

# SEBEPÉČE U PACIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM FIBRILACE SÍŇÍ

Gabriela Rožnovjácová

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Gabriela ROŽNOVJÁKOVÁ**

Osobní číslo: **H09681**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Sebepéče u pacientů s onemocněním fibrilace síní**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části se zaměřit na vymezení pojmů onemocnění fibrilace síní, na teorii deficitu sebepéče dle D. E. Oremové a V. Hendersonové a vliv onemocnění na požadavky sebepéče. Specifikovat poskytovanou ošetrovatelskou péči o pacienta s tímto onemocněním na JIP.**

**V praktické části sestavit situační potřeby pacienta s onemocněním fibrilace síní. Pomocí dotazníkového šetření zjistit u pacientů vědomosti o onemocnění fibrilace síní, léčbě, rizikových faktorech, antikoagulační léčbě. Zjistit, které oblast sebepéče pacienta zatěžuje nejvíce. S výsledky šetření seznámit odbornou veřejnost.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tisková/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BEKEL, Gerhard a Renata HALMO, 2004. Teorie deficitu sebcpěce. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0794-9.**

**GULÁŠOVÁ, Ivica, 2006. Vybrané kapitoly z manažmentu v ošetrovatelstve II. diel. Trenčín: Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka. ISBN 80-8075-121-8.**

**HANDL, Zdeněk, 2011. Externí transtorakální defibrilace a kardiostimulace - teorie a praxe. 2. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-531-0.**

**KESSLER, Petr, 2000. Léčba orálními antikoagulancii. Praha: Orion Pharma. ISBN 80-238-6017-8.**

**KOLÁŘ, Jiří, 1999. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. 2. vyd. Praha: Akcenta. ISBN 80-86232-01-8.**

**KUBEROVÁ, Helena, 2010. Didaktika ošetrovatelství. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.**

**LUKL, Jan, 2009. Fibrilace síní. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2768-4.**

**LUKL, Jan a Petr HEINC, 2001. Moderní léčba arytmií. Praha: Grada. ISBN 80-7169-998-5.**

**LÜLLMAN, H., K. MOHR, L. HEIN, 2007. Barevný atlas farmakologie. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1672-5.**

**MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2003. Úvod do ošetrovatelství. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.**

**PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.**

**SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL, 2005. 100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky. Praha: Grada. ISBN 80-247-1166-4.**

**TROJAN, Stanislav, 2003. Lékařská fyziologie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0512-5.**

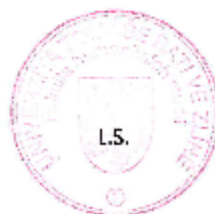
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jarmila Verešová**  
Ústav ošetrovatelství


Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012

  
doc. Ing. Anežka Lengšlová, Ph.D.  
*děkanka*



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>(1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>(2)</sup>;
- podle § 60<sup>(3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>(3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.9.5. 2012

*Rozvojejakovi Gabriela*

(1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47: Zveřejňování závěrečných prací

(2) Vysoká škola nevydávající své vlastní diplomové, bakalářské a magisterské práce, u kterých prováděla obhajobu, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací kterou spravuje. Pracích provádějí uzavření licenční smlouvy vysoké školy.

(2) Dizertační diplomová bakalářská a rigorózní práce odebrané včasem k obhajobě musí být též nejednolitými pracovními dny před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovních vyučebních škol, kde se má konat obhajoba práce. Školý si může ve zveřejnění práce považovat na své náklady výjaty, opaty nebo rozemňování.

(3) Platí, že nadečláním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvazujících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3.

(3) Do práva autorského třetí nezahrnuje škola nebo školská či vzdělávací zařízení, aťže-li škola za účelem přenosu nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke zpracování školních nebo studijních prací souvazujících z jeho pracovního vztahu ke škole nebo školské či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvazujících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo.

(1) Škola nebo školská či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Uzavření smlouvy autorem školního díla učitel zrušeno bez věcného důvodu, pokud se tyto osoby domáhají nahrazení obvyklého prožitku jako výše v souvislosti s ustanovením § 35 odst. 3 zmíněná ustanovení.

(2) Není-li zhránán jasek, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému žákovi, není-li to v rozporu s oprávněným zájmy školy nebo školské či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školská či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z ujednání jiné dohodou v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností té do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k její výšce ekonomického stavu nebo školního či vzdělávacího zařízení z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se věnuje teorii deficitu sebepěče u pacientů s onemocněním fibrilace síní. V teoretické části je popsáno onemocnění fibrilace síní, ošetrovatelská péče o pacienta a práce všeobecné sestry na JIP, ošetrovatelský model sebepěče dle V. Hendersonové a teorie deficitu sebepěče dle D. E. Oremové, která sloužila jako podklad pro praktickou část. Praktická část je zaměřena na sestavení situačních potřeb sebepěče u pacientů s fibrilací síní. Pomocí dotazníkového šetření byly zjišťovány kompetence sebepěče u těchto pacientů.

Klíčová slova: Fibrilace síní, antiarytmika, kardioverze, warfarin, sebepěče, teorie deficitu sebepěče, D. E. Oremová, V. Hendersonová

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis is devoted to the theory of Atrial Fibrillation's Patients Self-Care. In the theoretical part it is described the disease of atrial fibrillation, nursing care for patients and nurses work in the Intensive Care Unit, nursing model of self-care by V. Henderson and self-care deficit theory by D. E. Orem, which is instrumental as a basis for practical part. The practical part is aimed to the establishment of self-care needs for patients with atrial fibrillation. According to questionnaire the facts of self-care were polled by these patients.

Keywords: Atrial fibrillation, antiarrhythmics, cardioversion, warfarin, self-care, self-care deficiency theory, D. E. Orem, V. Henderson.

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Jarmile Verešové za ochotu, spolupráci, odbornou pomoc, náměty a nápady při psaní mé bakalářské práce. Zároveň velké poděkování patří mé rodině za trpělivost a podporu.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 SRDCE A ONEMOCNĚNÍ FIBRILACE SÍNÍ</b> .....	<b>13</b>
1.1 PŘEVODNÍ SRDEČNÍ SYSTÉM.....	13
1.2 ŘÍZENÍ SRDEČNÍ FREKVENCE .....	14
1.3 DEFINICE FS.....	14
1.4 ETIOLOGIE.....	14
1.5 EPIDEMIOLOGIE.....	15
1.6 PATOGENEZE A PATOFYZIOLOGIE.....	15
1.7 KLASIFIKACE FIBRILACE SÍNÍ .....	16
1.8 KLINICKÝ OBRAZ .....	16
1.9 DIAGNOSTIKA .....	17
1.10 LÉČBA .....	17
1.10.1 Kontrola frekvence srdečního rytmu a frekvence komor.....	17
Modifikace AV uzlu .....	19
1.10.2 Kontrola srdečního rytmu (snaha o verzi na sinusový rytmus, jeho dlouhodobé udržení).....	20
1.10.3 Prevence tromboembolických komplikací .....	21
1.11 KOMPLIKACE.....	24
1.12 PROGNOZA A KVALITA ŽIVOTA.....	24
<b>2 CHARAKTERISTIKA PRÁCE SESTRY NA JIP</b> .....	<b>25</b>
2.1 INTENZIVNÍ PÉČE A NÁPLŇ OBORU.....	25
2.2 INDIKACE K HOSPITALIZACI NA JIP .....	25
2.3 DŮVODY UKONČENÍ HOSPITALIZACE NA JIP.....	25
2.4 PERSONÁL NA ODDĚLENÍ JIP .....	25
2.5 NÁPLŇ PRÁCE A POVINNOSTI SESTRY NA JIP .....	26
2.6 JAK BÝT DOBROU SESTROU?.....	26
2.7 KARDIOLOGIE .....	26
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S FS</b> .....	<b>28</b>
3.1 ZÁSADY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	28
3.1.1 Vliv onemocnění na požadavky sebepéče dle modelu V. Henderson .....	28
<b>4 TEORIE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b> .....	<b>31</b>
4.1 OŠETŘOVATELSKÉ MODEL Y SEBEPÉČE .....	31
4.1.1 Model V. Hendersonové .....	31
4.1.2 Teorie deficitu sebepéče dle D. E. Oremové.....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
<b>5 VÝZKUM</b> .....	<b>37</b>



5.1	CÍLE PRÁCE .....	37
5.2	ZDROJE ODBORNÝCH POZNATKŮ .....	38
5.3	METODIKA PRÁCE .....	38
5.3.1	Metodika sestavení situačních potřeb sebedpěče u pacientů s onemocněním fibrilace síní (SiPoSP) .....	38
5.3.2	Metodika výzkumného šetření .....	38
5.3.3	Charakteristika zkoumaného souboru .....	38
5.3.4	Organizace výzkumného šetření .....	39
5.3.5	Pilotní šetření .....	39
5.3.6	Zpracování dat.....	39
5.3.7	Metodika tvorby informačního letáku.....	39
5.4	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	40
5.4.1	Interpretace výsledků k cíli č. 1 .....	40
5.4.2	Přehled situačních problematik u onemocnění fibrilace síní .....	43
5.4.3	Výsledky dotazníkového šetření .....	47
<b>6</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>69</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>81</b>

## ÚVOD

*„Až ti bude v životě nejhůř, otoč se čelem ke slunci a všechny stíny padnou za tebe.“*

*(John Lennon)*

Fibrilace síní je častou poruchou srdečního rytmu, která se u člověka projevuje. Její výskyt se odhaduje na 1 – 2 % populace, přičemž procento narůstá s věkem. U osmdesátníků dosahuje přibližně 10 %. Realistické odhady vypovídají, že incidence FS by se měla v nejbližších 30 letech více než zdvojnásobit, což je důsledek stárnutí populace a z kvalitnění léčby akutních kardiovaskulárních onemocnění. FS sebou přináší mnohá rizika a zároveň dlouhodobě horší prognózu. Zvyšuje riziko mozkové příhody zhruba 5krát. Je zodpovědná za zvýšený výskyt demence, zřejmě na podkladě mikroembolizací do mozku. Zvyšuje výskyt srdečního selhávání a riziko úmrtí na dvojnásobek. V některých případech může onemocnění probíhat asymptomaticky nebo jen s minimálními symptomy. První manifestací onemocnění může právě být cévní mozková příhoda nebo epizoda srdečního selhávání. Proto je nutný rozvoj strategie časné detekce onemocnění (Kautzner, 2012, s. 11, 12).

Oblast kvality života u onemocnění FS je stále zkoumaným objektem. Pacient i rodina jsou postaveny do nové role, kdy je potřeba jim poskytnout dostatek informací vztahujících se k onemocnění. Podstatná je i úprava životního stylu. Na pacienta jsou kladeny nové požadavky sebepěče ke zvládnutí dané situace. Pro pacienta nebo rodinu je podstatné získat patřičné informace o onemocnění, léčbě, komplikacích, dietním opatření, dispenzarizaci, zvládnutí péče o sebe sama.

Bakalářská práce je zaměřená na sebepěči u pacientů s onemocněním FS. Je zde popsán vliv onemocnění na péči o sebe sama dle V. Hendersonové. Podkladem pro zhotovení práce sloužila teorie deficitu sebepěče dle D. E. Oremové. Jsou zde zmapovány vědomosti o samotném onemocnění, příznacích, kterými se onemocnění manifestuje, možnostech léčby, rizicích, které souvisí se samotným onemocněním či s léčbou. Pozornost je zde zaměřená i na oblast důležité antikoagulační léčby warfarinem. V souvislosti s výsledky výzkumného šetření byl sestaven informační materiál dietního opatření při léčbě warfarinem.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

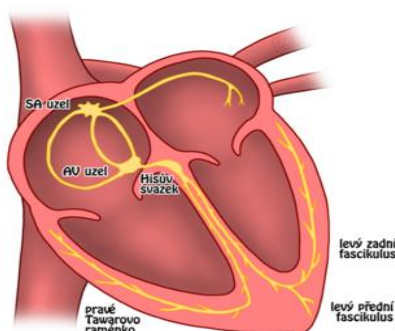
## 1 SRDCE A ONEMOCNĚNÍ FIBRILACE SÍNÍ

Srdce má tvar nepravidelného kužele, je uloženo v mezihrudí za hrudní kostí, s hrotem směřujícím dopředu dolů a doleva a srdeční bází, která tvoří jeho zadní plochu. Srdce je svalová pumpa umožňující krevní oběh, kdy do pravé části srdce přitéká odkysličená krev z tělních orgánů. Odtud je vháněná do plic, kde je obohacována kyslíkem a zbavena oxidu uhličitého. Okysličená krev putuje do levé části srdce, odkud je pumpována do celého těla (Marieb, 2005, s. 522).

### 1.1 Převodní srdeční systém

Převodní systém srdce zajišťují svalové buňky, které rozvádějí elektrický vzruch po celé srdeční svalovině (viz obr. 1). Dávají podnět jednotlivým srdečním oddílům ke správnému načasovanému stahu. Vzruch, který podněcuje srdce ke stahu, vzniká v sinoatriálním (SA) uzlu, uloženém ve stěně pravé předsíně, přímo pod vstupem horní duté žíly. SA uzel vytváří vzruchy o frekvenci 70 až 80 impulsů za minutu a určuje základní srdeční rytmus. Z SA uzlu se impuls šíří podél vláken svaloviny síní do celé předsíně a podněcuje ji ke stahu. Část vzruchů postupuje do atrioventrikulárního (AV) uzlu, který je uložen v dolní části síňové přepážky. Poté pokračuje jako Hisův svazek v mezikomorové přepážce, následně se rozdělí a postupuje do pravého a levého Tawarova raménka. V dolní části přepážky se raménka větví do Purkyňových vláken. Vzruch pak dosahuje srdečního hrotu a otáčí se vzhůru do svaloviny komor, takže krev z komor je při stahu vytlačena nahoru do velkých tepen (Marieb, 2009, s. 532).

Obr. 1 Převodní srdeční systém



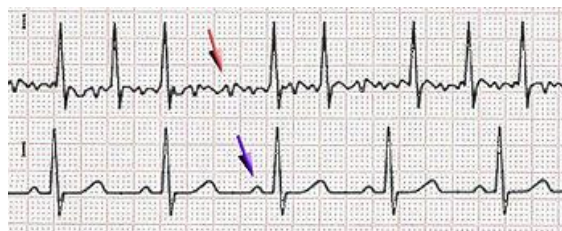
## 1.2 Řízení srdeční frekvence

„Přestože je vlastní srdeční rytmus určován aktivitou sinoatriálního uzlu, může být pozměněn díky zevní kontrole nervového vegetativního systému“ (Marieb, 2005, s. 533). Nervy srdce obsahují orgánová smyslová vlákna, sympatická vlákna, která zrychlují tepovou frekvenci a zvyšují sílu srdečních stahů a vlákna parasympatická, která naopak tepovou frekvenci zpomalují. Autonomní nervový systém srdce je řízen srdečními centry v míšní retikulární formaci. Míšní centra jsou řízena vyššími mozgovými centry, která jsou uložena v hypotalamu (Marieb, 2005, s. 522, 533).

## 1.3 Definice FS

Fibrilace síní (FS) je nejčastější arytmií, jejímž podkladem je tzv. reentry fenomén (patologické kroužení vzruchu po myokardu). Fibrilace je charakteristická velmi rychlými nepravidelnými stahy srdečního svalů s nepravidelným převodem na komory přes AV uzel. Podle míry propustnosti vzruchů přes AV uzel se porucha rytmu manifestuje jako bradyarytmie nebo tachyarytmie. Na elektrokardiogramu není zřetelná P vlna (viz obr. 2.), pouze nepravidelná linie nebo fibrilační vlnky. Komplexy QRS jsou normálního tvaru, R-R interval je však nepravidelný (Lukl, 2009, s. 24, 25).

Obr. 2 Fibrilace síní



## 1.4 Etiologie

Přítomnost FS zdvojnásobuje mortalitu a zodpovídá za více než jednu třetinu kardioembolizačních epizod. FS je spojována s následujícími onemocněními či rizikovými faktory:

- věk
- kouření
- obezita
- kardiomyopatie (vč. infiltrativních onemocnění, např. amyloidóza)
- arteriální hypertenze

- ischemická choroba srdeční
- srdeční infarkt
- perikarditida
- myokarditida
- chlopenní vady
- intrakardiální tumory či tromby
- diabetes mellitus
- nemoci a vady chlopní
- stav po kardiochirurgické operaci
- plicní onemocnění spojená s plicní arteriální hypertenzí
- anamnéza CMP
- abúzus alkoholu, kofeinu, drog
- endokrinní onemocnění (tyreopatie, feochromocytom aj.)

Přibližně v 8 až 20 % případů a to zvláště u mladších pacientů, nemá FS žádnou zjevnou etiologii. Tyto fibrilace nazýváme *izolované*, zde spadají i *familiární formy* FS, jejichž základní charakteristikou je genetická podmíněnost a absence kardiálního onemocnění (Lukl, 2009, s. 25, 26).

