla a celkový stav pacienta. Dám kapat infúzi, dle ordinace lékaře, sbíráme příjem a výdej tekutin. Po výkonu pacient nesmí ještě nic jíst a pít po dobu dvou hodin. Potom podle protokolu ze sálu nabírám krev na APTT a podle toho pak lékař vytahuje katétry z třísla. Po vytažení je nutné udělat kompresivní obvaz třísel. Dobu ležení určí lékař, dle ředění krve a podle toho, jestli mají pacienti napíchlou arteria radialis nebo ne. Pokud mají radiálku, mají klid na lůžku 12 hodin a když ne, tak leží 24 hodin.“

Sestra uvádí specifika komunikace s pacientem po výkonu takto: „Komunikuji s pacienty tak, aby mi rozuměli a spolupracovali. Bývají po výkonu dost unavení a starší pacienti někdy i zmatení. Zase platí pravidlo opakovat a opakovat.“

Sestra popisuje specifika sebekpěče po výkonu a říká: „Sebekpěče žádná není, pacienti jsou úplně nesoběstační, a proto veškeré činnosti za pacienty děláme my sestry. Pacienti mají z toho pocity méněcennosti, a proto naše péče musí být ohleduplná. Na druhou stranu jsou i pacienti, kterým to dělá vyloženě radost, že se o ně někdo stará.“

Specifika ošetrovatelské péče v oblasti hygieny popisuje sestra takto: „Hygiena probíhá na lůžku, kdy pacientovi dám umyvadlo s vodou a pomůžu mu se umýt. Avšak prvních 12 hodin je hygiena velmi náročná pro pacienta i pro nás sestry, protože pacient nesmí sedět a nesmí se otáčet na lůžku.“

Specifika příjmu potravy a tekutin sestra popisuje takto: „Nic zvláštního není, pacient nesmí jen po výkonu nic jíst a pít pouze dvě hodiny a potom může jíst co chce, jen u toho musí ležet a spousta lidí moc jíst v leže nechce.“

Sestra popisuje péči o invazivní vstupy po výkonu takto: „Po výkonu je nejdůležitější sledovat tříslo pacienta, nejdříve sledujeme uložení katétrů a po odstranění, zda tříslo nekrvácí. Po odstranění komprese sledujeme veškeré změny, někdy se tvoří hematomy, boule a to je nutné hlásit lékaři. Také se už stalo, že tříslo zarudnou a vytvoří se zánět, který ošetřujeme dle ordinací lékaře. Další péče o invazivní vstupy není specifická, postupujeme dle standardů ošetrovatelské péče.“

Na otázku, jak by sestra ohodnotila spolupráci s pacienty po výkonu, odpovídá: „Jak s kým, ale ve většině případů nemám žádné problémy. Já když pacienty edukuji o režimu tak je malinko víc postraším, víc než je nutné. Myslím si, že pacienti pak jsou k sobě opatrnější a opravdu dodržují režim, který dodržovat mají. Uvědomí si, co opravdu se může stát.“

Sestra uvádí, že největší problémy po výkonu mají pacienti v oblasti hygieny, když se nemůžou pořádně umýt a jsou zpocení.

#### **Sestra č. 4**

Sestra č. 4 má praxi 6 let, pracuje na kardiologickém oddělení kardio IMP v Českých Budějovicích. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu a žádné specializační vzdělání.

Sestra informuje pacienta před výkonem podle informovaného souhlasu, který vytvořili lékaři. Sestra říká: „Nejvíce informací o výkonu dostává pacient od lékařů. Já poskytuji pacientům jen informace, které se týkají ošetrovatelské péče.“ Dále sestra uvádí, že informační brožura nic neřeší. Sestra je názoru, že pacienti by ji nečetli a ona se řídí při edukování pacienta podle informovaného souhlasu a standardů ošetrovatelské péče

Sestra uvádí, že pacienty před výkonem informuje o režimu, který musí dodržovat po výkonu. Sestra říká : „Ano, pacienty informuji již před výkonem, protože

po výkonu musí dodržovat přísný klid na lůžku po dobu 24 hodin, ale snažím se pacienty seznámit s celým režimem po výkonu. Při příjmu pacient podepisuje několik informovaných souhlasů. Nechám pacienta nejdříve pročíst informace v souhlasu a pak se snažím vypíchnout informace, které se týkají ošetrovatelské péče. Je pravda, že v souhlasu není moc ošetrovatelské péče, a proto se snažím informace doplnit ústně a řídím se podle činností, které vykonávám u pacientů.“ Sestra dále uvádí, že komunikace s každým pacientem je individuální, ale pravidla jsou stejná. Mluvit v klidu, srozumitelně, a tak, aby to pacient pochopil. Sestra uvádí, že zpětnou vazbu při komunikaci s pacienty využívá.

Sestra popisuje přípravu pacienta před výkonem takto: „Většinou pacienti přicházejí dopoledne. Dopoledne většinou pacienti projdou i vyšetřeními, které jsou nutná doplnit před výkonem. Zpravidla je to vyšetření krve, dle ordinace lékaře, CT a jícnové ECHO. Vyšetření CT a ECHO objednáváme telefonicky, my sestry, z oddělení. Než pacienta odešleme na vyšetření, ujistím se, zda je pacient lačný a má podepsané informované souhlasy. Po návratu z vyšetření má zpravidla pacient naordinovanou infúzi od lékaře a ještě dvě hodiny po výkonu nic nejí a nepije. Potom je ještě nutné pacienta před výkonem oholit v tříselech a na hrudníku. Mezitím je také nutné veškeré činnosti zaznamenávat do dokumentace. Večer před výkonem pacienta cévkujeme, ženy cévkujeme my sestry a muže cévkují lékaři.“ Sestra dále uvádí, že je nutný odpočinek před výkonem, a proto pacienty před výkonem ukládá na klidnější pokoj.

V oblasti hygieny před výkonem sestra popisuje několik specifíků. Sestra říká: „Pacienty je nutné poučit o důkladné hygieně celého těla. Večer před výkonem holíme třísla a mužům také hrudník. Po oholení je nutná sprcha. Ženy edukuji o nutnosti odstranění umělých nehtů a laku. Dále pacienty poučím, že v den výkonu nesmí mít žádné šperky. V den výkonu, ráno, doporučuji pacientům sprchu, protože po výkonu musí 12-24 hodin ležet a nedostanou se do sprchy. Znovu je poučím, že nesmí mít žádné šperky. Pokud mají zubní protézu, je nutné, aby ji vyndali. Ženy nesmí být před výkonem nalíčeny.“

Sestra popisuje specifika ošetrovatelské péče v oblasti příjmu potravy a tekutin před výkonem takto: „ Před výkonem není předepsané žádné omezení, ale snažím se pacienty upozornit, že není vhodné jíst velké množství zeleniny a ovoce, aby neměli problémy s častým vyprazdňováním. Dále se snažím pacienty informovat o důležitosti příjmu tekutin.“

Sestra hodnotí spolupráci s pacienty před výkonem dobře. Říká: „Samozřejmě, že se někdy vyskytnou pacienti, kteří jsou naprosto se vším nespokojení, ale to prostě tak je. Většina pacientů je však spíše spokojená s péčí a dobře s námi spolupracuje.“

Sestra popisuje péči o pacienta po výkonu takto: „Po návratu pacienta z elektrofyzilogického sálu je nejdůležitější monitorace pacienta. Pacienta ihned napojím na monitor, nastavím měření tlaku a pulzu po hodině. Dále je nesmírně důležitá monitorace třísla. Snažím se pacienta poučit, aby mě ihned informoval, kdyby cítil nějakou slabost či měl pocit, že má obvaz v třísle mokvý. Vždy dám pacientovi k lůžku zvoneček, kterým přivolá pomoc. Dále pacienta poučím, že dvě hodiny ještě nesmí nic jíst a pít. Snažím se pacientovi vytvořit co největší pohodlí na lůžku, natřesu polštář, vypnu co nejvíc prostěradlo, aby neležel na záhybech a domluví se s pacientem na příkrývce, zda mu není velké teplo nebo zima. Průběžně chodím pacienta kontrolovat. Po výkonu, dle protokolu, nabírám krev na APTT, podle kterého lékař určí vytažení katétrů. Po odstranění katétrů z třísla je nutné pacientovi zavázat třísla kompresivním obvazem. Kompresivní obvaz se odstraní dle ordinace lékaře. Během přísného klidu na lůžku se snažím pacientovi zajistit co největší komfort.“

Specifika komunikace s pacientem po výkonu sestra uvádí tyto: „Po výkonu s pacienty je důležité komunikovat pomalu, vždy všechno vysvětlit. Je několik kategorií pacientů - někteří jsou po výkonu mrzutí, a ani moc nechtějí komunikovat. Další kategorie lidí je, že chtějí pořád s někým mluvit, aby jim ležení rychleji uteklo. Někteří pacienti mají strach nás sestry o něco poprosit a někteří jsou rádi, když se o ně staráme. Myslím si, že každá sestra by měla umět komunikovat s každým pacientem tak, aby v závěru byl spokojen pacient, ale i ta sestra.“



Sebepéče pacienta je po výkonu velmi omezena a sestra popisuje pomoc v oblasti sebepéče takto: „Pacienti jsou nesoběstační, téměř ve všech nejdůležitějších činnostech. Pacient je připoután na lůžko, nesmí se posadit, nesmí krčit nohy, nesmí se otáčet na bok a leží v ne příliš pohodlné poloze na zádech. Snažím se pacientovi zajistit co nejvyšší pohodlí a zajistit všechny jeho potřeby. Pomoc nejčastěji pacienti potřebují v oblasti hygieny a vyprazdňování.“

Specifika ošetrovatelské péče v oblasti příjmu potravy a tekutin po výkonu sestra uvádí, že žádná speciální omezení nejsou. Popisuje, že pacient nesmí po výkonu dvě hodiny nic jíst a pít. Dále sestra uvádí, že se snaží informovat pacienty o nutnosti příjmu tekutin.

Sestra popisuje péči o invazivní vstupy po výkonu takto: „Nejdůležitější a specifickou ránou po výkonu je třísla. Třísla monitorujeme od přivezení pacienta ze sálu až do propuštění do domácího prostředí. Nejdříve sledujeme, zda neprosakují obvazy a po odstranění kompresivního obvazu je nutná kontrola třísla, zda nekrvácí, zda se nevytváří příliš velké hematomy, zarudnutí či otoky.“

Sestra hodnotí spolupráci s pacienty po výkonu stejným způsobem jako před výkonem. Sestra říká: „Možná po výkonu pacienti spolupracují lépe než před výkonem. Před výkonem jsou soběstační a někdy si víc dovolí. Po výkonu, když jsou odkázáni na pomoc sestry, tak jsou pacienti pokornější a spolupráce je tak dobrá.“

Podle sestry mají pacienti největší problémy v oblasti vyprazdňování. Dalším velkým problémem podle sestry je poloha na zádech, kdy si pacienti stěžují na nepříjemné bolesti zad.

## **Sestra č. 5**

Sestra č. 5 má praxi 4 roky, pracuje na kardiologickém oddělení kardio IMP v Českých Budějovicích. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu a žádnou specializaci nemá.

Sestra informuje pacienty před výkonem ústě a uvádí, že informační brožuru by uvítala. Říká: „Myslím si, že by to bylo fajn mít nějakou informační brožuru. Teď se řídím podle informovaného souhlasu, ale tam jsou informace, které má pacientovi poskytnout lékař. Informace, co pacienta čeká během dne, tam nejsou. Myslím si, že pacient by si mohl brožuru pročíst a pak by se doptal sestřiček. U pacientů, kteří by neměli zájem brožuru číst, by byla brožura pro nás sestry takovou berličkou při edukování pacienta.“

Sestra uvádí, že informuje pacienty o režimu, který je nutný dodržovat po výkonu. Říká: „Informuji pacienta během celého dne, co bude po výkonu mít za režim. Občas máme tady dost fofr a informace jsou pro pacienta možná nedostačující. Je ale pravda, že pacient má informace od denní sestry a pak ještě od sestry z noční.“ Sestra uvádí, že se každému snaží poskytnout co nejsrozumitelnější informace. Sestra dále popisuje, že informuje pacienta většinou, když u pacienta dělá nějaký ošetrovatelský úkon například holí třísla. Metodu zpětné vazby sestra využívá.

Sestra popisuje přípravu pacienta před výkonem takto: „Příprava pacienta spočívá v doplnění vyšetření před výkonem a přípravě operačního pole. Pacient je přijímám na oddělení, kde mu nabereme krev a objednáme vyšetření CT a ECHO. CT a ECHO je zpravidla v dopoledních hodinách, protože pacient před vyšetřením musí být lačný. Když se vrátí z vyšetření, je také ještě dvě hodiny lačný. K večeru pacientovi oholím třísla a hrudník. A to je celá příprava pacienta.“

Sestra udává, že specifika ošetrovatelské péče v oblasti hygieny před výkonem nejsou žádná. Říká: „V oblasti hygieny před výkonem žádná specifika nejsou. Pacientovi pouze oholím třísla a hrudník.“

Sestra udává, že v oblasti příjmu potravy a tekutin žádná specifika nejsou. Říká: „Jediné specifikum je, že před vyšetřením a dvě hodiny po vyšetření musí být pacienti nalačno. Jinak můžou jíst co chtějí.“

Na otázku, jak sestra hodnotí spolupráci s pacienty před výkonem, sestra odpovídá: „Většinou je spolupráce s pacienty dobrá. Příprava před výkonem nevyžaduje nějakou zvláštní spolupráci s pacientem.“

Sestra popisuje péči o pacienta po výkonu takto: „Pacient je po výkonu napojený na monitor a musí dodržovat klid na lůžku, v leže na zádech. Monitorujeme příjem a výdej tekutin u pacienta, sledujeme tříslo, provádíme odběry krve na APTT dle protokolu a průběžně kontrolujeme celkový stav pacienta. Pokud pacient něco potřebuje, tak má u ruky zvoneček, kterým si přivolá pomoc. Dále plníme ordinace lékaře.“

Sestra uvádí, že specifika komunikace u pacienta po výkonu jsou individuální. Říká: „Pacienti dostávají na sále uklidňující léky a po výkonu většinou jsou unavení. Spoustu věcí se jim tak musí opakovat. S každým se musí mluvit jinak.“

Sestra uvádí, že sebezpečí pacienta není. Sestra říká: „Pacient je 12 – 24 hodin po výkonu nesoběstačný. Na veškeré činnosti pacient potřebuje úplnou nebo částečnou dopomoc.“

Specifika ošetrovatelské péče po výkonu v oblasti hygieny uvádí sestra tyto: „Jak jsem již říkala, pacient musí dodržovat přísný klid v leže na zádech. Hygienu vykonává pouze za pomoci sestry. Po odstranění kompresivního obvazu už pacient většinou může do sprchy.“

V oblasti příjmu potravin sestra neuvádí specifika ošetrovatelské péče.