## 1.5 Epidemiologie

Výskyt FS se odhaduje na 1 – 2 % populace, procento výskytu narůstá s věkem. U 80letých dosahuje přibližně 10 %. Data z některých populačních studií dokazují nárůst onemocnění ve vyspělých zemích. Častější je FS u mužů než u žen (1,1 % vs. 0,8 %) a častěji se vyskytuje u bělochů než u černochů. Incidence by se v nejbližších třiceti letech měla více než zdvojnásobit, což je důsledek stárnutí populace a lepší léčby akutních kardi-ovaskulárních onemocnění (Kautzner, 2012, s. 13).

## 1.6 Patogeneze a patofyziologie

Podkladem FS jsou mnohočetné reentry. Frekvence síní bývá rychlá a nepravidelná v rozmezí 400 až 800/min. „Nekoordinovaná síňová aktivace je spojena se zhoršením mechanické funkce síní a vyšším rizikem trombembolizmu“ (Laníková, 2007, online). Vědecký výzkum stále zkoumá patofyziologii této arytmie na molekulární úrovni. Zda se jedná o změny v genetické expresi iontových kanálů, které ovlivňují průběh akčního potenciá-

lu síní nebo zda jde o genetické defekty, které způsobují familiární formu této arytmie. Rovněž se výzkum zabývá studií molekulárních změn, které jsou spušťeny přítomností arytmie a které jsou odpovědné za přechod arytmie do chronické formy (Lukl, 2009, s. 27).

### 1.7 Klasifikace fibrilace síní

Charakter FS lze definovat vyjádřením počtu arytmiických epizod, dobou jejich trvání, frekvencí, způsobem jejich vzniku, možných spouštěcích faktorů nebo způsobem jejich ukončení či odezvou na danou terapii. Rozborem anamnézy lze FS rozdělit na symptomatickou či asymptomatickou (Galuszka, 2002, online). „Epizoda arytmie, která neunikla pozornosti při lékařském vyšetření, může být buď vůbec prvním záchytem arytmie, nebo reprezentuje recidivu již dříve známé přítomnosti FS“ (Lukl, 2009, str. 27).

Klasifikace FS:

- *Paroxysmální FS* neboli záchvatovitá fibrilace síní, většinou končí spontánně do 7 dnů, častěji do 48 hodin. Mohou se vyskytovat u řady akutních stavů jako je bronchopneumonie, plicní embolie aj.
- *Perzistující FS*, kdy se arytmie udržuje po více než 7 dnů nebo trvá dobu kratší, ale vyžaduje elektrickou či farmakologickou kardioverzi.
- *Dlouhodobá perzistující FS*, kdy arytmie trvá déle než 1 rok.
- *Permanentní FS* nelze ukončit kardioverzí nebo znovu vzniká do 24 hod po kardioverzi (Lukl, 2009, s. 26).

### 1.8 Klinický obraz

Symptomy se odvíjí od délky trvání arytmií, frekvence a nepravidelnosti akce komor, přítomnosti srdečního onemocnění a také od individuální vnímavosti pacienta. FS se klinicky nejčastěji projevuje rychlými a nepravidelnými palpácemi (bušení srdce), zadýcháváním nebo námahovou dušností, nepravidelným a různě plným pulzem. Pocit plnosti hrudníku nebo stenokardie je častější u velmi rychle převáděné FS. U mladších jedinců je tendence k rychlejší frekvenci komor v průběhu FS. Zhoršená srdeční funkce může vést k únavě, snížené fyzické aktivitě, celkové slabosti, někdy se také vyskytují závratě, nauzea, pocení. Onemocnění může probíhat i asymptomaticky a nemusí se klinicky vůbec projevit, zjistí se tak až náhodně na záznamu EKG (Klener, 2011, s. 227).

## 1.9 Diagnostika

Ke zjištění diagnózy je důležitý odběr anamnézy týkající se symptomů provázející arytmie (palpitace, oprese na hrudi, dušnost, presynkopální stavy), délku trvání potíží a četnost atak (záchvatů). Z fyzikálního nálezu jde především o nepravidelný, různě plný pulz a při rychlé komorové odpovědi i přítomnost tzv. periferního pulzového deficitu. Z laboratorních vyšetření jsou podstatné hodnoty iontů, enzymů, krevního obrazu, koagulací, vyšetření funkce štítné žlázy a také hladiny léků (digoxin) u předávkování. Základním diagnostickým prostředkem pro zjištění FS je zhotovení EKG a to nejlépe dvanáctisvodové. Elektrokardiograficky je FS charakterizována nepravidelnou akcí síní a přítomností fibrilačních vlněk o frekvenci 400 až 600/min., P vlny nejsou přítomny, A-V převod je zcela nepravidelný (Klener, 2011, s. 227). U paroxysmální formy FS je vhodné využít Holterovo monitorování, smyčkové záznamníky nebo transtelefonní sledování nemocných. Dále se využívá echokardiografie k posouzení strukturálních srdečních onemocnění (prodělaný infarkt, chlopenní vady, hypertrofie levé komory aj.) nebo také TEE (transezofageální echokardiografie), která zhodnotí strukturu a funkci srdce. RTG snímek hrudníku, který patří mezi standardní vyšetřovací metody, může upozornit na změny srdečního stínu či projevy městnání, plicní onemocnění aj. (Lukl, 2005, online, Kautzner, 2012, s. 31 – 35).

## 1.10 Léčba

Léčba FS je volena u každého pacienta velmi individuálně, záleží na typu fibrilace, na jejích příznacích, aktuálním stavu pacienta, věku a přítomnosti dalších chorob. Cílem léčby je obnovení sinusového rytmu, kontrola frekvence komor a srdečního rytmu, prevence recidivy paroxysmální FS a také prevence tromboembolických příhod, ke které se přistupuje ihned, z důvodu ochrany před tromboembolickými komplikacemi (Lukl, 2005, online).

### 1.10.1 Kontrola frekvence srdečního rytmu a frekvence komor

Cílem je, aby se klidová komorová frekvence FS po farmakologické úpravě pohybovala v rozmezí mezi 60 až 90/min. a optimální srdeční frekvence při fyzické zátěži nevystoupala přes 110/min. Kontrolu srdeční frekvence je možné dosáhnout farmakologicky, především tzv. *uzlovými blokátory* (beta blokátory, blokátory kalciových kanálů, digoxin) nebo jejich kombinací, dále nefarmakologickou cestou *ablací* nebo *modifikací AV uzlu* (Lukl, 2005, online).



### Farmakologická kontrola srdeční frekvence

Pravděpodobně nejefektivnějším farmakologickým prostředkem k rychlé úpravě srdeční frekvence je podávání *betablokátorů*.

*Betablokátory* jsou léky, které tlumí některé funkce sympatického nervového systému, zpomalují srdeční činnost, snižují krevní tlak. Podle různých studií vedou blokátory konzistentně ke snížení klidové i zátěžové frekvence. Jejich užití je často limitováno kontraindikacemi a potencionálními vedlejšími účinky. Po jejich aplikaci může dojít k hypotenzi, bradykardii, atrioventrikulární blokádě, bronchospasmu, periferní vazokonstrikci, exacerbaci srdečního selhání, erektilní dysfunkci, únavě a poruchám spánku (Lukl, 2005, online). Jejich dlouhodobé užívání je vhodné zejména u nemocných s prodělaným srdečním infarktem a u nemocných se srdeční slabostí, u nichž výrazně snižují incidenci FS. Betablokátory by měli být první volbou léčby tam, kde hraje výraznou roli sympatikus (např. u hypertyreózy, anxiety, vyšších teplot, bolesti aj.). Naopak jsou kontraindikovány u nemocných se známou poruchou vodivého systému. Pro potlačení počtu recidivy paroxysmů FS se doporučuje přidat betablokátory k antiarytmikům třídy IC (Lukl, 2009, s. 44, 45).

*Blokátory kalciových kanálů* jsou látky blokující vstup vápníku do buněk. I. generace jsou diltiazem, nifedipin, verapamil, k II. generaci patří např. amlodipin, felodipin, nitrendipin (Kautzner, 2012, s. 72 – 77).

Pouze *blokátory kalciových kanálů nondihydropyridinového typu* (diltiazem, verapamil) zpomalují vedení vzruchu AV uzlem a mohou mít příznivý vliv na zpomalení srdeční frekvence u FS. Indikace jsou vhodné tam, kde jsou kontraindikovány betablokátory (např. u nemocných s bronchiálními afekcemi). Naopak jsou kontraindikovány u nemocných s bradyarytmií nebo latentní formou sick sinus syndrom (syndrom chorého sinu), který se projevuje střídáním tachykardie, bradykardie a fibrilace síní. Blokátory kalciových kanálů mohou vést k hypotenzi pro svůj negativně inotropní efekt a periferní vazodilataci a mohou rovněž zhoršit srdeční selhání. Oba léky mohou způsobit bradykardii a AV blokádu, proto jejich kombinace s betablokátory je kontraindikována. Mezi vedlejší účinky patří edémy dolních končetin, bolesti hlavy, alergie, u verapamilu obstipace a to hlavně u starších pacientů (Lukl, 2009, s. 45).

*Digoxin* se řadí mezi srdeční glykosidy a pro účely úpravy komorové frekvence se používá nejdéle. Jedná se o jediný lék, který zpomaluje vedení v AV uzlu a současně má

pozitivně inotropní efekt. Proto bývá často využíván ke kontrole srdeční frekvence u pacientů při manifestované akutní srdeční slabosti. Nevýhodou podání digoxinu je pomalejší efekt nitrožilně podané látky (6 až 12 hodin), malá terapeutická šíře a časté nežádoucí účinky. Jedním z příznaků intoxikace digoxinem je vznik srdeční arytmie (např. sinusová bradykardie, AV blokáda, ventrikulární extrasystoly, fibrilace komor). Svým působením na CNS může způsobovat poruchu barevného vidění (žluté vidění), únavu, zmatenost, halucinace, gastrointestinální potíže jako je nevolnost, zvracení, průjem. Účinek digoxinu se zvyšuje při současném podání betablokátorů nebo blokátorů kalciových kanálů. Byl také prokázán nižší efekt na srdeční frekvenci při zátěži nebo jiných stresových situacích (infarkt, sepse aj.) (Lukl, 2005, online, Lukl, 2009, s. 41, 42).

*Amiodaron* se řadí mezi antiarytmika II. a IV. třídy, má dlouhý poločas eliminace, proto se musí kontrolovat jeho plazmatická hladina. Jeho vliv na zpomalení vedením AV uzlem byl prokázán, proto se využívá hlavně ke konverzi FS na sinusový rytmus a to hlavně u nemocných se systolickou dysfunkcí levé komory.

*Sotalol* má kromě vlastností III. třídy antiarytmik také silné účinky na vedení v AV uzlu. Působí též jako neselektivní betablokátor tím, že zpomaluje komorovou odpověď u nemocných s chronickou FS (Lukl, 2009, s. 47).

### **Katetrizační ablace**

Jde o metodu, při které se katetrizační ablací přerušuje vedení v AV uzlu. Vzniklá AV blokáda je kompenzována implantací kardiostimulátoru. Po ablací mají pacienti na dobu jednoho až třech měsíců naprogramovaný kardiostimulátor na základní frekvenci 90/min., aby se minimalizovalo riziko komorových arytmií a náhlé smrti (Lukl, 2009, s. 162).

### **Modifikace AV uzlu**

Jde o metodu, při které je ablací „pomalé“ dráhy v blízkosti AV uzlu snížena průměrná srdeční frekvence. Rizikem je ovšem AV blokáda s nutností implantace kardiostimulátoru (Lukl, 2005, online).

### **Kardiostimulace**

Ke stimulaci pomocí kardiostimulátoru se přistupuje po ablací AV uzlu nebo také u nemocných se sick sinus syndromem. Průměrná energie, která se ke kardiostimulaci využívá, jsou 3J. Stimulační techniky využívané k léčbě FS jsou: standardní síňová, stimulace z více míst, z alternativních míst pravé síně nebo jejich kombinace (Lukl, 2009, s. 164).

### 1.10.2 Kontrola srdečního rytmu (snaha o verzi na sinusový rytmus, jeho dlouhodobé udržení)

„Kontrola srdečního rytmu může být prováděna antiarytmiky I. a III. skupiny, elektrickou kardioverzí, chirurgicky nebo selektivní ablací FS.“ (Lukl, 2005, online).

#### Farmakologická verze

*Propafenon* je antiarytmikum IC. třídy, které může být použito ke konverzi (změně) FS. Je též doporučován k prevenci recidiv po farmakologické či elektrické kardioverzi. Je však kontraindikován u nemocných se zhoršenou funkcí levé komory a u nemocných s manifestní ischemií myokardu.

*Amiodaron* je nejčastěji používán k prevenci recidiv FS, po farmakologické či elektrické verzi.

*Inhibitory ACE a blokátory angiotensinových receptorů* mají výrazný inhibiční vliv na arytmogenní substrát v síních podněcující vznik FS (Lukl, 2005, online).

#### Elektrická kardioverze

*Zevní elektrická kardioverze* patří mezi účinné formy léčby FS, její efekt se při monofázickém výboji pohybuje kolem 80 %, při použití bifázického výboje kolem 95 %. U paroxysmální a perzistující FS je elektrická kardioverze účinná, ovšem u permanentní je vůči kardioverzi rezistentní. Úspěšnost elektrické kardioverze také závisí na délce trvání FS, nejvyšší účinnost elektrické kardioverze je v prvních třech měsících od vzniku arytmie, po 12 měsících délky trvání fibrilace tyto šance klesají.

V případě, že se přistupuje k *elektrické kardioverzi*, je nutné pacienta řádně informovat o výkonu i možných komplikacích a získat od něj písemný souhlas s tímto výkonem. Nutný je nitrožilní přístup pro aplikaci analgezie, hladina draslíku v plazmě by měla být v normě (3,8 – 5,4 mmol/l), aby se předešlo indukci komorových tachyarytmií. Úkolem sestry je příprava pacienta. Měl by být lačný, vymočený, měl by mít průchodnou intravenózní kanylu, odložené všechny ozdobné a kovové předměty (řetízky, prstýnky, zubní protézu aj.). O výkonu pacienta poučí lékař a sestra zkontroluje, zda pacient souhlas s výkonem podepsal. Dále připraví defibrilační přístroj, vozík s pomůckami k resuscitaci. Pacient je elektrograficky monitorován. K celkové hlubší analgezii se používá midazolam, popřípadě kombinovaný s fentanylem. Elektrody se potírají gelem a přikládají se parasternálně vpravo od sternu do výše 2. a 3. mezižebří, druhá elektroda se přikládá na srdeční

hrot nebo pod levou lopatku. U monofázického výboje se začíná na 250 – 300 J, další výboj při neúčinnosti prvního se provede s využitím maximální energie většinou 360 J. U bifázického výboje se začíná s energií 100 J a na druhý pokus se použije maximální energie. Tímto postupem se zajistí vyšší účinnost kardioverze s menší kumulativní energií.

*Komplikace kardioverze* jsou vzácné. Patří mezi ně lehké popáleniny či zarudnutí v místě přiložení defibrilačních elektrod a bradykardie (Lukl, 2009, s. 118 – 124).

#### *Intrakardiální kardioverze*

Při intrakardiální kardioverzi se zavádí elektrody pod RTG kontrolou do koronárního sinu, druhá do ouška pravé síně nebo na laterální stranu pravé síně, třetí do pravé komory, kde slouží k synchronizaci s R vlnou a ke stimulaci komor po výboji. Alternativou je použití balónkového monokatetru, kdy distální část katetru s elektrodou je zavedena do plicní žíly a proximální elektroda leží v síni pravé. Intrakardiální kardioverze se provádí u pacientů s neúčinnou externí kardioverzí nebo u nemocných v průběhu elektrofyzilogického vyšetření a její účinek je téměř stoprocentní.

#### *Transezofageální kardioverze*

Výhoda této metody je ve spojení s jícnovou echokardiografií (Lukl, 2009, s. 122).

#### *Chirurgická ablace*

Spočívá v sérii transmurálních řezů v obou síních, které znemožní tzv. „reentry“ okruh v síních, takže se impulz z SA uzlu dostane rychleji do AV uzlu a odsud na myokard (Lukl, 2005, online).

#### *Katetrizační ablace*

Selektivní ablace je indikována u nemocných s paroxysmální formou FS, refrakterní na antiarytmickou léčbu a ne příliš pokročilým strukturálním onemocněním levé síně (Lukl, 2005, online).

### **1.10.3 Prevence tromboembolických komplikací**

Mnoha studii bylo prokázáno vyšší riziko tromboembolických komplikací u pacientů s FS, proto je důležitá včasná antikoagulační a antiagregační léčba (Lukl, 2009, s. 99). Evropská doporučení pro léčbu FS navrhuji prvně provést rizikovou stratifikaci CHADS<sub>2</sub> (viz tab. 1) a pokud je skóre ohodnoceno 2 a více body, je indikována léčba warfarinem. Záro-

veň se provádí posouzení rizika krvácivých komplikací. Za hlavní rizikové faktory krváčení je považován vyšší věk a vysoká intenzita antikoagulační léčby (Kautzner, 2012, s. 43 – 44).

Tab. 1. Stratifikace CHADS2

Rizikový faktor	Skóre (počet bodů)	Prevalence (%)
C-Recentní srdeční selhání	1	32
H-Hypertenze	1	65
A-Věk nad 75 let	1	28
D-Diabetes mellitus	1	18
S2-Anamnéza CMP či TIA	2	10
Vysoké riziko	více než 3	22
Střední riziko	1 – 2	33 – 55
Nízké riziko	0 – 1	17 – 51

*Antikoagulancia* jsou léky tlumící krevní srážlivost (koagulaci). Antikoagulancia inhibují sekundární hemostázu a to blokadou účinku trombinu (hepariny a hirudiny), blokadou účinku faktoru Xa (pentasacharidy a nízkomolekulární heparin) a snížením syntézy koagulačních faktorů závislých na vitamínu K (Bultas, 2008, online).

#### *Přímá antikoagulancia (heparin)*

Schopností heparinu je ovlivnit aktivitu antitrombinu III a také inhibuje faktory krevního srážení. Výhodou heparinu je rychlý nástup účinku, dlouhodobější účinek a lépe předvídatelný efekt.

#### *Nepřímá antikoagulancia (kumariny)*

Zasahují do syntézy koagulačních faktorů, které jsou závislé na vitamínu K. Ovlivňují metabolismus vitamínu K a tím omezují tvorbu koagulačních faktorů II., VII., IX., X., ale i proteinu C a proteinu S, což vede k narušení hemostatické rovnováhy a tím ke snížení krevní srážlivosti. Nejčastěji užívaným lékem v této skupině je warfarin (Varvařovský, 2008, s. 77).

*Warfarin*

Jednou z nevýhod užívání warfarinu je malá terapeutická šíře, kdy malá dávka vede k selhání léčebného efektu a předávkování zvyšuje riziko krvácivých projevů. Dále také opožděný nástup účinku 3 až 4 dny, možný přechodný hyperkoagulační stav na počátku léčby, obnova plné srážlivosti za několik dní po vysazení a obnova plné srážlivosti za několik hodin po aplikaci vitamínu K (Kessler, 2000, s. 17). Léčba warfarinem za hospitalizace se zahajuje plnou heparinizací nízkomolekulárními hepariny, se současným podáváním warfarinu v dávce 5 mg až 10 mg. Heparin se ponechává, dokud není dosaženo plného terapeutického účinku warfarinu. Snížení hladiny koagulačních faktorů včetně protrombinu bývá dosaženo cca po 5 dnech léčby, nejdříve však druhý den po dosažení terapeutického rozmezí INR (Kessler, 2000, s. 35). Pacientovi je podávána strava s omezením příjmu vitamínu K. Intenzita antikoagulační léčby warfarinem je sledována pomocí hladiny INR (international normalized ratio), která by se měla pohybovat v terapeutickém rozpětí 2,0 – 3,0.

*Kontraindikací léčby warfarinem* je těhotenství (1. a 3. trimestr), hrozící potrat, preeklampsie, onemocnění jater, vrozené či získané krvácivé stavy, čerstvé operační zákroky a stavy bezprostředně po operaci, krvácení, chronický alkoholismus, demence, nespolupráce pacienta, nekontrolovaná hypertenze, anamnéza nitrolebního krvácení (Kautzner, 2012, s. 46 – 49).

*Účinek warfarinu* je závislý na klinické situaci konkrétního onemocnění (věk, přidružená onemocnění), příjem vitamínu K v potravě, resorpce vitamínu K ze střeva nebo současné užívání jiných léků (viz tab. 2).

Tab. 2. Ovlivnění účinku warfarinu

Zvýšení INR	Snížení INR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nesteroidní antiflogistika-ASA</li> <li>• heparin</li> <li>• amiodaron, chinidin</li> <li>• cimetidin, omeprazol, cizaprid</li> <li>• kortikosteroidy</li> <li>• erythromycin, tetracyklin, neomycin, cotrimoxazol, isoniazid, 3. generace cefalosporinů</li> <li>• fluvastatin, simvastatin</li> <li>• tamoxifen, thyroxin</li> <li>• alopurinol, dipyridamol</li> <li>• alkohol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• barbituráty</li> <li>• haloperidol</li> <li>• aldacton</li> <li>• vitamín K</li> <li>• rifampicin, griseofulvin</li> <li>• cholestyramin</li> <li>• antihistaminika</li> <li>• antityreoidální léky</li> <li>• cyklosporin</li> </ul>

Vnitřní příčiny	Vnitřní příčiny
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vyšší věk</li> <li>• jaterní nedostatečnost, obstrukční žloutenka</li> <li>• hypermetabolické stavy</li> <li>• pravostranné srdeční selhání</li> <li>• horečka, infekce</li> <li>• malabsorbční stavy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hypometabolické stavy</li> <li>• urémie</li> <li>• vrozená rezistence</li> <li>• strava bohatá na vitamín K (Kautzner, 2012, s. 44)</li> </ul>

### *Antiagregancia*

Agregace (shlukování) krevních destiček se dá snížit pomocí kyseliny acetylsalicylové při denní profylaktické dávce 75 až 100 mg. Nejčastěji používaný přípravek je *Aspirin* (Lukl, 2009, s. 101 – 104).

## **1.11 Komplikace**

Mezi závažné komplikace FS patří výskyt trombembolických příhod. Neléčená arytmie může také vést k remodelaci síní, k jejich dilataci, k zánětlivým změnám a následnému srdečnímu selhávání (Čihák, 2011, online).

## **1.12 Prognóza a kvalita života**

Mortalita pacientů s FS je přibližně 2x vyšší než u pacientů se sinusovým rytmem. Hlavní příčinou morbidit i mortality je vyšší výskyt trombembolických příhod. Arytmie vede k poklesu srdečního výdeje. Mortalita také závisí na přítomnosti kardiálního onemocnění. Klinické projevy FS výrazně ovlivňují kvalitu života tím, že omezují pacienta v provádění aktivit denního života a snižují jeho schopnost v některých oblastech sebepěče (Čihák, 2004, online).

## 2 CHARAKTERISTIKA PRÁCE SESTRY NA JIP

### 2.1 Intenzivní péče a náplň oboru

Jednotka intenzivní péče (JIP) je specializované oddělení poskytující intenzivní zdravotnickou péči pacientům v akutním ohrožení života. Zajišťuje možnost diagnostiky, léčby, rehabilitace a prevence multiorgánového selhávání (Kapounová, 2007, s. 19). Optimální péčí o kriticky nemocné je multidisciplinární přístup (Ševčík, 2003, s. 2).

### 2.2 Indikace k hospitalizaci na JIP

Indikací pro příjem na JIP jsou kritické stavy s hrozícím selháváním jednoho nebo více orgánů, ke kterému může dojít při vzniku onemocnění interního charakteru. Často jde o akutní metabolické stavy, jaterní a ledvinové selhávání, akutní stavy v endokrinologii a hematologii, sepse provázející interní a onkologická onemocnění a hlavně onemocnění dýchacího a kardiovaskulárního charakteru (Zadák, 2007, s. 12).

### 2.3 Důvody ukončení hospitalizace na JIP

Důvodem pro ukončení hospitalizace na JIP může být propuštění pacienta do domácí a dispenzární péče po stabilizaci zdravotního stavu nebo překlad na specializované pracoviště k provedení určitého druhu invazivního výkonu, či překlad na intermediální jednotku. Zde již pacient nemusí být monitorován pomocí přístrojů (Zadák, 2007, s. 12, 13).

### 2.4 Personál na oddělení JIP

Podstatou práce na JIP je profesionální, kvalifikovaný přístup zdravotnického personálu, který se podílí na nepřetržité péči o pacienta. Na JIP je stanoven vedoucí lékař a staniční sestra, kteří odpovídají za práci svých podřízených. Součástí personálu jsou lékaři, všeobecné sestry, ošetřovatelé, sanitáři. Dále je možno využít péče rehabilitačního pracovníka, nutričního terapeuta, psychologa, psychiatra, logopeda aj. Práce sestry na JIP je náročná, klade vysoké nároky na vzdělání sester, na kvalitu poskytované péče, rychlost rozhodování a zručnost prováděných úkonů. K prohlubování těchto vědomostí a znalostí slouží specializační vzdělávání v oboru intenzivní péče s označením odbornosti specialistů *sestra pro intenzivní péči*. Jde o formu celoživotního vzdělávání, která vychází ze zákona č. 105/2011 Sb. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a nařízení vlády č. 31/2010 Sb. (o oborech specializačního vzdělávání), (MZCR, 2011, online).



## 2.5 Náplň práce a povinnosti sestry na JIP

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je závislý na diagnóze, zdravotním stavu pacienta, jeho spolupráci a ordinované léčbě. Péče o pacienta na JIP je kontinuální, spočívá v neustálém monitorování celkového stavu a fyziologických funkcí, v provádění úkonů, které zajišťují nebo částečně kompenzují soběstačnost pacienta. Nejčastější úkony prováděné sestrou:

- kontinuální monitoring – EKG, TK, pulz, TT, saturace kyslíkem, stav vědomí, CVT
- zavádění, asistence, péče o invazivní vstupy – CŽK, arteriální katetr, periferní žilní katetr, hrudní drenáž aj.
- odběr biologického materiálu
- orientační hodnocení výsledků a hlášení lékaři
- plnění medikace dle ordinace lékaře – infuzní terapie, asistence u aplikace krevních derivátů, léky aj.
- péče o dýchací cesty – aplikace kyslíku, UPV, odsávání z dýchacích cest, inhalace
- péče o vyprazdňování – PMK, stomie
- péče o výživu – NGS, enterální a parenterální výživa, pitný režim
- péče o hygienu – pacient, lůžko, prevence dekubitů, kontraktur
- ošetrovatelská péče, kompenzace deficitu sebedpěče, aktivizace pacienta k sebedpěči (Kapounová, 2007, s. 21).

## 2.6 Jak být dobrou sestrou?

Práce sestry vyžaduje uznávání morálních hodnot, respektování druhých, zodpovědnost a empatické cítění vůči pacientům, poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, což souvisí s ochotou přijímat a učit se novým věcem. Spokojenost pacientů s prací sestry je patřičným ukazatelem odvedené práce (Pavlíková, 2006, s. 49 – 51).

## 2.7 Kardiologie

Kardiologie jako vědní obor interního lékařství se zabývá diagnostikou a léčbou onemocnění srdce, srdečních vad, ischemií, selhávání a ostatních onemocnění srdce. Vývoj v této oblasti je radikální jak v diagnostice, tak i v oblasti léčby. O rozvoj kardiologie se také snaží dobrovolná odborně vědecká organizace „Česká kardiologická společnost“, která je

pokračovatelkou *Československé kardiologické společnosti* založené v roce 1929. Jejím hlavním posláním je rozvoj odborné úrovně v kardiologii. Ve spolupráci s jinými odbornými institucemi se podílí na výchově, prevenci a experimentální činnosti v tomto oboru. V rámci zvyšování úrovně vědomostí pořádá společnost pravidelně tzv. „*České kardiologické dny*“, kde jsou prezentovány různé novinky. Pro pacienty trpící poruchami srdečního rytmu existuje internetový portál „*Rytmus srdce*“, který je zaměřen na spojení pacientů s arytmií a jejich organizacemi za účelem zvyšování povědomí o srdečních arytmiích, diagnostice a léčbě. Snaží se zvyšovat kvalitu života pacientů tím, že podporuje rozvoj špičkových center zaměřených na diagnostiku a léčbu arytmií (Kardio-cz, 2012, Rytmus-srdce, 2012, online).

### 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S FS

#### 3.1 Zásady ošetrovatelské péče

Pacient s FS je přijímán na JIP, kde přebírá ošetrovatelskou péči o pacienta všeobecná (specializovaná) sestra. Prioritou je uložit pacienta na lůžko, připojit na monitor, zajistit klid a bezpečí, zahájit léčbu a monitorovat pacientův celkový stav a fyziologické funkce. Sestra u pacienta provádí posouzení aktuálního stavu, úrovně sebekpěče ve všech základních oblastech, dle zjištěných problémů a potřeb stanovuje ošetrovatelské diagnózy, plánuje a provádí ošetrovatelskou péči a následně ji také vyhodnocuje a dokumentuje (Staňková, 1996, s. 84).

*Monitoring* spočívá ve sledování fyziologických funkcí (TK, pulz, TT, stav vědomí), saturace kyslíkem, celkového fyzického i psychického stavu, EKG, účinku léků, BT, laboratorních výsledků.

##### 3.1.1 Vliv onemocnění na požadavky sebekpěče dle modelu V. Hendersonové

Posouzení stavu sebekpěče v oblastech:

###### 1. Dýchání

Při zhodnocení dýchání sledovat typ, frekvenci, hloubku dýchání, počet dechů za minutu, barvu kůže, polohu při dýchání. U pacientů s FS se může projevit dušnost nebo příznaky dechové tísně. Při projevech dušnosti je vhodná zvýšená poloha v lůžku, kyslíková terapie se zvlhčováním vzduchu, v případě nutnosti se provádí odsávání sekretu z dýchacích cest.

###### 2. Výživa

Provést zhodnocení stavu výživy a hydratace, míra sebekpěče v příjmu tekutin a stravy. V akutním stádiu se nepodává nic per os, popřípadě jen čaj a to z důvodu indikace kardioverze. Dále je dieta s omezeným příjmem soli nebo dieta při antikoagulační léčbě. Doporučuje se dostatečný příjem tekutin a to nejlépe čaj nebo neperlivá voda.

###### 3. Vylučování

Zhodnotit míru sebekpěče v oblasti vyprazdňování moče a stolice. Sledovat množství vyloučené moče, pravidelnost odchodu stolice, provádět prevenci zácpy. V období klidového režimu zajistit vyprazdňování na lůžku.

###### 4. Pohybový režim, udržení polohy

Zhodnotit rozsah pohybu, schopnost udržet polohu v lůžku, sledovat objektivní i subjektivní příznaky bolesti. V akutním stádiu je doporučen klid na lůžku, leh ve zvýšené poloze (Fowlerova), mobilizace se provádí při stabilizaci zdravotního stavu, následuje rehabilitace.

#### *5. Spánek a odpočinek*

Zhodnotit potřebu spánku, spánkové rituály, návyky, kvalitu a frekvenci spánku. Zajistit možnost odpočinku v tichém, klidném, příjemném prostředí, eliminovat rušivé elementy.

#### *6. Výběr vhodného oblečení*

Dopomoci s výběrem či zajistit vhodné oblečení ze svého materiálu a přiměřené velikosti. Dle potřeby zajistit jeho výměnu.

#### *7. Tělesná teplota*

Provádět monitoring tělesné teploty, v případě její nerovnováhy realizovat režimová opatření.

#### *8. Hygiena*

Zhodnotit úroveň sebepečce v péči o tělo, vlasy, dutinu ústní, zuby, kůži. V době klidového režimu zajistit pacientovi všechny pomůcky k lůžku, dopomoc s péčí o hygienu a provádět aktivizaci pacienta dle jeho aktuálních možností. Edukovat nemocného v oblastech udržování tělesné čistoty.

#### *9. Odstranění rizik z prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých*

Provádět zhodnocení rizik a preventivních opatření k zabránění vzniku zranění pacienta. Prevence pádu spočívá v zajištění vhodné obuvi, poučení pacienta o bezpečné mobilizaci, odstranění překážek z okolí, seznámení s prostředím a se signalizací.

#### *10. Komunikace s jinými osobami, vyjádření emocí, potřeb, obav, názorů*

Zhodnotit kognitivní funkce, do jaké míry pacient může komunikovat, jak reaguje na požadavky, zda je schopen spolupráce. V případě potřeby zajistit jinou formu komunikace.

#### *11. Vyznání vlastní víry*

U pacienta zjistit potřebu vyznání vlastní víry, životní hodnoty, snažit se jim přizpůsobit a zajistit prostředí k tomu vhodné.

#### *12. Smysluplná práce*

Zajistit kontakt s okolím, návštěvy rodinných příslušníků k přihlednutí k aktuálnímu stavu a přání pacienta. Postupně začleňovat do aktivit denního života, rehabilitovat.

### *13. Účast na různých formách odpočinku a relaxace*

Zajistit dostatek odpočinku pro pacienta a vhodnou relaxaci.

### *14. Učení novým věcem*

Obeznámit s věcmi, se kterými se pacient setkává poprvé nebo které potřebuje zopakovat. Nemocného a rodinu edukovat v průběhu celé hospitalizace. Poučit o aktuálním zdravotním stavu, diagnostických a léčebných metodách, ošetřovatelské péči, dietním opatření, rizicích spojených s léčbou a užíváním warfarinu, rehabilitaci, aktivitách a pohybovém režimu, nutnosti trvalé dispenzarizace v kardiologické či arytmiologické ambulanci. Provádět zpětnou odezvu (Pavlíková, 2006, s. 45 – 51).