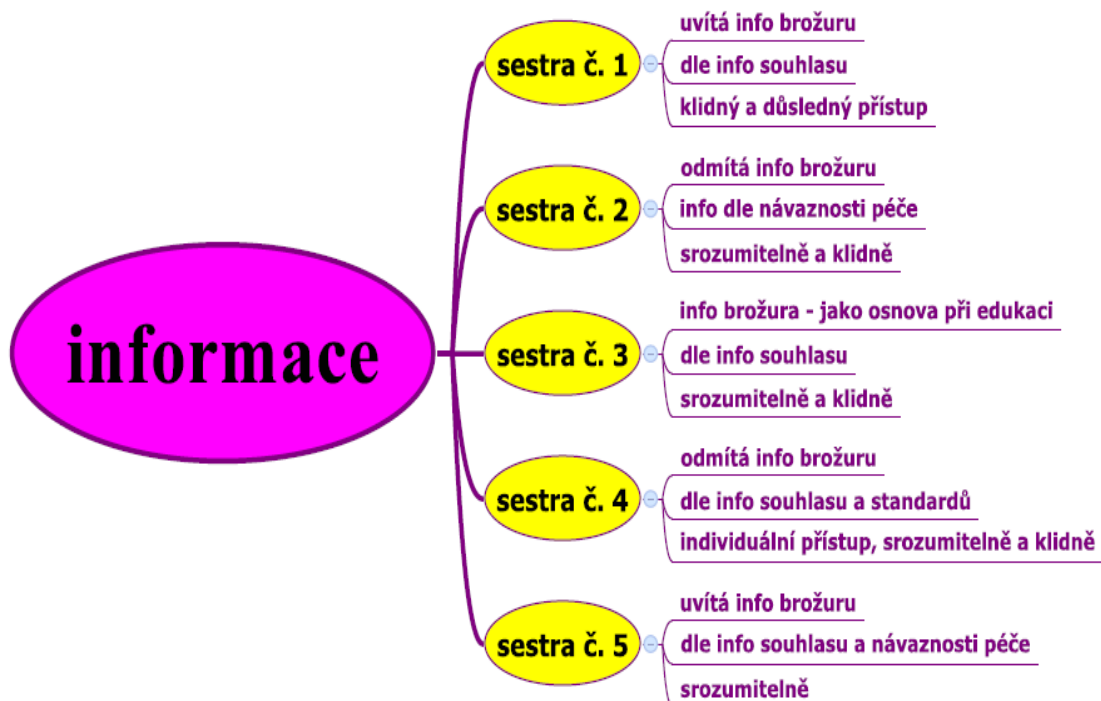
Péči o invazivní vstupy popisuje sestra takto: „Snad jediné co je specifické po výkonu je rána v třísle, kterou monitorujeme od příjezdu pacienta ze sálu, až než odchází domů. Pokud se vyskytnou nějaké problémy v oblasti třísla, tak informujeme ihned lékaře, který určí postup péče.“

Na otázku jak by sestra ohodnotila spolupráci s pacienty po výkonu odpovídá: „Pacienti musí spolupracovat, protože jim nic jiného nezbývá. Nestalo se mi ještě, že by

někdo nedodržel klid na lůžku nebo odmítal péči. Vždycky je spolupráce po výkonu dobrá.“

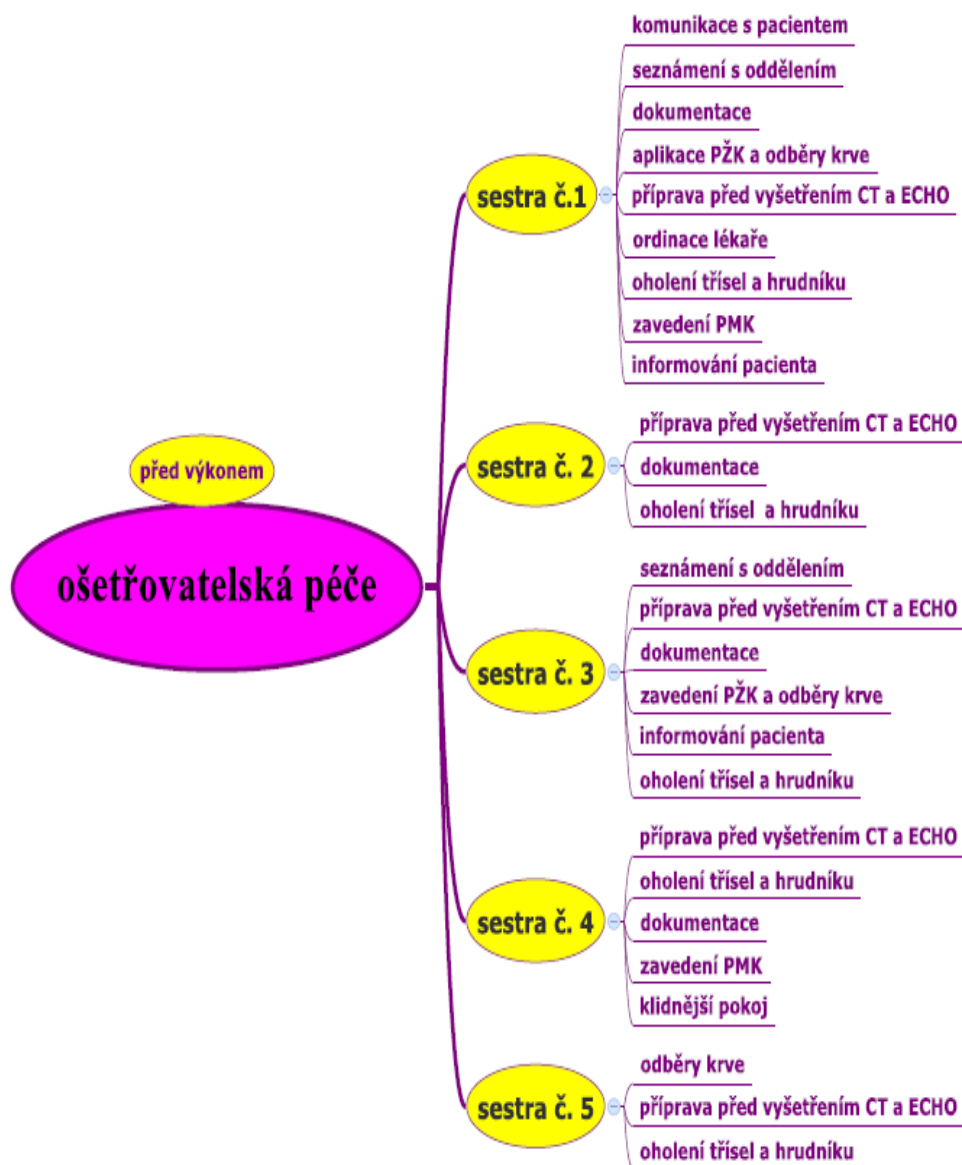
Sestra uvádí největší problémy pacientů po výkonu tyto: poloha na zádech po dobu 12 - 24 hodin a vyprazdňování stolice po výkonu.