## 4 TEORIE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

*Ošetřovatelství* jako činnost zaměřená na pomoc ostatním se vyvíjela po staletí. Až do poloviny minulého století probíhala ošetřovatelská činnost založena na tradicích a praktických zkušenostech než na teoretických základech. V současné době ošetřovatelství pracuje podle určitých konceptů, teorií, modelů podložených vědomostmi, praktickými zkušenostmi a různými filozofickými názory.

*Model* je vypracovaná konstrukce, obraz, představa, popis zkoumaného jevu (Pavlíková, 2006, s. 16).

### 4.1 Ošetřovatelské modely sebekpěče

Koncepční modely sebekpěče poskytují systematickou strukturu a zdůvodnění činností, ukazují směr hledání a řešení praktických problémů. Pro sestru jsou důležité, protože jí nabízejí filozofickou a pragmatickou orientaci na služby, které sestra poskytuje pacientům (Pavlíková, 2006, s. 23).

#### 4.1.1 Model V. Hendersonové

Podle V. Hendersonové je jedinečnou funkcí sestry pomáhat nemocnému či zdravému člověku provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu jeho zdraví a dosáhnout tak u pacienta co nejvyššího stupně soběstačnosti. Popisuje 14 oblastí:

1. pomoc pacientovi s dýcháním
2. pomoc při příjmu potravy
3. pomoc při vyměšování
4. pomoc při udržení žádoucí polohy při chůzi, vleže, vsedě, pomoc při změně polohy
5. pomoc při odpočinku a spánku
6. pomoc používat vhodný oděv, pomoc při svlékání a oblékání
7. pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí
8. pomoc při udržování čistoty, upravenosti těla, ochrana pokožky
9. ochrana před nebezpečím z okolí (nákaza, úrazy, násilí)
10. pomoc při komunikaci, při vyjádření pocitů a potřeb
12. pomoc při produktivní (pracovní) činnosti

13. pomoc v odpočinkových, zájmových činnostech

14. pomoc při učení

Hlavním cílem ošetrovatelství je tedy udržet člověka maximálně soběstačného, nezávislého na svém okolí (Staňková, 1996, s. 75, 76).

#### **4.1.2 Teorie deficitu sebekpěče dle D. E. Oremové**

##### ***Sebekpěče (SP)***

Sebekpěče je chápána jako péče o sebe sama nebo také péče prostřednictvím sebe sama. „Sebekpěče je iniciování a provádění aktivit, které uskutečňují jedinci ve vlastním zájmu pro zachování života a pocitu pohody, stejně jako svého zdraví“. Sebekpěče je vědomě řízené chování a dá se naučit.

##### ***Kompetence sebekpěče (KSP)***

Kompetence sebekpěče jsou specifické schopnosti jedince k vykonání potřebných činností, v závislosti na určité potřebě sebekpěče. D. E. Oremová rozdělila kompetence sebekpěče do tří koncepcí. *Činnosti sebekpěče (ČSP)* – zahrnují jednotlivé postupy jednání při vykonávání péče o sebe sama, hodnocení a pochopení situace. *Potencionální komponenty (PK)* – zahrnuje deset potencionálních komponent, které umožňují provádění činností sebekpěče. *Základní dispozice a schopnosti (ZDaS)* – zahrnuje dispozice a vlohy pro kompetence v péči o sebe sama.

##### ***Požadavky sebekpěče (PSP)***

Požadavky sebekpěče jsou teoretickým vyjádřením požadavků na lidský život a vyjadřují nezbytnost v péči o sebe sama:

**1. Obecné požadavky sebekpěče** zaměřené na základní funkce a životní procesy organismu.

- udržení dostatečného přívodu vzduchu
- udržení dostatečného příjmu potravy, tekutin
- udržení správného vylučování moče a stolice
- udržování rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem
- udržování rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí

- předcházení životních rizik týkajících se lidského fungování a well-being, fyzická rovnováha
- podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny

## **2. Vývojové požadavky sebepěče jsou spojené s růstem, vývojem, s životními etapami.**

### *I. Zajištění podmínek podporující vývoj:*

- dostatečné zaopatření základními substancemi k podpoře vývoje
- udržení fyzikálních, sociálních, okolních podmínek k pocitům pohody a bezpečí
- zajištění a udržení podmínek s optimálními sensorickými podněty
- zajištění a udržení podmínek pro afektivní a kognitivní vývoj
- zajištění podmínek a zkušeností důležitých pro rozvoj schopností pro život ve společnosti
- zajištění podmínek a zkušeností důležitých pro rozvoj sebevědomí
- naučení se zvládat strach

### *II. Angažovanost ve vývoji sebepěče:*

- pochopení vlastního pozorování a reflexe vlastního jednání
- učení se akceptovat pocity s ohledem na vlastní osobu a ostatní lidi
- využívání talentu a oblastí zájmu
- reflektování cíle a hodnotové představy
- zodpovědné jednání v určitých životních situacích
- učení se rozumět emocím
- snaha o pochopení negativních emocí a impulsů jednání
- podpora duševního zdraví

### *III. Vývojové poruchy, způsobené životním prostředím, nemocí, potencuje vznik požadavků s následujícími cíly:*

- snaha o zabránění negativnímu důsledku vývoje
- zajištění podmínky a zkušenosti, které mírní a překonávají stávající negativní vlivy na vývoj jedince

## **3. Zdravotně podmíněné požadavky sebepěče při poruchách zdraví:**

- nárokování a zajištění vhodné zdravotnické péče
- pochopení a rozpoznání důsledky patologických stavů
- efektivní dodržování a provádění ordinovaných zdravotnických opatření



- uvědomění si a vědění, jak regulovat vedlejší efekty zdravotnických intervencí
- akceptování změny konceptu sebe sama v souvislosti s určitým zdravotním stavem, který vyžaduje specifickou formu zdravotní péče
- integrace účinku a podmínek nemoci a postupu léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj (Bekel, 2004, s. 24 – 29)

*„Je-li kompetence sebepéče v rovnováze s požadavky sebepéče, deficit sebepéče nevzniká. Převyšují-li požadavky sebepéče kompetenci sebepéče, deficit sebepéče vzniká“* (Bekel, 2004, s. 32).

### ***Situativní potřeba sebepéče (SiPoSP)***

„SiPoSP je způsob a počet opatření, o kterých člověk ví nebo se o nich domnívá, že regulují lidské funkce a vývoj člověka v určitém časovém rámci“ (Bekel, 2004, s. 33).

### ***Deficit sebepéče (DSP)***

Oremová vyjadřuje deficit sebepéče jako vztah mezi schopností nebo také kompetencí sebepéče (KSP) a situativní potřebou sebepéče (SiPoSP), kdy schopnosti v péči o sebe sama neumožňují zajištění některých nebo všech komponentů SiPoSP. Úplný deficit sebepéče znamená nedisponovat žádnými schopnostmi uspokojit situativní potřebu sebepéče. Oremová systematicky formovala koncept sebepéče pro oblast ošetrovatelství (Bekel, 2004, s. 25, 33).

### ***Ošetrovatelské systémy***

Ošetrovatelské systémy znázorňují způsob a rozsah ošetrovatelských činností, diferencují ošetrovatelskou činnost a nabízejí přiřazovací systém pro ošetrovatelské výkony. Jednotlivé systémy vykazují role, které přijímají ošetřující, pacienti nebo jiné osoby podílející se na systému péče. Mezi hlavní tři systémy patří:

1. *Úplně kompenzační systém*, kdy je buď neschopnost provést libovolnou formu vědomého jednání, vědomá neschopnost provést činnost, přestože je zachována určitá míra způsobilosti pozorování a rozhodování nebo neschopnost provádět sebepéči na základě chybějící schopnosti úsudku a rozhodnutí při zachovalé pohyblivosti.

2. *Částečně kompenzační systém*, kdy je omezení v pohybových a manipulativních činnostech nebo může být omezení v oblasti vědomostí, stejně tak jako žádoucích dovedností či omezení v procesu osvojit si specifické aktivity.

3. *Podpůrný a edukační systém*, v němž jde o kombinaci podpory, vedení a zajištění příznivého okolí pro vývoj (Bekel, 2004, s. 35).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 VÝZKUM

### 5.1 Cíle práce

Cíl č. 1. Sestavit situační potřebu sebezpečí u pacientů s FS.

Cíl č. 2. Zjistit vědomosti pacientů o onemocnění zvaném FS a její léčbě.

Cíl č. 3. Zjistit vědomosti pacientů o léčbě warfarinem a jeho možných vedlejších účincích.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme 50% neznalost dietního omezení u léčby warfarinem.

Cíl č. 4. Zjistit, co nejvíce pacienty s FS zatěžuje.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že pacienty s FS nejvíce zatěžuje léčba warfarinem a dodržování dietního opatření.

Cíl č. 5. Informační leták: Dietní opatření při léčbě warfarinem.

## 5.2 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky o onemocnění fibrilace síní a teorii deficitu sebekpěče byly získány z odborné literatury, článků v odborných časopisech a materiálů přístupných z internetového zdroje.

## 5.3 Metodika práce

### 5.3.1 Metodika sestavení situačních potřeb sebekpěče u pacientů s onemocněním fibrilace síní (SiPoSP)

Předpokladem pro sestavení SiPoSP byla dostatečná znalost teorie deficitu sebekpěče a problematiky onemocnění FS. Po prostudování odborné literatury zabývající se problematikou onemocnění FS a teorií deficitu sebekpěče byl metodou analýzy, srovnání a dedukcí sestaven výčet situačních potřeb odvozených od obecných a zdravotně podmíněných požadavků na sebekpěči. Zde byl použit koncept činností sebekpěče dle D. E. Oremové.

### 5.3.2 Metodika výzkumného šetření

K výzkumnému šetření a splnění cílů 2, 3 a 4 byla použita metoda anonymního dotazníkového šetření. Dotazník (viz příloha č. 3) byl vytvořen pro účely tohoto výzkumného šetření a vycházel z vytvořených situačních potřeb sebekpěče.

V úvodu byli respondenti osloveni a obeznámeni s významem, účelem a postupem jeho správného vyplnění. Dotazník obsahoval 18 položek. V prvních dvou otázkách došlo ke sběru empirických dat. Otázky 3, 4, 5, 6 byly vědomostního charakteru a měly za úkol zjistit znalost pacientů o onemocnění FS. Položky 7, 8, 9 se vztahovaly k problematice léčby tohoto onemocnění. Otázky 10, 11, 12, 13 se informovaly na znalost antikoagulační léčby warfarinem a položky 14, 15 a 16 na rizika této léčby. Poslední 17 a 18 položka měla za úkol zjistit činnost sebekpěče v souvislosti s FS.

### 5.3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Informace k výzkumnému šetření byly získány formou anonymního dotazníku. Z celkově 80 rozdaných dotazníků se navrátilo 62. Bylo použito 60 dotazníků, dva dotazníky byly z výzkumného šetření vyloučeny, z důvodu nesplnění zadaných kritérií. Charakteristika zkoumaného souboru:

1. Respondenti bez věkového omezení, mužského i ženského pohlaví.

2. Respondenti s diagnostikou FS.
3. Respondenti, kteří byli pacienti interní JIP, IMP Vsetínské nemocnice a.s.
4. Respondenti, kteří navštívili kardiologickou ambulanci Vsetínské nemocnice a.s.
5. Respondenti s antikoagulační léčbou warfarinem.

#### **5.3.4 Organizace výzkumného šetření**

Sběr dat byl proveden na JIP, IMP interního oddělení a v kardiologické ambulanci po předchozím písemném svolení výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo od 20. 12. 2010 do 15. 4. 2011. Sběr dat prováděly všeobecné sestry pracující na těchto odděleních nebo v kardiologické ambulanci.

#### **5.3.5 Pilotní šetření**

Dotazník byl vytvořen ve spolupráci s Mgr. Jarmilou Verešovou. Poté byl předložen třem respondentům, kteří splňovali zadaná kritéria. Dotazník byl shledán jako přehledný, srozumitelný a proto bylo přistoupeno k výzkumnému šetření.

#### **5.3.6 Zpracování dat**

Získaná data byla zpracována v kontingčních tabulkách, výsledky jsou zobrazeny v četnostních tabulkách, které obsahují absolutní i relativní četnost. Absolutní četnost znázorňuje počet získaných hodnot a relativní četnost vyjadřuje tyto hodnoty v procentech. Data byla zpracována v programu Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel.

#### **5.3.7 Metodika tvorby informačního letáku**

Po nastudování odborné literatury a provedení pilotního šetření, byl sestaven informační leták k dietnímu režimu při léčbě warfarinem. Leták obsahuje základní informace problematiky dietního opatření při léčbě warfarinem a rozpis jídelníčku.

## 5.4 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

### 5.4.1 Interpretace výsledků k cíli č. 1

Pro vytvoření SiPoSP u pacientů s onemocněním fibrilace síní byl nejdříve popsán vliv onemocnění na obecné a zdravotně podmíněné požadavky sebekpěče.

Tab. 3. Obecné požadavky sebekpěče

Obecné požadavky sebekpěče	Vliv onemocnění FS na obecné požadavky sebekpěče
1. Udržení dostatečného přívodu vzduchu.	<p>Při kompenzované FS nemusí mít pacient potíže s dýcháním.</p> <p>Dušnost po námaze nebo v klidu se může objevit při paroxysmu FS.</p>
2. Udržení dostatečného příjmu potravy a tekutin.	<p>Při projevech palpitací, dušnosti, únavy, snížené výkonnosti mohou klesat i požadavky na příjem stravy a tekutin nebo pacient není schopen si tento příjem zajistit sám, může se objevit nechutenství.</p> <p>Mohou se objevit otoky při selhávání srdce.</p> <p>Dodržování dietního opatření při léčbě antikoagulancii (warfarinem).</p>
3. Udržování vylučování moče a stolice.	<p>Potíže mohou nastat při dušnosti a tím ztížené chůzi dojít na WC včas nebo samovolným únikem moči při progresi dušnosti.</p> <p>Neschopnost vyprázdnit se na lůžku může nastat při hospitalizaci a klidovém režimu.</p>
4. Aktivita a odpočinek.	<p>Únava, dušnost, snížená výkonnost způsobují sníženou aktivitu, zhoršenou pohyblivost, pacient tak musí častěji odpočívat nebo nemůže některé aktivity vykonávat vůbec (domácí práce, nákup, procházky).</p>

	<p>Může dojít ke zhoršení chůze, přesunu na lůžko, změně polohy v lůžku.</p> <p>Presynkopa, synkopa vedoucí k pádu.</p>
5. Udržování rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí.	<p>Zhoršení fyziologických funkcí, únava, nevykonnost, intolerance aktivity často pacienta vyřazují ze společenského dění.</p> <p>Vlivem zhoršení onemocnění není schopen zvládat zátěž, kterou zvládal dříve, jak v práci, ve sportu, v sociálním prostředí. (Nedojde si na nákup, nemůže se věnovat sportovním činnostem, nemůže dojít k lékaři aj.)</p>
6. Předcházení životních rizik týkajících se lidského fungování a well-being, fyzická aktivita.	<p>Zvýšené riziko tromboembolických příhod při paroxysmu FS.</p> <p>Zvýšené riziko krvácivých projevů při léčbě antikoagulancii.</p>
7. Podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny.	<p>Strach z izolace, snížená sociální aktivita.</p> <p>Strach ze ztráty pracovní schopnosti, zaměstnání.</p>

Tab. 4. Zdravotně podmíněné požadavky sebedpěče

Zdravotně podmíněné požadavky sebedpěče	Vliv onemocnění FS na zdravotně podmíněné požadavky sebedpěče
1. Nárokování a zajištění vhodné zdravotnické péče.	Znát vyšetřovací metody, možnosti a postupy léčby. Znát příznaky. Znát lékaře.
2. Uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů.	Znát rizika léčby antiarytmiky, antikoagulancii a rizika nedodržování jejich dávkování.



	<p>Znát rizika nedodržování léčebného režimu.</p> <p>Znát rizika invazivní léčby.</p> <p>Rozpoznat příznaky zhoršení onemocnění.</p>
<p>3. <i>Efektivní dodržování a provádění ordinovaných zdravotnických opatření.</i></p>	<p>Dodržovat léčebný režim (dávky léku, omezení fyzické aktivity při paroxysmu FS, dietní opatření při léčbě antikoagulancii, zdravý životní styl).</p> <p>Dodržovat dispenzární péči (praktický lékař, kontrola hodnot INR, kardiologická ambulance).</p>
<p>4. <i>Uvědomit si, znát a regulovat vedlejší efekty zdravotnických intervencí.</i></p>	<p>Předcházet rizikovým vlivům dodržováním režimových opatření.</p> <p>Užívat léky. Znát dávky a názvy léků a jejich nežádoucí účinky.</p> <p>Znát důsledky nedodržování léčebného režimu.</p>
<p>5. <i>Akceptování změny konceptu sebe sama v souvislosti s určitým zdravotním stavem, který vyžaduje specifickou formu zdravotní péče.</i></p>	<p>Akceptovat průběh onemocnění, léčebný režim.</p> <p>Soběstačnost v provádění běžných denních aktivit.</p>
<p>6. <i>Integrace účinku a podmínek nemoci a postupu léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj (Bekel, 2004, s. 29).</i></p>	<p>Pochopit onemocnění FS.</p> <p>Využít znalosti o FS v začlenění do denního života.</p>

#### 5.4.2 Přehled situačních problematik u onemocnění fibrilace síní

**SiP č. 1. Problematika znalosti onemocnění FS.**

**SiP č. 2. Problematika léčby antiarytmiky.**

**SiP č. 3. Problematika léčby warfarinem.**

**SiP č. 4. Problematika dýchání.**

**SiP č. 5. Problematika výživy.**

**SiP č. 6. Problematika aktivity a odpočinku.**

#### **SiP č. 1. Problematika znalosti onemocnění FS**

**Projevy:** nedostatek znalostí o onemocnění, příčinách vzniku a příznacích, léčbě onemocnění, správného dávkování léků a projevech nežádoucích účinků, neinformovanost o nutnosti dispenzární péče.

#### **Druh požadavku**

*1.1 Pacient/rodina (dále P/R) zná projevy onemocnění FS, příčiny jejího vzniku.*

#### **KSP**

- a) P/R je schopen vysvětlit pojem FS.
- b) P/R zná příčiny vzniku FS.
- c) P/R popíše příznaky FS.
- d) P/R dokáže změřit pulz.

*1.2 P/R zná diagnostiku FS.*

#### **KSP**

- a) P/R zná vyšetřovací metody u FS.
- b) P/R zná důvody dispenzární péče a kontrolních odběrů.
- c) P/R zná léčbu a dokáže reagovat na případné nežádoucí účinky.

### 1.3 P/R zná léčbu FS.

#### KSP

- a) P/R zná léky, které užívá a je schopen je rozeznat.
- b) P/R zná nežádoucí účinky léků a ví, na koho se obrátit při výskytu nežádoucích účinků.
- c) P/R zná možnosti léčby FS.
- d) P/R zná možnosti získání dalších informací o onemocnění.

## SiP č. 2. Problematika léčby antiarytmiky

**Projevy:** nedostatek informací o léčbě antiarytmiky, dávkování, nežádoucích účincích.

#### Druh požadavku:

### 2.1 P/K zná účinek, rizika a nežádoucí účinky antiarytmik.

#### KSP

- a) P/K zná účinek antiarytmik.
- b) P/K zná dávkování léků a je schopen dávkování dodržet.
- c) P/K zná a dokáže rozpoznat nežádoucí účinky antiarytmik.
- d) P/K zná lékaře, na kterého se může obrátit v případě výskytu nežádoucích účinků.

## SiP č. 3. Problematika léčby warfarinem

**Projevy:** nedostatek informací o léčbě warfarinem, dávkování, rizicích zvýšené krvácivosti, nedodržování diety.

#### Druh požadavku:

### 3.1 P/K zná antikoagulační léčbu warfarinem.

#### KSP

- a) P/K zná účinek antikoagulační léčby.
- b) P/K zná komplikace antikoagulační léčby.
- c) P/K ví, jak postupovat při výskytu nežádoucích účinků antikoagulační léčby.

- d) P/K ví, kterého lékaře může navštívit v případě výskytu komplikací.
- e) P/K chápe nutnosti kontrol srážlivých faktorů.

*3.2 P/K zná dietní opatření při léčbě warfarinem.*

#### **KSP**

- a) P/K chápe nutnost dodržování diety se sníženým obsahem vit. K.
- b) P/K dodržuje dietu se sníženým obsahem vit. K.
- c) P/K zná rizika nedodržování diety se sníženým obsahem vit. K.
- d) P/K zná potraviny rizikové, kontrolované a potraviny bezpečné.

#### **SiP č. 4. Problematika dýchání**

**Projevy:** dušnost při námaze, stresu, v klidu, úlevová poloha.

*4.1 P/R zná příčinu dušnosti a možnost její kompenzace.*

#### **KSP**

- a) P/K zná příčinu dušnosti.
- b) P/K dokáže popsat příznaky dušnosti.
- c) P/K zná kompenzační techniky dušnosti.
- d) P/K ví, že má navštívit lékaře při progredující nebo déletrvající dušnosti.
- e) P/K snáší oxygenoterapii.

#### **SiP č. 5. Problematika výživy**

**Projevy:** obezita jako rizikový faktor, nedostatečná výživa, nechutenství, neznalost a nedodržování zdravého životního stylu.

**Druh požadavku:**

*5.1 P/R zná zásady zdravého životního stylu.*

#### **KSP**

- a) P/R chápe důvod dodržování zásad zdravého životního stylu.

- b) P/R je schopen dodržovat zásady zdravého životního stylu.
- c) P/R zná vhodné potraviny, nevhodné potraviny.
- d) P/R chápe důvod redukce váhy při obezitě.
- e) P/R zná důvod omezení solení, alkoholu.
- f) P/R dodržuje vhodný pitný režim.

#### **SiP č. 6. Problematika aktivity a odpočinku**

**Projevy:** omezení fyzické aktivity, neschopnost provádět úkony denního života, omezení ve výkonu povolání.

**Druh požadavku:**

*6.1 P/R zná a umí provádět vhodné aktivity vzhledem k onemocnění FS.*

**KPS**

- a) P/K zná důvod a dodržuje klidový režim při paroxysmu FS.
- b) P/K dodržuje přiměřenou pohybovou aktivitu po konzultaci s kardiologem.
- c) P/K dodržuje správnou kombinaci odpočinku a aktivity.
- d) P/K zná důvody vyvarování se stresu.

### 5.4.3 Výsledky dotazníkového šetření

#### Dotazníková položka č. 1

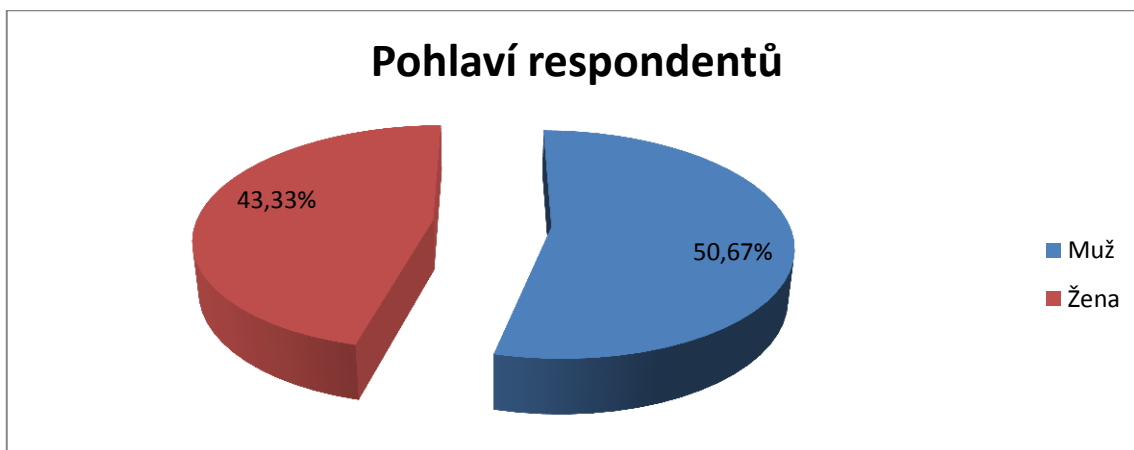
##### Pohlaví

Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) bylo 34 mužů (50,67 %) a 26 žen 43,33 %).

Tab. 5: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	$n_i$	$f_i$
Muž	34	50,67 %
Žena	26	43,33 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 1: Pohlaví respondentů



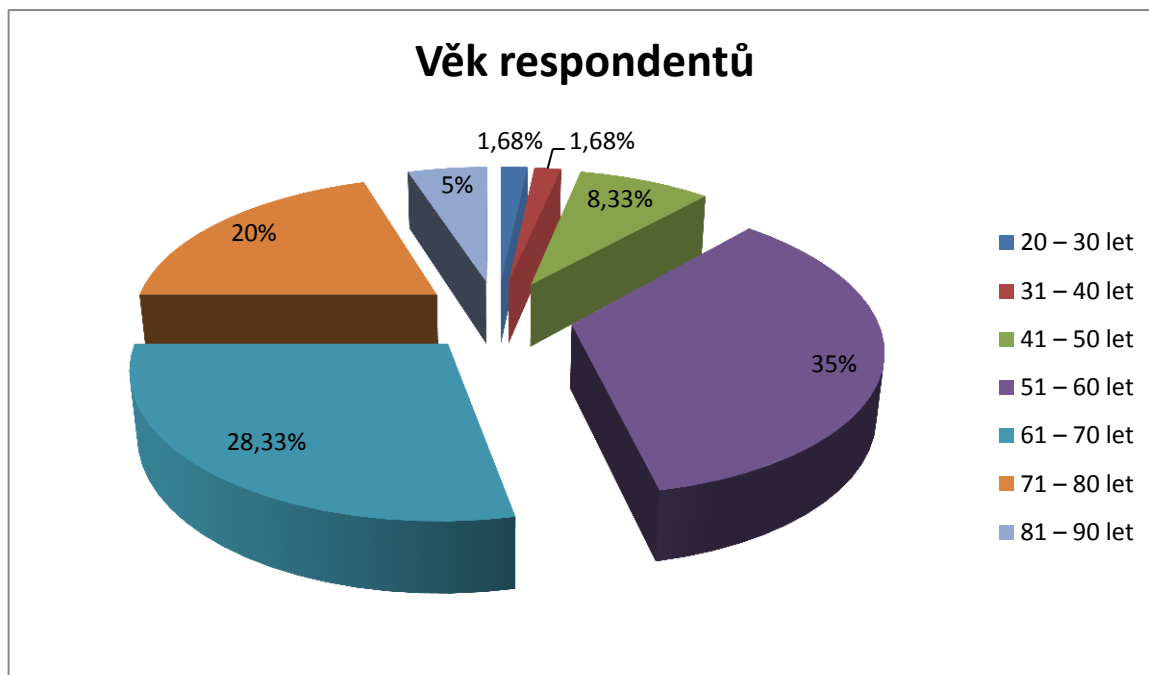
**Dotazníková položka č. 2****Věk respondentů**

V položce č. 2 měli respondenti uvést svůj věk. Pro přehlednost byli rozděleni do sedmi věkových skupin. Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) byla nejvíce zastoupena věková kategorie 51 – 60 let v počtu 21 jedinců (35 %), druhou nejpočetnější skupinou bylo věkové rozhraní 61 – 70 let v počtu 17 respondentů (28,33 %), třetí početnou skupinou bylo věkové rozmezí 71 – 80 let v počtu 12 jedinců (20 %). Ve věkové kategorii 20 – 30 let byl jeden respondent (1,67 %), stejně tak jako ve věkové skupině 31– 40 let, 5 jedinců (8,33 %) odpovídalo věku 41 – 50 let a 3 respondenti (5 %) dosáhli věku 81 – 90 let.

Tab. 6: Věk respondentů

Věk respondentů	$n_i$	$f_i$
20 – 30 let	1	1,67 %
31 – 40 let	1	1,67 %
41 – 50 let	5	8,33 %
51 – 60 let	21	35 %
61 – 70 let	17	28,33 %
71 – 80 let	12	20 %
81 – 90 let	3	5 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 2: Věk respondentů





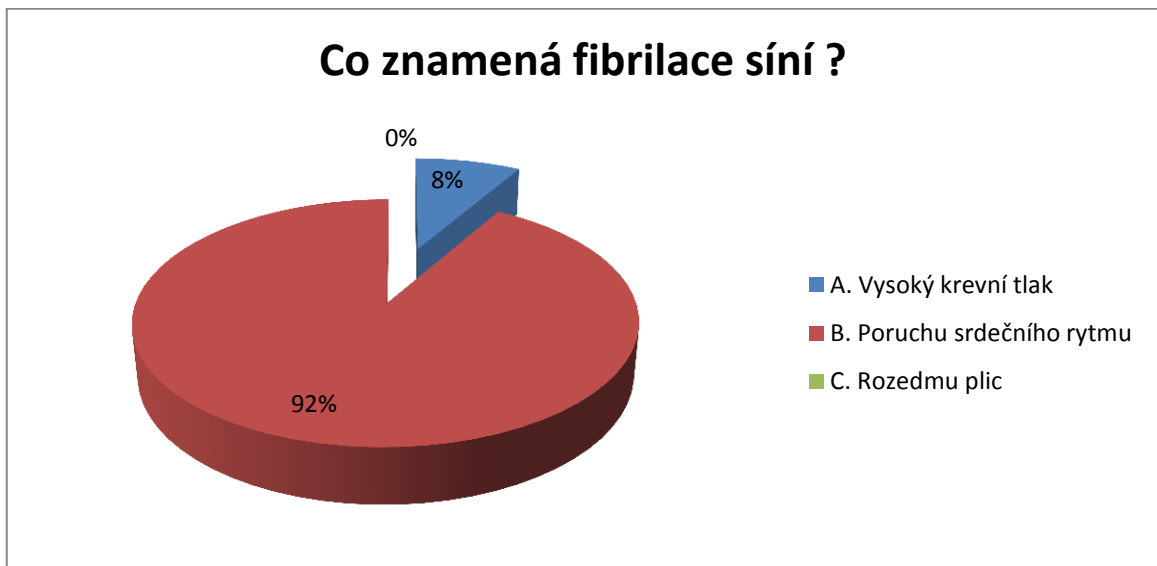
**Dotazníková položka č. 3****Jaký je pulz při fibrilaci síní?**

Na otázku odpovědělo správně výběrem možnosti B (poruchu srdečního rytmu) 55 respondentů (91,67 %). Pět respondentů (8,33 %) zvolilo možnost A (vysoký krevní tlak) a možnost C (rozedmu plic) neurčil žádný respondent.

Tab. 7: Co znamená FS?

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
A. Vysoký krevní tlak	5	8,33 %
B. Poruchu srdečního rytmu	55	91,67 %
C. Rozedmu plic	0	0 %
Σ	60	100 %

Graf 3: Co znamená fibrilace síní?



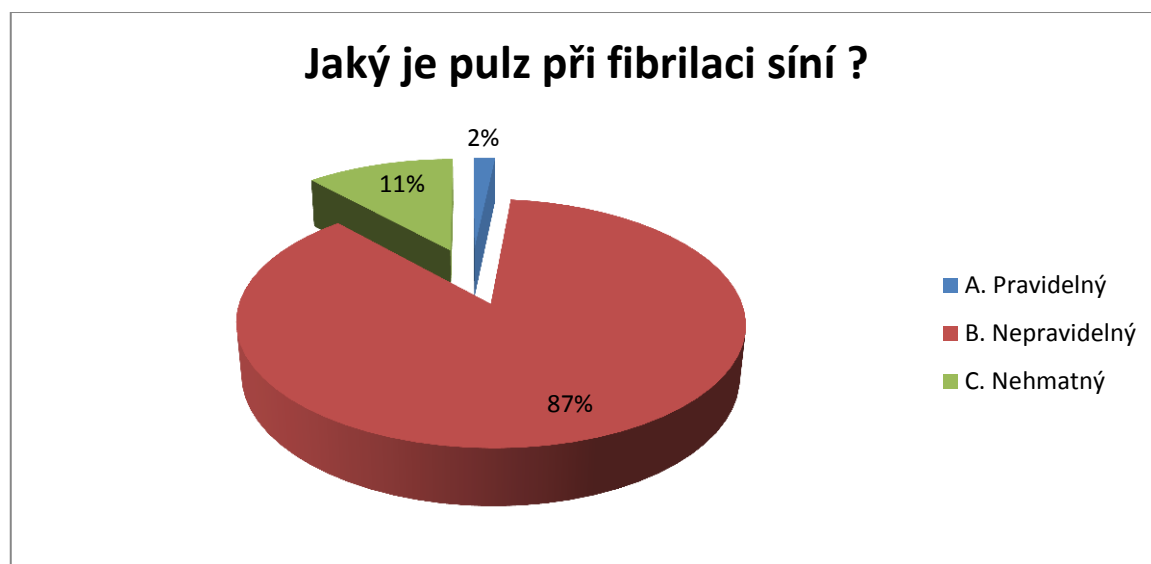
**Dotazníková položka č. 4****Jaký je pulz při fibrilaci síní?**

Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) odpovědělo 52 dotázaných (86,67 %) správně, že jde o možnost B (nepravidelný pulz), kdežto 7 respondentů (11,67 %) se domnívalo, že správná odpověď je C (nehmatný pulz) a jen 1 oslovený účastník šetření (1,67 %) označil možnost A (pravidelný).