### Myšlenková mapa 13: Postup sester při informování pacientů



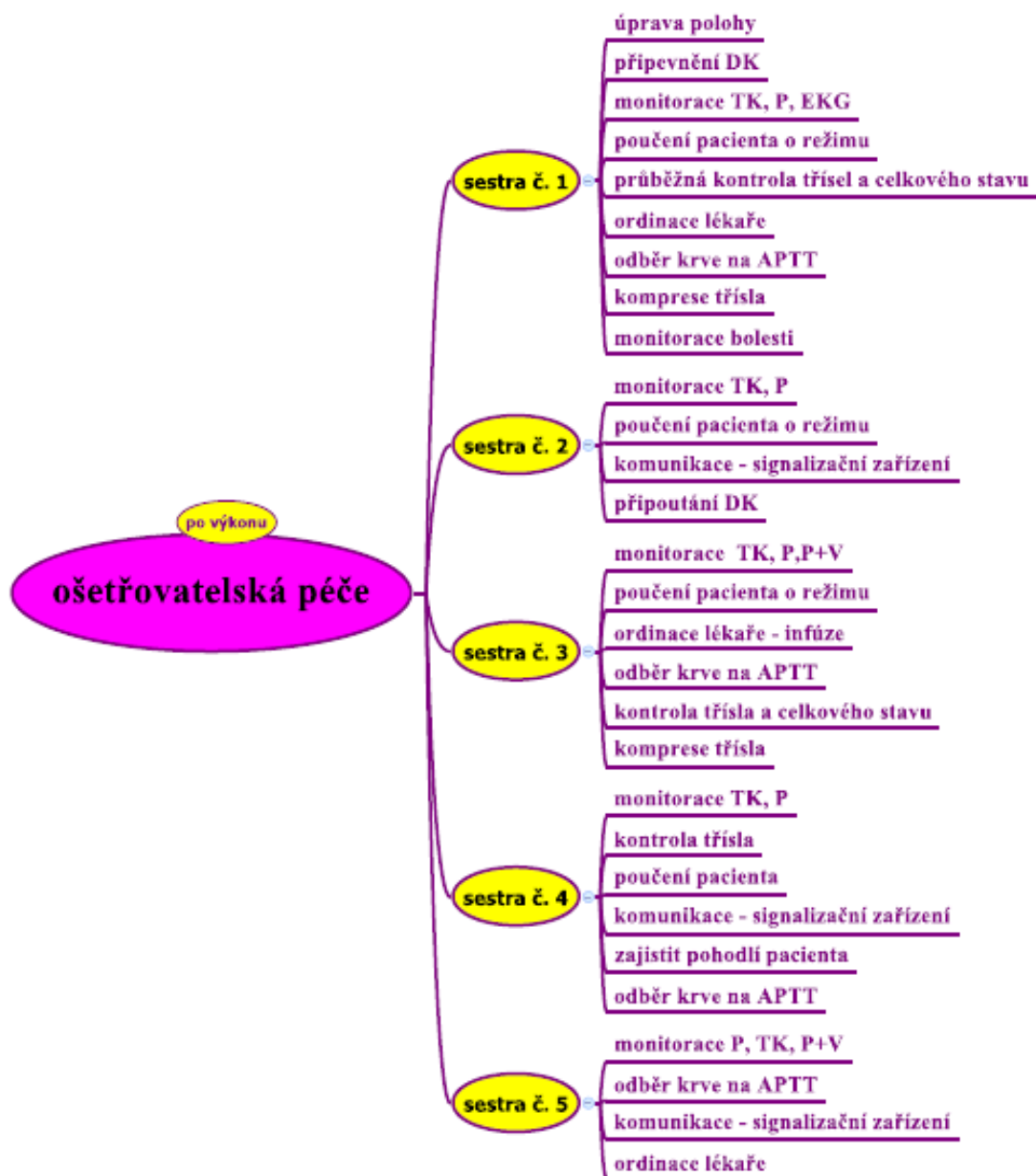
V myšlenkové mapě jsou znázorněny nejčastější postupy sester při informování pacientů.

Myšlenková mapa č. 14: Ošetrovatelská péče před výkonem



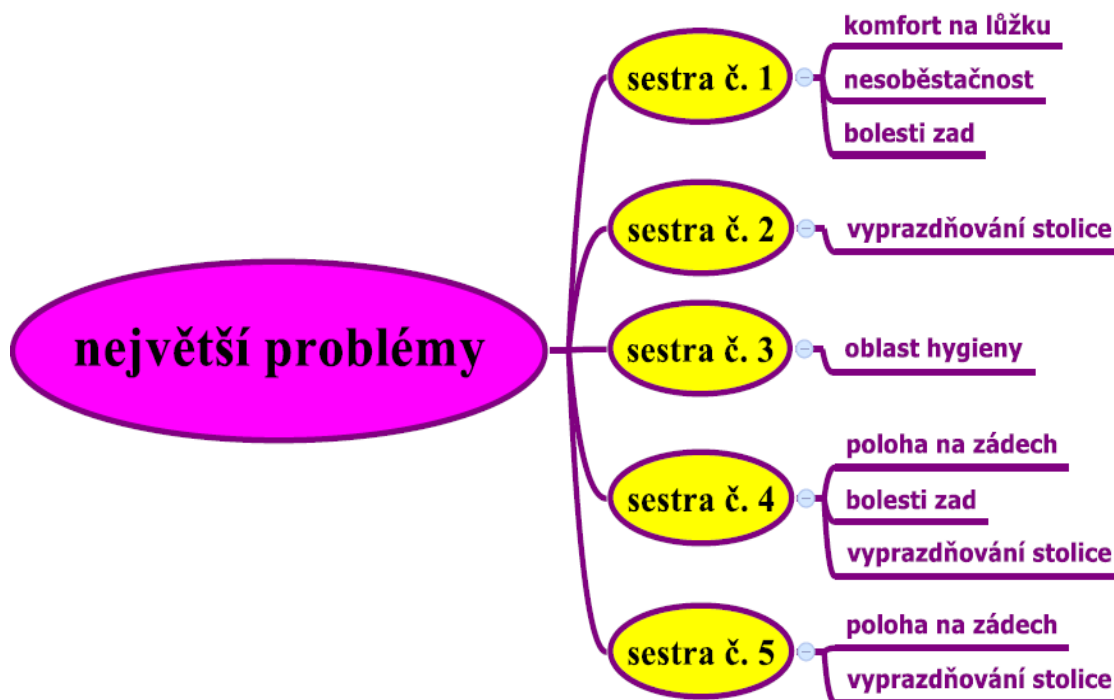
V myšlenkové mapě je zmapována ošetrovatelská péče, kterou sestry před výkonem považují za nezbytnou. Jednotlivé sestry popisují ošetrovatelskou péči před výkonem rozlišně. Sestra č. 1 popisuje detailně, krok za krokem a sestry č. 2 a 5 ošetrovatelskou péči před výkonem shrnuly do třech bodů.

Myšlenková mapa č. 15: Ošetrovatelská péče po výkonu



V myšlenkové mapě je zmapována ošetrovatelská péče, kterou sestry považují za nezbytnou po výkonu. Všechny dotazované sestry uvádějí na prvním místě monitoraci TK, P. Z myšlenkové mapy je zřejmé, že ošetrovatelská péče po výkonu je náročnější než před výkonem.

Myšlenková mapa č. 16: Nejčastější problémy pacientů z pohledu sester



Sestry uvedly několik problémů v souvislosti s výkonem. Z pěti dotazovaných sester tři uvedly problémy v souvislosti s vyprazdňováním stolice.



## 5. Diskuse

Cílem diplomové práce bylo především zjistit informovanost pacientů o ošetrovatelské péči před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní. Druhým cílem práce bylo zjistit, jaké jsou nejčastější problémy v souvislosti s intervenčním zákrokem pro fibrilaci síní. Třetím a posledním cílem diplomové práce bylo zmapovat požadavky na ošetrovatelskou péči v souvislosti s intervenčním zákrokem pro fibrilaci síní. Pro výzkumné šetření byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

Při rozhovorech se sestrami jsem se setkala s ochotou, laskavým a milým přístupem sester. Při rozhovorech s pacienty jsem neměla žádný problém. Jedna pacientka rozhovor odmítla.

V důsledku nenalezení adekvátního výzkumu pro srovnání získaných výsledků, jsou výsledky především porovnány mezi sebou.

Rozhovor s pacienty před výkonem byl zaměřen především na informace, které má pacient o výkonu a pocity pacienta před výkonem. Tyto rozhovory by měly dát odpověď na výzkumnou otázku 1. Rozhovor s pacienty po výkonu byl zaměřen především na potřeby pacienta po výkonu. Z jednotlivých rozhovorů s pacienty jsme vytvořili myšlenkové mapy, kdy červeně byly zaznamenány problémy, nedostatky či negativní vlivy, se kterými se pacienti potýkali před výkonem a po výkonu. Zeleně jsou potom v myšlenkových mapách zaznamenány pozitivní stavy a nálady pacientů před a po výkonu. Myšlenková mapa č. 11 je souhrn problémů, které doprovázely pacienty před výkonem. Nejčastějším problémem pacientů byl strach a obavy. Druhým velkým problémem pacientů byl nedostatek informací. Myslím si, že nedostatek informací u pacientů může vzbuzovat pocit strachu. Pacient neví, co jej čeká, je v nemocničním, cizím prostředí. Pacienti uváděli, že mají pouze informace od lékaře. Pacient č. 2 dokonce uvedl, že sestry jen diktují a rozkazují, ale co se týče informací o režimu, nic neví. Pacient č. 4 měl před výkonem velký strach a uvedl, že sestry mu mohly podat informace co jej čeká a v jakém časovém rozmezí. Farkašová (13) ve své publikaci uvádí, že strach před výkonem doprovází každého pacienta, ale každá sestra by měla umět strach rozpoznat a správnou komunikací u pacienta do určité míry eliminovat.

Sestry na oddělení se každý den setkávají s několika pacienty, kteří podstupují radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní, ale nesmí pacienty vnímat jako práci, ale jako individuální bytost s několika potřebami.

Myšlenková mapa č. 12 znázorňuje největší problémy pacientů po výkonu. Pacienti po výkonu jsou nuceni dodržovat přísný klid na lůžku. Pacienti uvádí mezi nejčastější problémy po výkonu únavu, stud, teplo v pokoji a další problémy, které jsou zaznamenány v myšlenkové mapě. Kapounová (18) ve své publikaci Ošetřovatelství v intenzivní péči uvádí, že sestra si musí všimnout a aktivně vyhledávat problémy a co nejadekvátnějším způsobem je řešit. Zajištění co nejvyššího komfortu na lůžku. Pacienti po radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní musí dodržovat 12 – 24 hodin klid na lůžku, a proto podle mého názoru je důležité, aby sestra s pacientem dostatečně komunikovala a navázala pozitivní vztah s pacientem, aby pacient sestře důvěřoval a nebál se ji o něco požádat.

Mnoho publikací je zaměřeno na samotný výkon a léčbu fibrilace síní, ale ošetřovatelská péče o pacienty před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní je opomenuta.

Rozhovor se sestrami obsahoval první otázky zaměřené na informování pacienta před výkonem a také, zda sestry informují pacienty o režimu, který musí dodržovat po výkonu. Z myšlenkové mapy č. 13 je zřejmé, že sestry nejvíce podávají informace dle informovaného souhlasu. Informovaný souhlas má být výměnou informací mezi lékařem a pacientem, kdy lékař pacienta informuje o možnostech léčby, možných rizicích a následcích, které souvisí s výkonem. Ošetřovatelská péče je v informovaném souhlasu pouze nastíněná. Sestry podávají pacientům informované souhlasy k pročetí a následně k podpisu, ale jak uvádí Kozierová (25) ve své publikaci Ošetřovatelství, jde o mimořádně nevhodnou praxi. V dnešní době není možné, aby pacient byl informován pouze dle informovaného souhlasu. Sestry při rozhovorech uváděly, že podávají informace o ošetřovatelské péči také na základě ošetřovatelských standardů. Ošetřovatelské standardy jsou určitou normou k poskytnutí kvalitní ošetřovatelské péče, a proto si myslím, že informace od sester na základě ošetřovatelského standardu jsou pro pacienta velmi vhodné. Standard ošetřovatelské péče má zajistit pacientovi pocity

bezpečí a jistoty. Sestry měly možnost vyjádřit svůj názor, zda by uvítaly informační brožuru či ne. Jak je patrné z myšlenkové mapy č. 13, sestry nemají jednotný názor ohledně informační brožury. Sestra č. 1 a sestra č. 5 v rozhovoru odpověděly, že informační brožura by byla velkým přínosem. Pacienti by si mohli informační brožuru pročíst a informace, kterým by nerozuměli, tak sestry by jim je následně dovysvětlily. Informační brožura by mohla sloužit také jako vhodná berlička pro sestry při edukaci. S tímto názorem souhlasila i sestra č. 3. Sestra č. 2 a sestra č. 4 vysloveně informační brožuru odmítají. Obě se shodují, že pacienti by informace nečetli. Pacienti chtějí podle sester, slyšet přímo od sester, co a jak s nimi bude.

Zmapování ošetrovatelské péče je zaznamenáno do myšlenkových map č. 14 a 15. Z myšlenkové mapy č. 14 je zřejmé, že se jedná o ošetrovatelskou péči před výkonem, kdy jednotlivé sestry popisují péči o pacienta od příchodu na oddělení, až po samotný výkon. Z jednotlivých rozhovorů se sestrami, ale i s pacienty, jsem vyzorovala, že ošetrovatelská péče je opomíjena. Sestry v rozhovorech uváděly, že pacienti jdou z domova, a proto žádná specifika ošetrovatelské péče před výkonem nejsou. Do ošetrovatelské péče, patří také komunikace a péče o celkový psychický stav pacienta. Pacienti neví, co je čeká. Myslím si, že pacienti od sester očekávají, že jim řeknou úplně všechno, co se týče výkonu. Komunikaci s pacientem před výkonem zmínila při rozhovoru pouze sestra č. 1. Sestry se zaměřují spíše na přípravu těla, aby pacient měl všechna vyšetření, aby byl pacient lačný a aby měl podepsané informované souhlasy před výkonem, ale na psychický stav často zapomínají. Z článku Pršancové (37) Pacient a koronarografické vyšetření vyplývá následující: Sestra získá důvěru pacientů efektivní komunikací a tím, dá pacientům prostor na případné otázky.

Zmapování požadavků na ošetrovatelskou péči po výkonu je znázorněno v myšlenkové mapě č. 15, kde sestry popsaly péči o pacienty, od příjezdu ze sálu, až po propuštění do domácího prostředí. Sestry hodnotí ošetrovatelskou péči o pacienty jako velmi náročnou. Všechny dotazované sestry považují za velmi důležitou monitoraci krevního tlaku, pulzu, celkového stavu pacienta a dále monitoraci třísla. Dalším cílem, sester v ošetrovatelské péči po výkonu je zajistit pacientům co nejvyšší komfort na lůžku při dodržování přísného klidu. Z myšlenkové mapy č. 15 je zřejmé, že sestry

potřebují s pacienty komunikovat více než před výkonem, a proto k lůžku pacientů umisťují signalizační zařízení.

Jednou z výzkumných otázek našeho šetření bylo: Jak sestry hodnotí spolupráci s pacienty před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní. Z rozhovorů se sestrami je patrné, že spolupráce s pacienty před výkonem je bez problémů. Sestry hodnotí spolupráci s pacienty kladně. Spolupráce s pacienty po výkonu je sestrami také popisována velmi kladně.

Poslední myšlenková mapa č. 16 znázorňuje problémy pacientů z pohledu sester. Tři z dotazovaných sester uvádí, že nejčastějším problémem je vyprazdňování stolice po výkonu. Sestra č. 2 uvádí, že vesměs každý pacient má problémy s vyprazdňováním stolice. Podle mého názoru by se těmto problémům mohlo předcházet, edukací o vhodné stravě pacientů již před výkonem. Myslím si, že správně zvolená strava před výkonem tyto problémy alespoň do jisté míry odstraní.

## 6. Závěr

Pro diplomovou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost pacientů o ošetrovatelské péči před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní. Druhým cílem bylo zjistit jaké jsou nejčastější problémy v souvislosti s intervenčním zákrokem pro fibrilaci síní. Třetím cílem práce bylo zmapovat požadavky na ošetrovatelskou péči v souvislosti s intervenčním zákrokem pro fibrilaci síní. Pomocí rozhovorů s pacienty před výkonem, s pacienty po výkonu a se sestrami, se podařilo cíle naplnit.

Potěšilo by mě, kdyby výsledky mé práce sloužily a přispěly ke zlepšení všech problémů, které se vyskytují u pacientů před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní. Myslím si, že by se měla zlepšit informovanost pacientů o ošetrovatelské péči před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní. Pacient mnohdy nemá dostačující a ne příliš jasné informace. Pacientovi chybí informace o dodržování klidového režimu po výkonu. Podle mého názoru by se dal tento problém vyřešit pomocí informačních brožur. V brožuře by byl detailně popsán režim ošetrovatelské péče před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní.