Tab. 8: Jaký je pulz při fibrilaci síní?

	$n_i$	$f_i$
A. Pravidelný	1	1,67 %
B. Nepravidelný	52	86,67 %
C. Nehmatný	7	11,67 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 4: Jaký je pulz při fibrilaci síní?



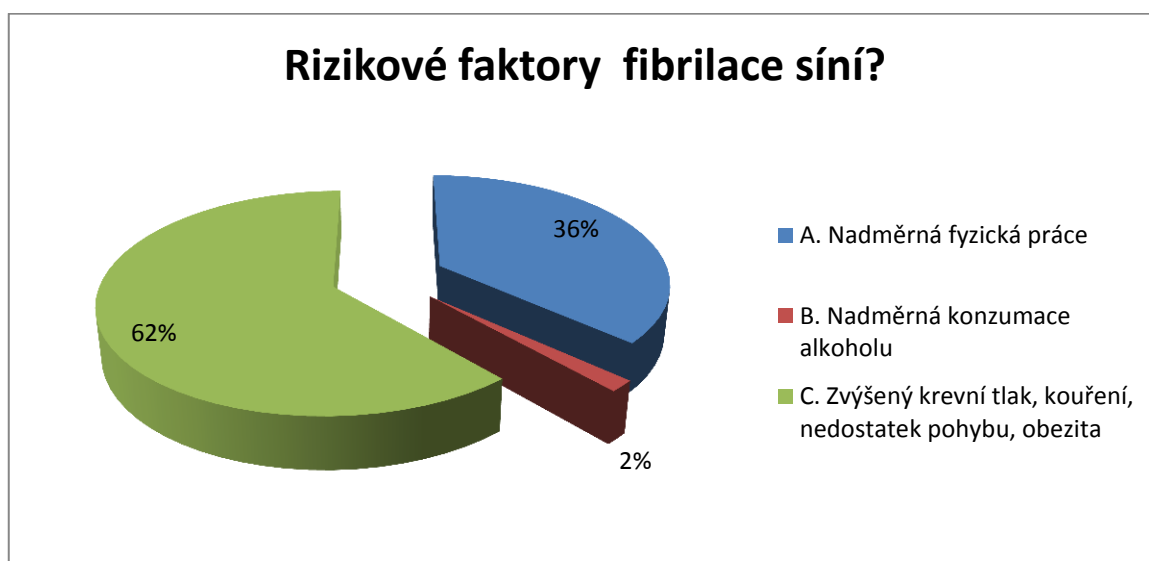
**Dotazníková položka č. 5.****Jaké jsou nejčastější rizikové faktory onemocnění fibrilace síní?**

Z výzkumného šetření 60 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku správně, tedy možnost C (zvýšený krevní tlak, kouření, nedostatek pohybu, obezita) 37 respondentů (61,67 %), 22 oslovených (36,67 %) se domnívalo, že správná odpověď je A (nadměrná fyzická námaha), pouze 1 respondent (1,67 %) označilo odpověď B (nadměrná konzumace alkoholu) jako rizikový faktor vzniku onemocnění FS.

Tab. 9: Jaké jsou nejčastější rizikové faktory onemocnění fibrilace síní?

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
A. Nadměrná fyzická práce	22	36,67 %
B. Nadměrná konzumace alkoholu	1	1,67 %
C. Zvýšený krevní tlak, kouření, nedostatek pohybu, obezita	37	61,67 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 5: Jaké jsou nejčastější rizikové faktory fibrilace síní?



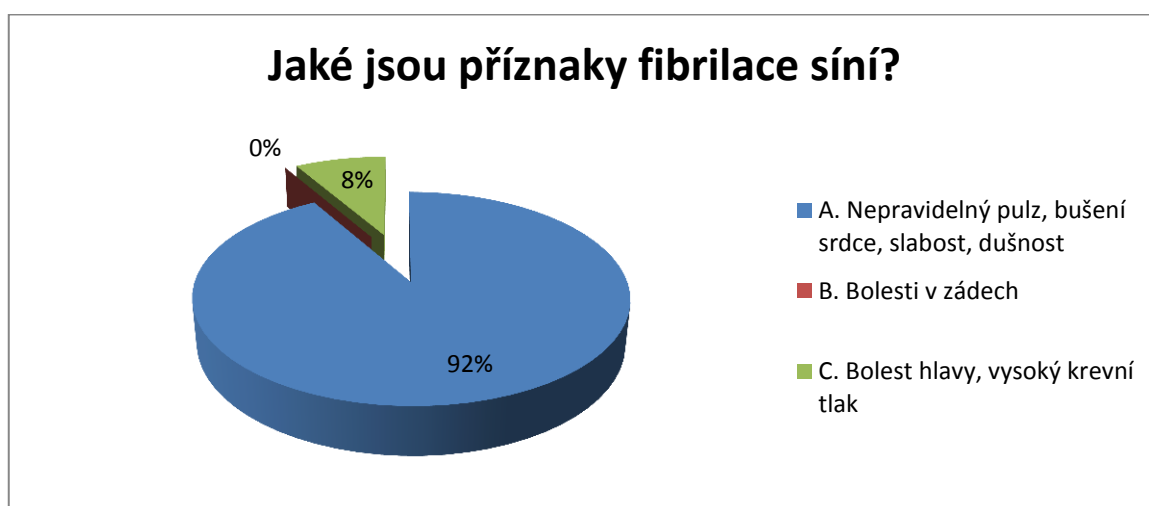
**Dotazníková položka č. 6****Jaké jsou příznaky fibrilace síní?**

Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) vybralo 55 jedinců (91,67 %) jako správnou odpověď možnost A (nepravidelný pulz, bušení srdce, slabost, dušnost), 5 dotázaných (8,33 %) se domnívalo, že správná odpověď je C (bolesti hlavy, vysoký krevní tlak) a nikdo (0%) z respondentů nepředpokládal, že by správná odpověď mohla být možnost B (bolesti v zádech).

Tab. 10: Jaké jsou příznaky fibrilace síní?

	$n_i$	$f_i$
A. Nepravidelný pulz, bušení srdce, slabost, dušnost	55	91,67 %
B. Bolesti v zádech	0	0 %
C. Bolest hlavy, vysoký krevní tlak	5	8,33 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 6: Jaké jsou příznaky fibrilace síní?



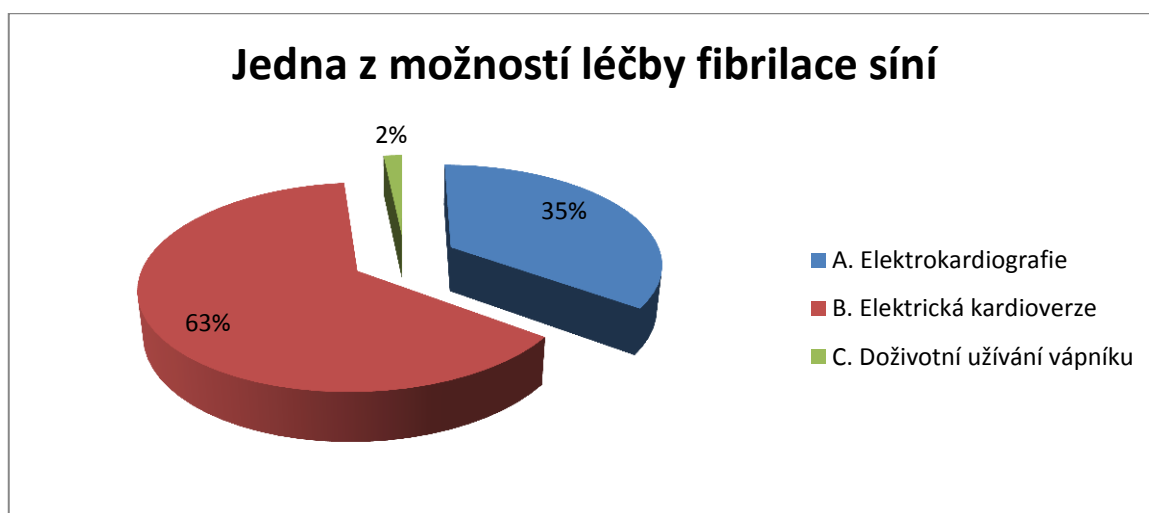
**Dotazníková položka č. 7****Jedna z možností léčby fibrilace síní je?**

Z celkového počtu oslovených respondentů 60 (100 %), určilo 38 jedinců (63,33 %) správně odpověď B (elektrická kardioverze), druhou nejčastější odpovědí byla odpověď A (elektrokardiografie) a to v počtu 21 odpovědí (35 %), možnost C (doživotní užívání vápníku) využil jen 1 respondent (1,67 %).

Tab. 11: Jedna z možností léčby fibrilace síní je?

	$n_i$	$f_i$
A. Elektrokardiografie	21	35 %
B. Elektrická kardioverze	38	63,33 %
C. Doživotní užívání vápníku	1	1,67 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 7: Jedna z možností léčby fibrilace síní je?



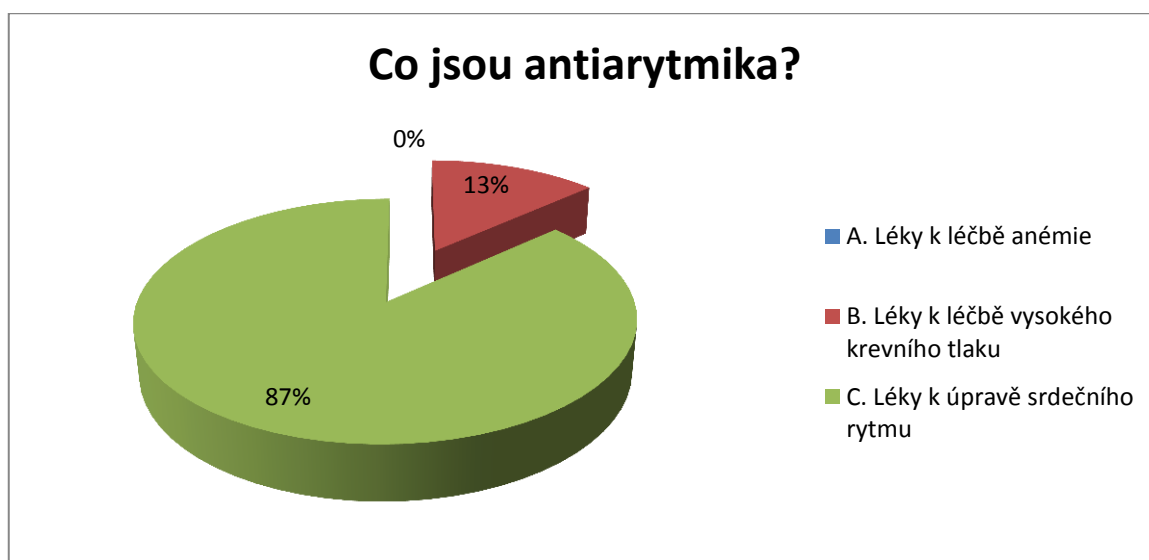
**Dotazníková položka č. 8****Co jsou antiarytmika?**

Správně odpovědělo 52 (86,67 %) dotázaných výběrem odpovědi C (léky k úpravě srdečního rytmu), 8 respondentů (13,33 %) vybralo možnost B (léky k léčbě vysokého krevního tlaku) a žádný respondent nezvolil možnost A (léky k léčbě anémie) z celkového počtu 60 respondentů (100 %).

Tab. 12: Co jsou antiarytmika?

	$n_i$	$f_i$
A. Léky k léčbě anémie	0	0 %
B. Léky k léčbě vysokého krevního tlaku	8	13,33 %
C. Léky k úpravě srdečního rytmu	52	86,67 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 8: Co jsou antiarytmika?



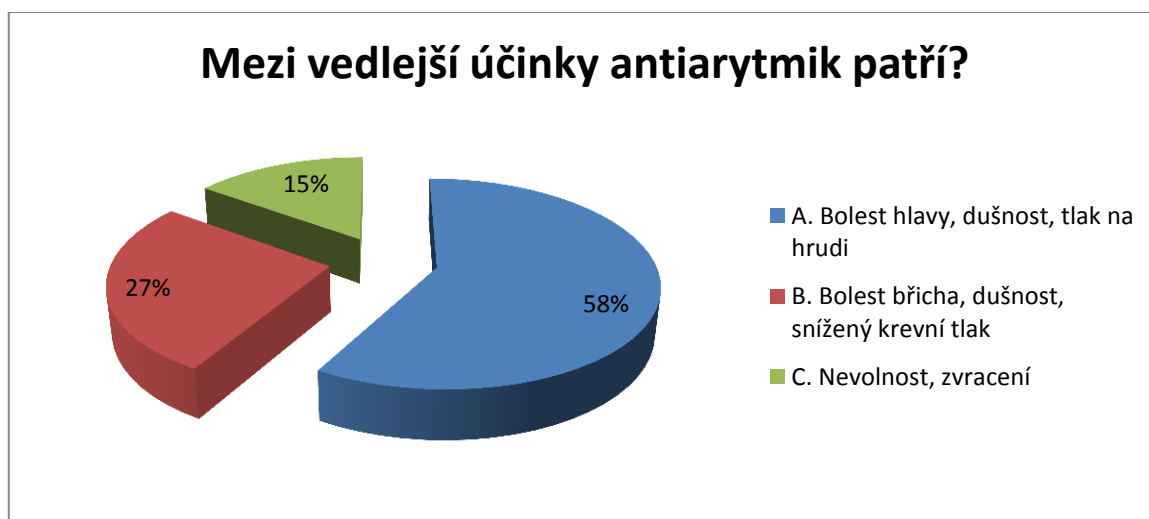
**Dotazníková položka č. 9****Mezi vedlejší účinky antiarytmik patří?**

Jako správnou odpověď A (bolest hlavy, dušnost, tlak na hrudi) označilo s celkového počtu 60 (100 %) respondentů 35 dotázaných (58,33 %), možnost B (bolest břicha, dušnost, snížený krevní tlak) zvolilo 16 jedinců (26,67 %) a možnost C (nevolnost, zvracení) uvedlo 9 respondentů (15 %).

Tab. 13: Mezi vedlejší účinky antiarytmik patří?

	$n_i$	$f_i$
A. Bolest hlavy, dušnost, tlak na hrudi	35	58,33 %
B. Bolest břicha, dušnost, snížený krevní tlak	16	26,67 %
C. Nevolnost, zvracení	9	15 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 9: Mezi vedlejší účinky antiarytmik patří?



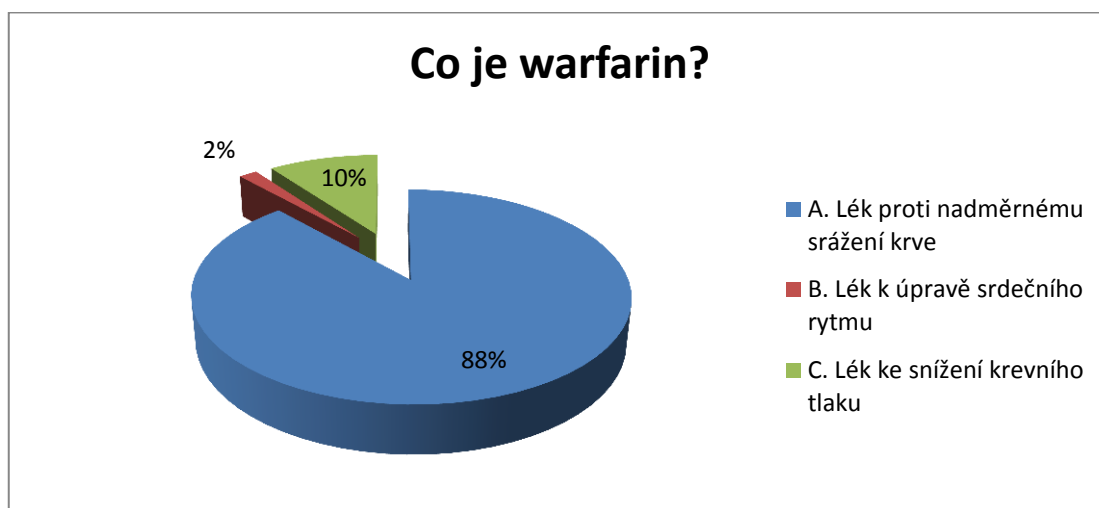
**Dotazníková položka č. 10****Co je warfarin?**

Nejčastější odpovědí na otázku byla zvolena správná odpověď A (lék proti nadměrnému srážení krve) v počtu 53 odpovědí (88,33 %) z celkového počtu 60 respondentů (100 %). Možnost B (lék k úpravě srdeční frekvence) uvedl 1 respondent (1,67 %) a možnost C (lék ke snížení krevního tlaku) vybralo 6 dotázaných (10 %).

Tab. 14: Co je warfarin?