Závěrem diplomové práce bych chtěla apelovat především na sestry, které by se měly více zajímat o psychický stav pacientů. Sestry si musí každého pacienta uvědomit jako člověka s několika individuálními potřebami. Sestry by měly s každým pacientem jednat individuálně a zajistit všechny bio-psycho-sociální a spirituální potřeby, aniž by byl pacient frustrován.

Z výzkumných otázek, které byly k výzkumnému šetření stanoveny, byly odvozeny tyto závěry:

- Informace o režimu před radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní jsou pro pacienty nedostačující.
- Informace o režimu po radiofrekvenční ablací pro fibrilaci síní jsou pro pacienty nedostačující

- Sestry informují pacienty o ošetrovatelské péči před výkonem na základě ošetrovatelských standardů
- Pacienti po radiofrekvenční ablacii pro fibrilaci síní mají největší problém s vyprazdňováním stolice
- Pacienti před radiofrekvenční ablacii pro fibrilaci síní mají strach a obavy v důsledku nedostatku informací o výkonu
- Pacienti před radiofrekvenční ablacii pro fibrilaci síní spolupracují s ošetrovatelským týmem
- Pacienti po radiofrekvenční ablacii pro fibrilaci síní spolupracují s ošetrovatelským personálem

Během výzkumného šetření se mi podařilo najít odpovědi na výzkumné otázky a tím naplnit cíle diplomové práce. Předáním výsledků sestrám kardiologického oddělení – intermediální péče, bych chtěla zabránit problémům, které se vyskytují v souvislosti s intervenčním zákrokem pro fibrilaci síní. Podle mého názoru mohou být výsledky také použity při výuce studentů Zdravotně sociální fakulty.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BANACH, M., UGURLUCAN, M. The Significance of Preoperative Atrial Fibrillation in Patients Undergoing Cardiac Surgery: Preoperative Atrial Fibrillation-Still Underestimated Opponent. *Europace* [online]. November 2008 [cit. 2010-04-17]. Dostupné z: <<http://www.medscape.com/viewarticle/583291>>.
2. BÁRTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. – TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BULAVA, A. *Nefarmakologická léčba z pohledu nových doporučení pro léčbu nemocných s fibrilací síní*. *Kardiologická Revue*. 2011; v tisku ( osobní komunikace s autorem)
4. BYTEŠNÍK, J., ČIHÁK, R. *Arytmie v medicínské praxi*. 1.vyd., Praha: Triton, 1999. 179 s. ISBN 80-7254-054-8.
5. CAMM, J. A. *Guidelines for the management of atrial fibrillation*. *European heart journal*. London: 2010, vol. 31, Nr. 19, s 2369-2429. ISSN 0195-668X. [online] October 2010 [cit. 2011-04-18]. Dostupné z: <<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/31/19/2369.full>>.
6. COLLINS, R. D. *Diferenciální diagnostika prvního kontaktu*. 3. vyd., Praha: Grada 2007. 600 s. ISBN 978-80-247-0897-3.
7. ČIHÁK, R. *Anatomie*. 2. vyd., Praha: Grada, 2004. 692 s. ISBN 80-247-1132-X.
8. ČIHÁK, R. *Fibrilace síní – snaha ovlivnit symptomatologii i morbiditu*. *Medical tribune*. 2009. roč. 5, č. 16, s. C8. ISSN 1214-89-11.

9. ČIHÁK, R., MUDr., *Fibrilace síní* [online]. [cit. 2010-03-20]. Dostupné z: <<http://vademecum-zdravi.cz/fibrilace-sini>>.
10. DÍTĚ, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd., Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-496-6.
11. DVOŘÁKOVÁ, P., HOLUBOVÁ, M. *Péče před elektrofyziologickým vyšetřením a radiofrekvenční ablací a po nich*. *Sestra*. Praha: 2006, roč.16, č. 6, s.25. ISSN 1210-0404.
12. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd., Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
13. FARKAŠOVÁ, D. et al *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
14. FEJFAR, Z. et al. *Česká kardiologie a kardiologové*. 1.vyd., Praha: Galén, 2001. 330s. ISBN 80-7262-102-5.
15. GREGOR, P., WIDIMSKÝ, P. et al. *Kardiologie*. 2.vyd., Praha: Galén, 1999, 395 s. ISBN 80-7262-021-5.
16. HAMPTON, R., J. *EKG pro praxi*. 1.vyd., Praha: Grada, 1997. 320 s. ISBN 80-7169-426-6.
17. HLÁVKOVÁ, J. *Dietní omezení při perorální antikoagulační léčbě*. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č.12, s. 37-38. ISSN 1210-0404.
18. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.



19. KASTOR, J.A. *Arrhythmias*. 1. vyd., Philadelphia: W. B. Saunders, 1994. 430 s. ISBN 80-238-6017-8.
20. KHAN, G.,M. *EKG a jeho hodnocení*. 1. vyd., Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-0910-4.
21. KLENER, Pavel a kol. *Vnitřní lékařství*. 3. přepracované a doplněné vyd., Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-430-X.
22. KOHOUT, P., KESSLER, P., RŮŽIČKOVÁ, L. *Dieta při antikoagulační léčbě*. 1. vyd., Praha: FORSAPI, 2007. 58s. ISBN 978-80-903820-1-5.
23. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd., Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.
24. KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*, 3.vyd., AKCENTA, s.r.o. 2003, 416 s + 16 s barevné přílohy. ISBN 80-86232-06-9.
25. KOZIEROVÁ, B. et al *Ošetrovatelstvo 1, 2*. 1. slovenské vyd., Martin: Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
26. LANGMEIER, M. et al. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd., Praha: Grada 2009. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
27. LESO, Jiří. Cíle a vize pracovní skupiny ošetrovatelství v kardiologii. *Florenc*. Praha: 2007, roč. 3, č. 1, s. 44. ISSN 1801-464X.
28. LINHART, A., PALEČEK, T., ASCHERMAN, M. *Echokardiografie pro praxi*. 1. vyd., Praha: Galén 2002. 238 s. ISBN 80-7262-290-4.

29. LUKL, J. et al. *Fibrilace síní*. 1.vyd., Praha: Grada, 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-2768-4.
30. LUKL, J., HEINC, P. *Moderní léčba arytmií*. 1.vyd., Praha: Grada, 2001. 212 s. ISBN 80-7169-998-5.
31. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
32. MOTLOVÁ, L., KUBALÁKOVÁ, J. *Efektivní komunikace s pacienty se zvláštními potřebami jako je nedílná součást ošetrovatelské péče*. In nové trendy v ošetrovatelství IV. Sborník příspěvků z konference mezinárodní účastí, IV. Jihočeské dny. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, 2005. s. 242-253. ISBN 80-7040-791-3.
33. NĚMEC, P. *Chirurgická léčba fibrilace síní*. *Kardiologická revue*. Praha: 2009, roč. 2009, č. 1, s. 8-10. [online]. červen 2011. [cit. 2011-05-16]. Dostupné z: <[http://www.kardiologickarevue.cz/pdf/kr\\_09\\_01\\_03.pdf](http://www.kardiologickarevue.cz/pdf/kr_09_01_03.pdf)>.
34. NEUŽIL, P., TÁBORSKÝ, M., ŠEDIVÁ, L. et al. Léčba fibrilace síní - jasný cíl s dosud nejasným řešením. *Praktický lékař*, 2004, č. 6, s. 330-333. ISSN 0032-6739.
35. O'ROURKE, R. A., WALSH, R. A., FUSTER, V. *Kardiologie – Hurtův manuál pro praxi*. 12. vyd., Praha: Grada 2010. 800 s. ISBN 978-80-247-3175-9.
36. PETROVICKÝ, P. et al. *Anatomie-VII Srdce a cévní systém*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 1995. 207 s. ISBN 80-7184-108-0.