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
A. Lék proti nadměrnému srážení krve	53	88,33 %
B. Lék k úpravě srdečního rytmu	1	1,67 %
C. Lék ke snížení krevního tlaku	6	10 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 10: Co je warfarin?





**Dotazníková položka č. 11****Užíváním warfarinu předcházíte vzniku komplikací jako je?**

Z celkového počtu 60 dotazovaných (100 %), odpovědělo správně A (cévní mozková příhoda, embolie, trombóza) 52 respondentů (86,67 %), odpověď B (vysoký krevní tlak) zvolilo 8 jedinců (13,33 %) a odpověď C (vznik osteoporózy) nezvolil žádný respondent.

Tab. 15: Užíváním warfarinu předcházíte vzniku komplikací jako je?

	$n_i$	$f_i$
A. Cévní mozková příhoda, embolie, trombóza	52	86,67 %
B. Vysoký krevní tlak	8	13,33 %
C. Vznik osteoporózy	0	0 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 11: Užíváním warfarinu předcházíte vzniku komplikací jako je?



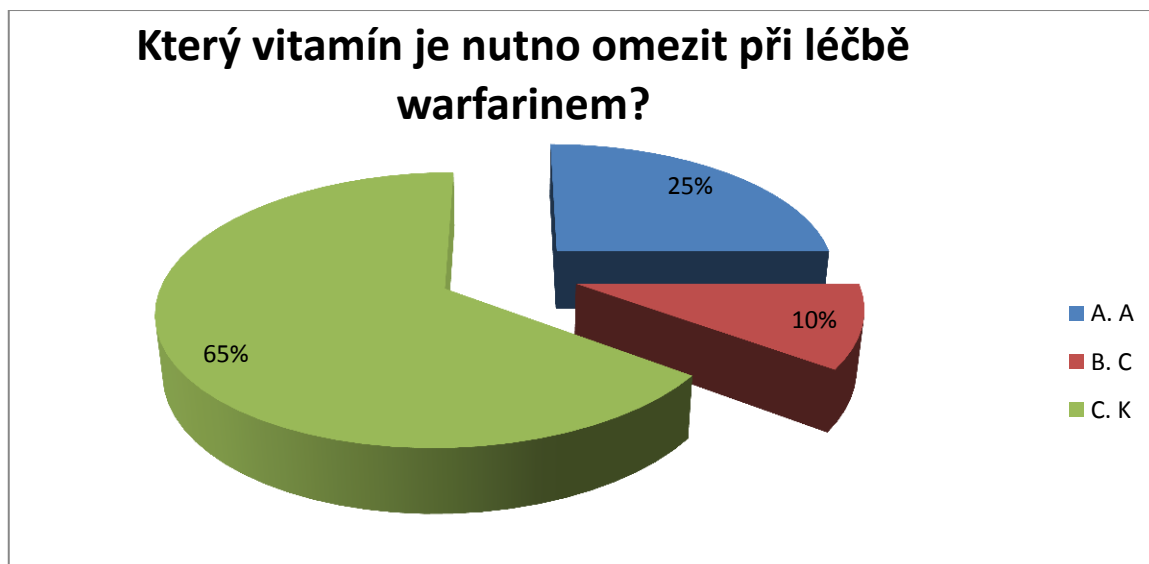
**Dotazníková položka č. 12****Při užívání warfarinu je nutno omezit potraviny obsahující vitamín?**

Z celkově 60 respondentů (100 %) odpovědělo správně 39 dotázaných (65 %) výběrem možnosti C (vitamín K), 15 respondentů (25 %) se domnívalo, že správně je odpověď A (vitamín A) a 6 jedinců (10 %) uvedlo odpověď B (vitamín C).

Tab. 16: Který vitamín je nutno omezit při léčbě warfarinem?

	$n_i$	$f_i$
A. A	15	25 %
B. C	6	10 %
C. K	39	65 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 12: Který vitamín je nutno omezit při léčbě warfarinem?



**Dotazníková položka č. 13****Při užívání warfarinu je alkohol?**

Na správné odpovědi A, že alkohol je při léčbě warfarinem zakázán, se z celkového počtu 60 respondentů (100 %) shodlo 42 dotázaných (70 %) a 18 respondentů (30 %) se domnívalo, že alkohol je povolen v malých dávkách.

Tab. 17: Při užívání warfarinu je alkohol?

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
A. Zakázán	42	70 %
B. Povolen v malých dávkách	18	30 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 13: Při užívání warfarinu je alkohol?



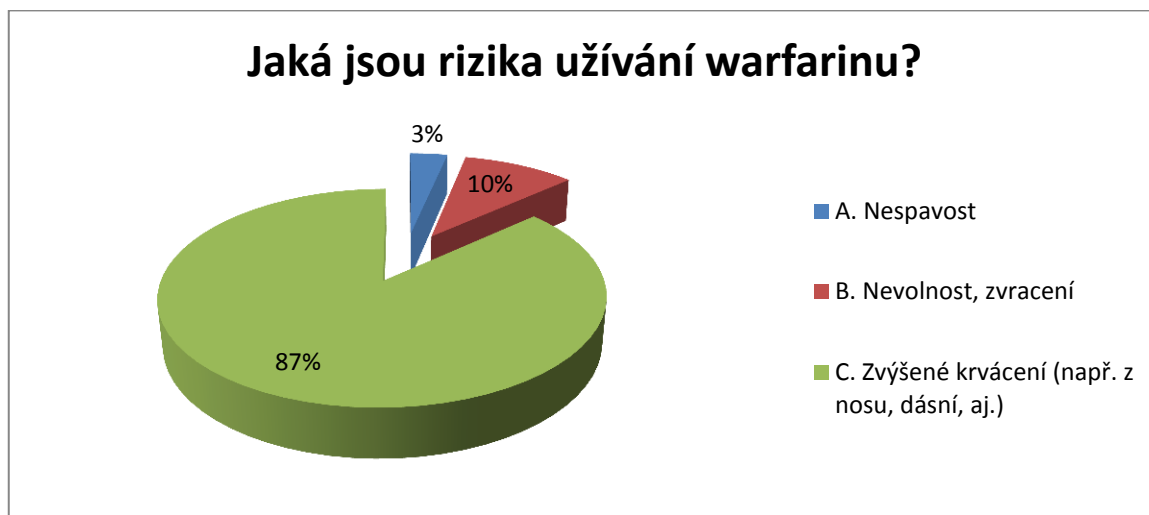
**Dotazníková položka č. 14****Jaká jsou rizika užívání warfarinu?**

Na otázku odpovědělo z 60 respondentů (100%) správně výběrem možnosti C (zvýšené krvácení) 52 jedinců (86,67 %), pro možnost B (nevolnost, zvracení) bylo 6 respondentů (10 %) a 2 jedinci (3,33 %) označili možnost A (nеспavost).

Tab. 18: Jaká jsou rizika užívání warfarinu?

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
A. Nespavost	2	3,33
B. Nevolnost, zvracení	6	10 %
C. Zvýšené krvácení (např. z nosu, dásní, aj.)	52	86,67 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 14: Jaká jsou rizika užívání warfarinu?



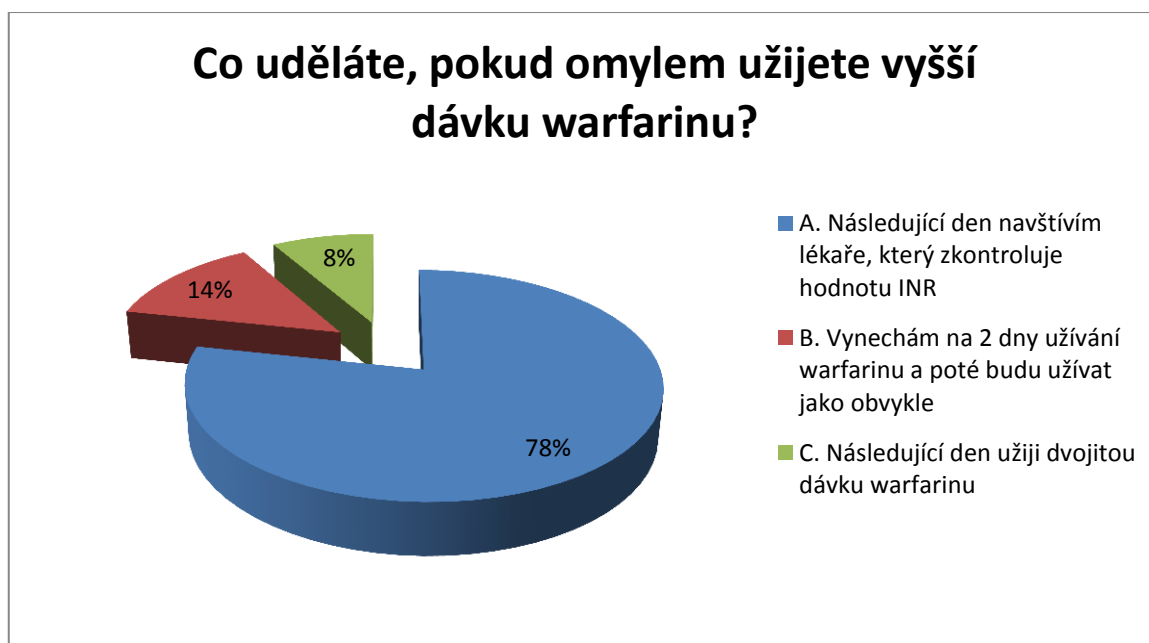
**Dotazníková položka č. 15****Co uděláte, pokud omylem užijete vyšší dávku warfarinu?**

Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) uvedlo správně 47 jedinců (78,33 %) možnost A (následující den navštívím lékaře, který zkontroluje hodnotu INR), možnost B (vynechám na 2 dny užívání warfarinu a poté budu užívat jako obvykle) volilo 8 (13,33 %) jedinců a 5 oslovených zvolilo C (následující den užiji dvojitou dávku Warfarinu).

Tab. 19: Co uděláte, pokud omylem užijete vyšší dávku warfarinu?

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
A. Následující den navštívím lékaře, který zkontroluje hodnotu INR	47	78,33 %
B. Vynechám na 2 dny užívání warfarinu a poté budu užívat jako obvykle	8	13,33 %
C. Následující den užiji dvojitou dávku warfarinu	5	8,33 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 15: Co uděláte, pokud omylem užijete vyšší dávku warfarinu?



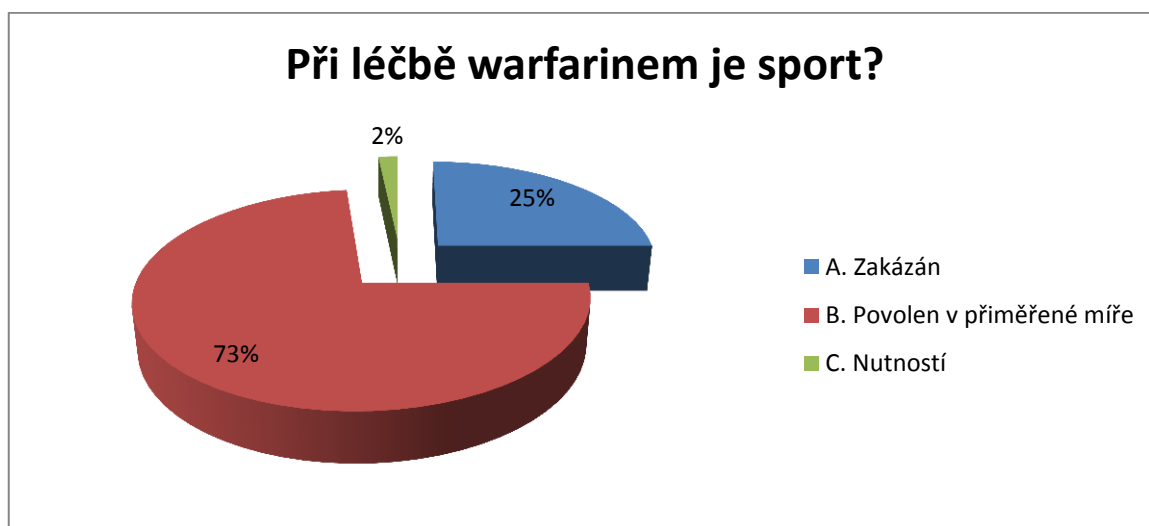
**Dotazníková položka č. 16****Při léčbě warfarinem je sport?**

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů se shodlo na správné odpovědi B (povolen v přiměřené míře) 44 (73,33 %) jedinců. Možnost A (zakázán) uvedlo 15 (25 %) oslovených a možnost C (nutností) zvolil 1 (1,67 %) respondent.

Tab. 20: Při léčbě warfarinem je sport?

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
A. Zakázán	15	25 %
B. Povolen v přiměřené míře	44	73,33 %
C. Nutností	1	1,67 %
Σ	60	100 %

Graf 16: Při léčbě warfarinem je sport?



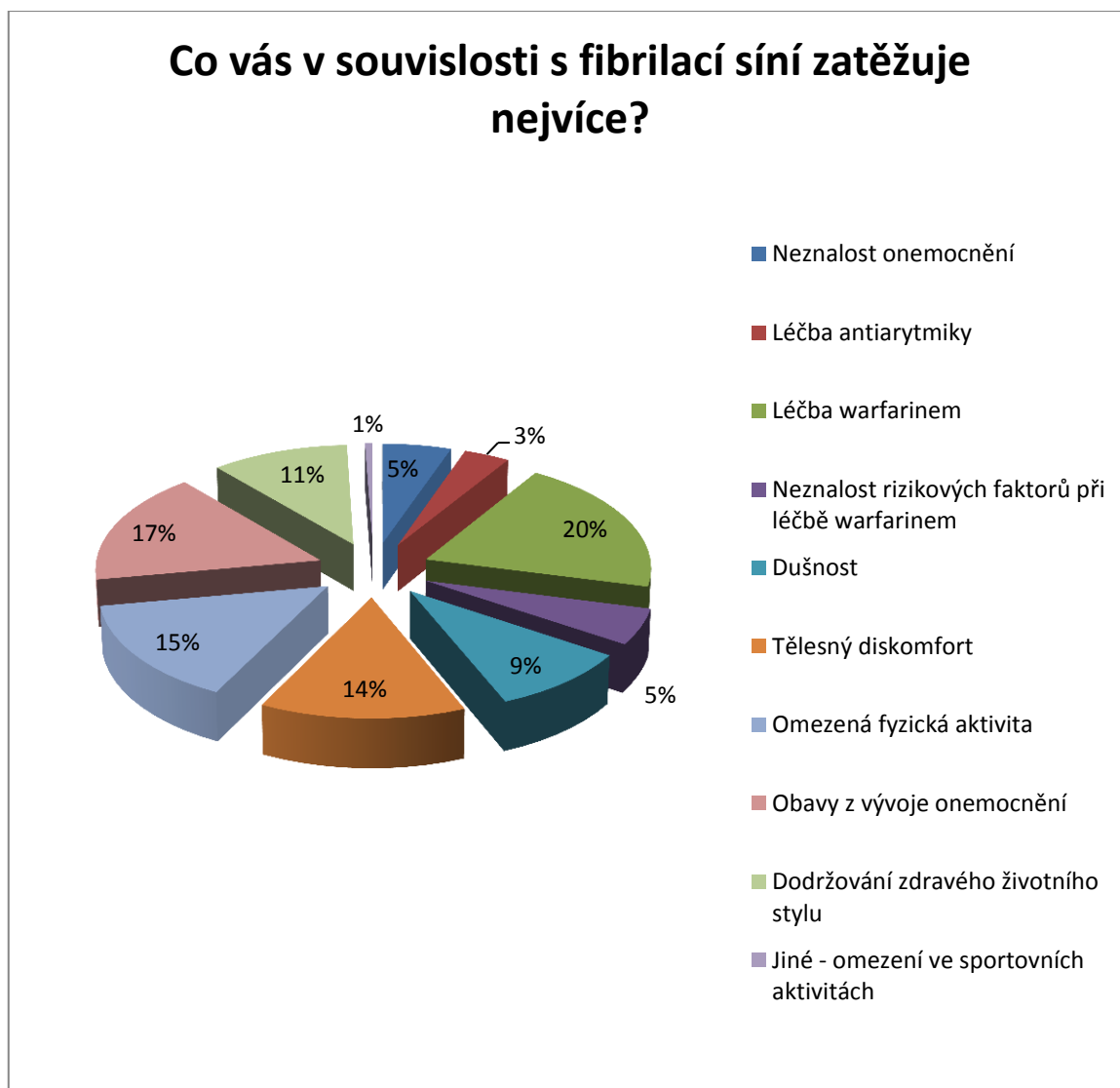
**Dotazníková položka č. 17****Co vás v souvislosti s fibrilací síní zatěžuje nejvíce?**

Zde mohli respondenti uvést více odpovědí dle toho, co jim v souvislosti s onemocněním způsobuje největší potíže či problémy. Z celkového počtu 169 odpovědí (100 %) vyjádřilo jako svůj problém neznalost onemocnění, jeho projevů, diagnostiky, či nedostatečné znalosti v léčbě FS 9 (5,33 %) respondentů. Jen 6 (3,55 %) respondentů uvedlo neznalost léčby antiarytmiky, jejich nežádoucích účinku nebo dávkování. Nejvíce zatěžující je pro respondenty léčba warfarinem a režimová opatření, která s touto léčbou souvisí, tak odpovědělo 34 respondentů (20,12 %). Jako svůj problém neznalost rizikových faktorů při léčbě warfarinem určilo 9 (5,33 %) dotázaných. S potížemi s dušností se potýká 16 (9,47 %) jedinců. Jako problém tělesný diskomfort uvedlo 23 respondentů (13,61 %) a 25 respondentů (14,79 %) určilo jako svůj problém omezenou fyzickou aktivitu. Obavy z vývoje onemocnění FS pociťuje 28 (16,57 %). Dodržování zdravého životního stylu (omezení či zákaz kouření a alkoholu, vyvážená a pravidelná strava, vhodný a dostatečný pohyb aj.) dělá problém 18 (10,65 %) respondentům. Jeden respondent (0,59 %) uvedl jako nejvíce zatěžující omezení ve sportovních aktivitách.