37. PRŠANCOVÁ, L. *Pacient a koronarografické vyšetření. Sestra a lékař v praxi.* Bratislava: 2007, roč.6, č. 7-8, s. 31-32. ISSN 1335-9444.
38. PRYSTOWSKY, E The History of Atrial Fibrillation: The Last 100 Years. *J Cardiovasc Elektrofisiol.* [online] June 2008 [cit. 2010-04-17]. Dostupné z <<http://www.medscape.com/viewarticle/578021>>.
39. RICHARDS, A. – EDWARD, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry.* 1. vyd., Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
40. SILBERNAGL,S., DESPOPOULOS, A. *Atlas fyziologie člověka.* 2. vyd., Praha: Grada, 1993. 368 s. ISBN 80-85623-79-X.
41. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I.* 1. vyd., Praha: Grada, 2010. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
42. SOVOVÁ, E, LUKL, J. *100 + 1 otázek a odpovědí pro kardiaky.* 1. vydání. Praha: Grada, 2005, 117s. ISBN 80-247-1166-4.
43. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství.* 1. vyd.,Praha: Grada, 2004. 164 s. ISBN 80-247-1009-9.
44. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I.* 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN80-247-1148-6.
45. ŠEDIVÁ, L. *Srdeční arytmie-rady nemocným.* 1. vyd., Praha: Mladá Fronta, 2009. 31 s. ISBN 978-80-204-2123-4.
46. ŠETINA, M et al. *Kardiochirurgie.* 1. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 60 s. ISBN 80-7040-779-4.

47. ŠPATENKOVÁ, N. - KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd., Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
48. ŠPINAR, J. et al. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. vyd., Praha: Grada 2008. 255 s. ISBN 978-80-247-1749-4.
49. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
50. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: NCONZO 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
51. VANĚK, I. A kol. *Kardiovaskulární chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 234 s. ISBN 80-246-0523-6.
52. VOKURKA, M. – HUGO, J. et al. *Velký lékařský slovník*. 7. vyd., Praha: Maxdorf, 2007. 1 069 s. ISBN 978-80-7345-130-1.
53. WANGER, R. *Kardioanestezie a perioperační péče v kardiologii*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009. 336 s. ISBN 978-80-247-1920-7.
54. ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
55. ZEMAN, K. *Poruchy srdečního rytmu v intenzivní péči*. 1. vyd., Brno: NCONZO, 2005. 175 s. ISBN 80-7013-222-1.

## **8. Klíčová slova**

Fibrilace síní

Intervenční metody

Pacient

Ošetrovatelská péče

atrial fibrillation

intervention methods

patient

nursing care

## **9. Přílohy**

**PŘÍLOHA 1 – Otázky k rozhovorům s pacienty**

**PŘÍLOHA 2 – Otázky k rozhovorům se sestrami**

**PŘÍLOHA 3 – Informační brožura**

## **Příloha 1: Otázky k rozhovorům s pacienty**

### **a) Před výkonem**

1. Identifikační údaje?
  - pohlaví
  - věk
  - povolání
2. Kdy Vám byla fibrilace síní diagnostikována
3. Kde jste získal/a informace o fibrilaci síní?
4. Omezuje Vás nějakým způsobem fibrilace síní?
  - jak?
5. Po kolikáté jste hospitalizován/a pro fibrilaci síní?
6. Kdo Vám poskytl informace o léčbě fibrilace síní?
7. Kdo Vás informoval o výkonu ( radiofrekvenční ablace), který podstoupíte?
8. Rozuměl/a jste všem informacím, které Vám lékaři a zdravotnický personál poskytli?
9. Jak hodnotíte komunikaci se sestrou?
10. Položil/a jste sestře nějaké otázky?
  - byly Vám zodpovězeny?
11. Jaké činnosti u Vás sestra vykonávala?
12. Jsou Vám zajišťovány potřeby?
  - spánku
  - hygieny
  - výživy a tekutin
  - vyprazdňování
13. Vysvětlila Vám vždy sestra, co se bude dít, co u Vás bude provádět za výkon?
14. Popište mi Vaše pocity před výkonem?
15. Informovala Vás sestra o režimu ošetrovatelské péče, který budete dodržovat po výkonu?
16. Co jste očekával/a od sestry?

**b) po výkonu**

1. Jak dlouho jste po výkonu?
2. Věděl/a jste, co Vás čeká po výkonu?
3. Poskytla Vám sestra informace o režimu, který musíte dodržovat po výkonu?
4. Pociťujete nějakou bolest?
  - kde?
  - informoval/a jste sestru o Vaší bolesti?
  - jak sestra řešila Vaši bolest?
5. Jaké činnosti u Vás sestra vykonávala?
6. Jsou Vám zajišťovány potřeby?
  - spánku
  - hygieny
  - výživy a tekutin
  - vyprazdňování
7. Vysvětlila Vám vždy sestra, co se bude dít, co u Vás bude provádět za výkon?
8. Popište mi Vaše pocity po výkonu?
9. Co pro Vás bylo nejhůře snesitelné po výkonu?
10. Co jste očekával/a od sestry?

**Zdroj:** vlastní



## **Příloha 2: Otázky k rozhovorům se sestrami**

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Máte specializační vzdělání?
3. Jaká je Vaše celková doba praxe ve zdravotnictví?
4. Jakým způsobem informujete pacienty o ošetrovatelské péči před výkonem RFA?
  - informační brožura
  - ústně ( schéma)
  - kdy podáváte informace ( příchod, večer, v průběhu dne)
5. Informujete pacienty, již před výkonem, o režimu po výkonu RFA?
6. Kolik času věnujete informování pacienta před výkonem RFA?
7. Kolikrát informujete pacienta před výkonem RFA?
8. Jaká jsou specifika komunikace s pacientem před výkonem RFA?
  - využíváte zpětné vazby
9. Popište mi přípravu pacienta před výkonem RFA?
10. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v oblasti hygieny před výkonem RFA?
11. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v oblasti příjmu potravin a tekutin před výkonem RFA?
12. Jak hodnotíte spolupráci s pacienty před výkonem RFA?
13. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v oblasti příjmu potravin a tekutin po výkonu RFA?
14. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o ránu po výkonu RFA?
15. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v oblasti sebepéče po výkonu RFA?
16. Jaká jsou specifika komunikace s pacientem po výkonu RFA?
17. Popište mi péči o pacienta po výkonu?
18. Jak hodnotíte spolupráci s pacienty po výkonu RFA?
19. Jaké potřeby pacientů jsou podle Vás nejvíce omezovány po výkonu RFA?

**Zdroj:** vlastní

# Fibrilace síní

(informační brožura pro pacienty)



## Obsah

---

1. Co je fibrilace síní?
2. Diagnostika fibrilace síní
3. Léčba fibrilace síní
4. Před výkonem
5. Během výkonu
6. Po výkonu



## Co je fibrilace síní?

---

Fibrilace síní (míhání srdečních síní) je porucha srdečního rytmu. Jde o poruchu vzniku a převodu elektrického vzruchu v srdečních síních. Normální vzruch se v srdci šíří převodním systémem srdečním pravidelně, od síní ke komorám. U fibrilace síní vznikají vzruchy rychle, nepravidelně a šíří se chaoticky. Činnost srdce je proto snižená a nepravidelná. Při této poruše můžete mít pocit nepravidelného a někdy velmi rychlého bušení srdce, pocit slabosti či bolesti na prsou. Fibrilace síní však může vést i k vážnějším zdravotním potížím, ke kterým patří tvorba krevních sraženin. Krevní sraženiny se mohou odtrhnout a ucpat tepny např. mozku, což má za následek vznik cévní mozkové příhody. Je však možné, že pacienti nepocítují žádné potíže a fibrilace síní je u nich objevena náhodou při preventivních prohlídkách.



## Diagnostika fibrilace síní

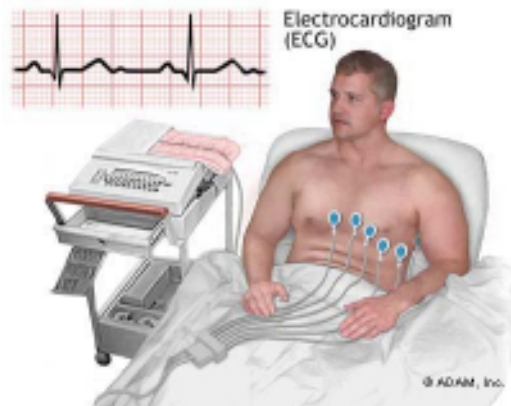
---

**Anamnéza** – rozhovor lékaře s pacientem, kdy lékař sbírá informace o pacientovi a pacientových problémech

**Fyzikální vyšetření** – měření pulzu, krevního tlaku, poslech srdce.



**EKG** – je hlavní a nejdůležitější vyšetřovací metoda u fibrilace síní. Pro stanovení diagnózy je také důležité dlouhodobé monitorování EKG neboli Holterovo monitorování.



### **Léčba fibrilace síní**

---

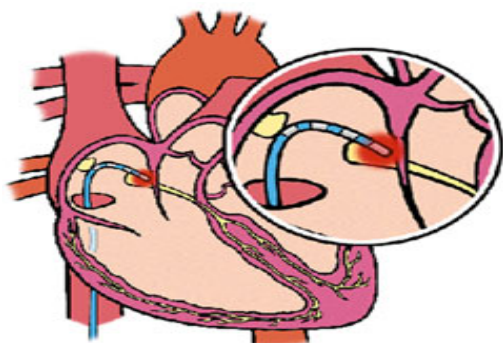
V současné době je několik možností léčby fibrilace síní.

**Farmakologická léčba** – při této léčbě pacient užívá léky. Tato léčba fibrilace síní je velmi problematická, protože jsou velké individuální rozdíly v účincích léků. Pacienti musí užívat léky dlouhodobě.



**Nefarmakologická léčba** - je možné využít několik metod léčby: elektrická kardioverze, radiofrekvenční katérová ablace, trvalá kardiostimulace nebo kardiochirurgická operace fibrilace síní.

Velmi účinný způsob léčby je **radiofrekvenční katérová ablace**, kdy lékař zavádí pacientovi vpichem do třísla katétry, kterými se dostane až do pravé srdeční síně a následně do levé srdeční síně. V levé síni tato poruchy rytmu nejčastěji vzniká a udržuje se. Cílem radiofrekvenční katérové ablace je nalezení míst, kde fibrilace vzniká a odstranit je pomocí radiofrekvenční energie, která zahřeje a tím zničí okrsek tkáně. Pacient toto zničení ložiska fibrilace síní většinou necítí.



Radiofrekvenční katérová ablace je výkon, který vyžaduje velké přesnosti a proto se v dnešní době využívá robotických technologií.

Máte-li jakékoliv otázky ohledně radiofrekvenční katérové ablace, položte je lékaři.

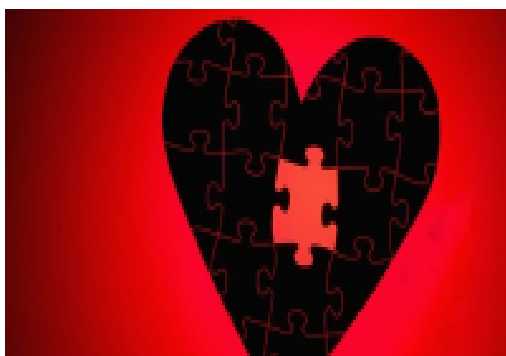
### **Před výkonem**

#### **Co pacienty čeká v nemocnici**

---

Před výkonem budete přijati do nemocnice, obvykle jeden den před plánovaným výkonem a nalačno. Během tohoto dne Vás bude čekat řada vyšetření: odběry krve, CT a ultrazvukové vyšetření srdce. Sestry Vám před výkonem vyholí obě třísla, kterými se zavádějí katétry. U mužů je nutné oholit také hrudník, protože během výkonu budete napojeni na EKG tak, aby na hrudníku držely svody EKG. V období před

výkonem byste měli dodržovat všechny zásady životosprávy. Součástí životosprávy je dostatek odpočinku, racionální výživa s obsahem vitamínů, zákaz kouření a požívání alkoholických nápojů.



V den výkonu musíte být nalačno. Pouze léky, které dostane od ošetřujícího personálu je možné zapít douškem vody. Pokud máte zubní protézu musíte ji vyndat z úst. Veškeré šperky a cennosti předejte sestře z oddělení, po výkonu Vám budou vráceny.

### **Během výkonu**

---

Po příjezdu na katetrizační sál budete uloženi na operační stůl a sestra vám nalepí EKG elektrody na hrudník a nasadí Vám na paži manžetu na měření tlaku.

Během celého výkonu budete při vědomí, pouze dostanete léky k uklidnění a uvolnění. Radiofrekvenční katérová ablace nebývá bolestivá, avšak během aplikace radiofrekvenčního proudu můžete pociťovat mírnou bolest, která je tišena léky.

Výkon trvá obvykle 3-4 hodiny a po celou dobu s Vámi bude lékař a sestra komunikovat.



## Po výkonu

---

Po ukončení ablace Vám budou z třísla odstraněny katétrů a místo zavedení katétrů bude zavázáno tlakovým obvazem. Poté budete převezeni zpět na oddělení intermediální péče, kde Vám bude v pravidelných intervalech monitorován krevní tlak, pulz, EKG a místo vpichu. Po výkonu je nutné dodržovat přísný klid na lůžku po dobu 12 – 24 hodin. Během dodržování klidu na lůžku budete mít kompresivní obvaz v místě vpichu. Nestávejte z lůžka pokud nedostanete pokyn od sestry či lékaře. Při prvním vstávání je dobré se nejdříve posadit a chvíli posedět než se postavíte.

Za dvě hodiny po výkonu se můžete najíst a napít.

Po odstranění krytí z místa vpichu je možné, že se objeví modřina či mírný otok, který vymizí během několika dnů.

Po radiofrekvenční ablaci budete muset užívat nějaký čas léky na „ředění“ krve. Při užívání těchto léků budete muset chodit na pravidelné kontrolní odběry krve. Pokud byste tyto léky neužíval/a hrozí Vám vznik krevní sraženiny v srdci a to může vést k život ohrožujícím stavům.

Po propuštění do domácího prostředí můžete pociťovat únavu a prvních 14 dnů i mírnou bolest na hrudi zhoršující se při nádechu, proto omezte Vaši pohybovou aktivitu první dny po výkonu, nezvedejte těžké předměty a necvičte.



Máte-li nějaké otázky ohledně výkonu „radiofrekvenční katérová ablace“, ptejte se sester a lékařů na kardiologickém oddělení.

### **Zpracovala:**

---

Bc. Petra Pešková, studentka Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

### **Použité zdroje:**

---

1. ČIHÁK, R. *Fibrilace síní – snaha ovlivnit symptomatologii i morbiditu. Medical tribune.* 2009. roč. 5, č. 16, s. C8. ISSN 1214-89-11.
2. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče.* 4. vyd., Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.
3. LUKL, J. et al. *Fibrilace síní.* 1.vyd., Praha: Grada, 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-2768-4.
4. PEŠKOVÁ, P. *Problematika péče o pacienty před a po intervenčním zákroku pro fibrilaci síní.* České Budějovice: Jihočeská univerzita. ZSF, 2011. 89 s., 3 s. příloh. Vedoucí práce: Doc. MUDr. et Mg. Alan Bulava Ph.D.