Tab. 21: Co vás v souvislosti s fibrilací síní zatěžuje nejvíce?

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Neznalost onemocnění	9	5,33 %
Léčba antiarytmiky	6	3,55 %
Léčba warfarinem	34	20,12 %
Neznalost rizikových faktorů při léčbě warfarinem	9	5,33 %
Dušnost	16	9,47 %
Tělesný diskomfort	23	13,61 %
Omezená fyzická aktivita	25	14,79 %
Obavy z vývoje onemocnění	28	16,57 %
Dodržování zdravého životního stylu	18	10,65 %
Jiné (omezení ve sportovních aktivitách)	1	0,59 %
$\Sigma$	169	100 %

Graf 17: Co vás v souvislosti s fibrilací síní zatěžuje nejvíce?





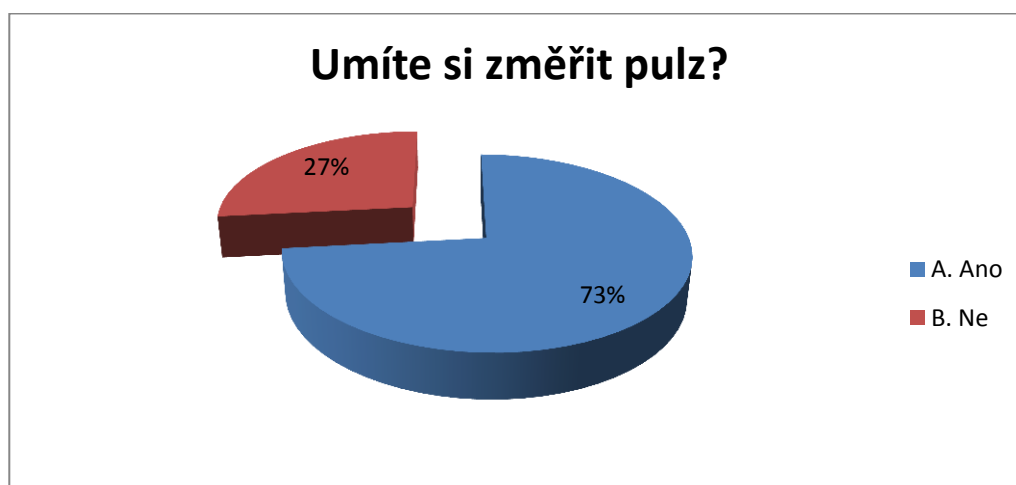
**Dotazníková položka č. 18 a)****Umíte si změřit pulz?**

Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) odpovědělo kladně A (ano) 44 jedinců (73,33 %), kdežto 16 respondentů (26,67 %) zvolilo možnost B (ne).

Tab. 22: Umíte si změřit pulz?

	$n_i$	$f_i$
A. Ano	44	73,33 %
B. Ne	16	26,67 %
$\Sigma$	60	100 %

Graf 18: Umíte si změřit pulz?



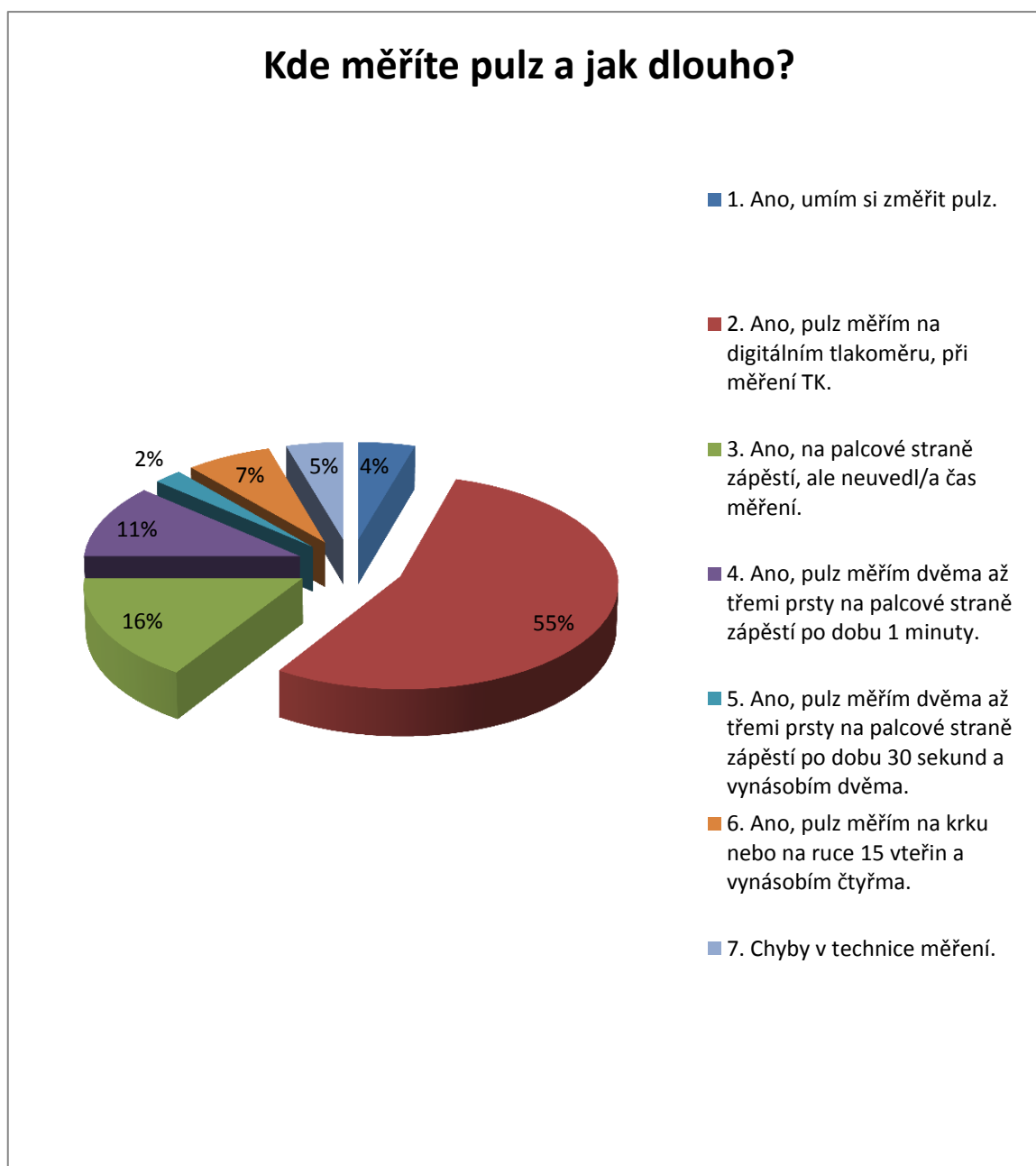
**Dotazníková položka č. 18 b)****Kde měříte pulz a jak dlouho?**

Zde mohli respondenti napsat na vyhrazenou linku techniku měření pulzu. Z celkového počtu 44 respondentů (100 %) uvedli 2 jedinci (4,55 %) pouze ano, 24 respondentům (54,55 %) se hodnota pulzu zobrazí na digitálním tlakoměru při měření krevního tlaku, 7 jedinců (15,91 %) měří pulz na palcové straně zápěstí, ale neuvedli čas měření, 5 respondentů (11,36 %) měří pulz dvěma až třemi prsty na zápěstí palcové strany po dobu 1 minuty, 1 respondent (2,27 %) měří pulz správně po dobu 30 sekund a počet vynásobí dvěma, 3 dotázaní respondenti (6,82 %) měří správně na palcové straně zápěstí po dobu 15 vteřin a vynásobí čtyřma. Chyby v technice měření pulzu se vyskytly u 2 jedinců (4,55 %).

Tab. 23: Kde měříte pulz a jak dlouho?

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
1. Ano, umím si změřit pulz.	2	4,55 %
2. Ano, pulz měřím na digitálním tlakoměru, při měření TK.	24	54,55 %
3. Ano, na palcové straně zápěstí, ale neuvedl/a čas měření.	7	15,91 %
4. Ano, pulz měřím dvěma až třemi prsty na palcové straně zápěstí po dobu 1 minuty.	5	11,36 %
5. Ano, pulz měřím dvěma až třemi prsty na palcové straně zápěstí po dobu 30 sekund a vynásobím dvěma.	1	2,27 %
6. Ano, pulz měřím na krku nebo na ruce 15 vteřin a vynásobím čtyřma.	3	6,82 %
7. Chyby v technice měření.	2	4,55 %
$\Sigma$	44	100 %

Graf 19: Kde měříte pulz a jak dlouho?



## 6 DISKUSE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku sebepěče u pacientů s onemocněním FS. Onemocnění FS je častou poruchou srdečního rytmu, incidence stoupá s věkem. Její výskyt není ovšem výjimkou ani u mladých jedinců. Příčina vzniku je spojována s životním stylem.

V teoretické části bakalářské práce jsou objasněny pojmy fibrilace síní, příčiny jejího vzniku, rizikové faktory, které se podílejí na vzniku onemocnění, léčba a režimová opatření, která s onemocněním souvisí. Dále je zde popsána ošetrovatelská péče o pacienta s FS při hospitalizaci na JIP. Teoretická část práce se zabývá pojmy sebepěče, vliv onemocnění na péči o sebe sama dle V. Hendersonové, deficit v této oblasti a modely ošetrovatelské péče. Jako podklad pro zpracování práce byla zvolena Teorie deficitu sebepěče dle D. E. Oremové, která je dále rozpracována v praktické části.

V praktické části byly sestaveny výzkumné cíle a hypotézy, metoda a technika výzkumu. Je zde popsána organizace a realizace výzkumu, velká pozornost je věnována analýze a interpretaci výsledků.

**Prvním cílem** bakalářské práce bylo vytvoření souhrnu situačních problematik (SIP) u pacientů s onemocněním FS, se zaměřením na obecné požadavky sebepěče a zdravotně podmíněné požadavky sebepěče. Dle celkových znalostí o onemocnění a získaných zkušeností s péčí o pacienty s tímto onemocněním byl sestaven výčet SIP:

1. Problematika znalostí o onemocnění FS.
2. Problematika léčby antiarytmiky.
3. Problematika léčby warfarinem.
4. Problematika dýchání.
5. Problematika výživy.
6. Problematika aktivity a odpočinku.

V případě, že kompetence sebepěče (KSP) neodpovídají požadavkům sebepěče (PSP), nastává deficit sebepěče (DSP). Ke každé stanovené SIP, je rozpracován výčet KSP ke splnění nároků na sebepěči. S odkazem na kapitoly 5.4.1 Interpretace výsledků k cíli č. 1 a 5.4.2 Přehled situačních problematik u onemocnění fibrilace síní, můžeme konstatovat, že **cíl č. 1** byl splněn.

*Druhým cílem* práce bylo zmapovat vědomosti pacientů o onemocnění FS. Dotazníkové šetření proběhlo u 60 respondentů (100 %). Z toho bylo 26 žen (43 %), 34 mužů (57%), zde se potvrdila teorie Kautznera, že muži jsou postiženi FS častěji než ženy (Kautzner, 2012, s. 13). Nejčastější věkové zastoupení bylo v rozmezí 51 – 60 let v počtu 21 respondentů (35 %). Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) uvedlo správně 55 jedinců (92 %) definici FS. Fakt, že se FS projevuje nepravidelným pulzem, vědělo 52 respondentů (87 %). Znalost v dalších projevech nemoci ukázalo 55 respondentů (92 %). Vědomosti respondentů o onemocnění a jeho projevu byly překvapivě nadprůměrné. S diagnostikou nepravidelného pulzu souvisí otázka na znalost a dovednost změřit si pulz. Zde z celkového počtu 60 respondentů (100 %) potvrdilo dovednost změřit si pulz 44 jedinců (73 %), z těchto dotázaných uvedlo 24 respondentů (55 %) měření pulzu na digitálním tlakoměru, 2 jedinci (5 %) potvrdili znalost v měření pulzu, ale neuvedli techniku, 7 respondentů (16 %) uvedlo správnou techniku měření, ale neuvedli čas měření, 9 dotázaných (20 %) správně popsalo místo měření pulzu i čas, 2 respondenti (5 %) měli v technice měření pulzu chybu. Nejčastější rizika, která vedou ke vzniku onemocnění, určilo správně 37 jedinců (62 %). Jednu z možností léčby FS určilo správně 38 dotázaných (63 %). Znalost farmakologické léčby onemocnění projevilo 55 respondentů (92 %). Vedlejší účinky antiarytmik znalo 35 dotázaných (58 %). S odkazem na kapitolu 5.4.3 Výsledky dotazníkového šetření, můžeme říci, že **cíl č. 2** byl splněn.

*Třetím cílem* práce bylo prozkoumat znalosti pacientů o léčbě warfarinem. FS je rizikovým faktorem pro vznik tromboembolických příhod, toto riziko je přibližně 5krát větší než u zdravých jedinců (Kautzner, 2012, s. 20), proto je u pacientů s FS důležitá informovanost o podstatě této léčby. Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) projevilo znalost warfarinu 53 jedinců (88 %). Na otázku jakým komplikacím se předchází pravidelným užíváním warfarinu, správně odpovědělo 52 respondentů (87%). Dietní opatření, které spočívá v omezení příjmu vitamínu K, znalo 39 oslovených (65 %). Zde se nepotvrdila hypotéza č. 1, že znalost dietního omezení, tedy snížení vitamínu K ve stravě, bude znát méně než 50 % respondentů. Zákaz alkoholu při užívání warfarinu označilo správně 42 jedinců (70 %). Celkem 52 respondentů (87 %) prokázalo znalost rizik, která souvisí s užíváním warfarinu. Se situací, kdy dojde k nesprávnému užití vyšší dávky warfarinu, by si správně poradilo 47 respondentů (78 %). Účinek warfarinu je závislý na mnoha faktorech, pokud dojde k poklesu hodnot INR pod dolní hranici rozmezí (tedy zpravidla pod 2,0) je účinek warfa-

rinu nedostatečný a pacienti jsou ohroženi trombembolickou příhodou, naopak při vzestupu hladiny INR nad horní hranici (zpravidla nad 5,0) jsou pacienti ohroženi výskytem krvácivých projevů, jak tvrdí Kohout (Kohout, 2007, s. 15). Proto je nutná dispenzarizace pacientů s warfarinem a pravidelné kontroly hodnot INR. Fakt, že při léčbě warfarinem je sport povolen v přiměřené míře, určilo 44 respondentů (73 %). Znalosti zásad léčby warfarinem byly opět nadprůměrné, nejvíce respondenti chybovali v otázce dietního opatření při léčbě warfarinem. Nejvýznamnějším faktorem snižující účinek warfarinu je zvýšený příjem vitamínu K ve stravě (Kohout, 2007, s. 16), proto je důležitá řádná edukace o dietním opatření a poskytnutí vhodného studijního materiálu k dané problematice, či zajištění konzultace s nutričním terapeutem. Shrnutím znalostí léčby warfarinem, jeho nežádoucích účinků a dietního opatření lze říci, že znalosti v této problematice jsou nadprůměrné, můžeme tedy konstatovat, že **cíl č. 3** byl splněn.

**Čtvrtým cílem** práce bylo zjištění, co pacienti s FS nejvíce zatěžuje. Z 60 respondentů (100 %) uvedlo 34 jedinců (20 %), jako nejvíce zatěžující při onemocnění FS léčbu warfarinem, rizikové faktory s touto léčbou spojené a dietní opatření, které léčbu provází. Zde se nám potvrdila hypotéza č. 2., kdy předpokladem pro největší zátěž při FS je právě léčba a dietní omezení při užívání warfarinu. Dále nejvíce zatěžující pro pacienti s tímto onemocněním jsou obavy z vývoje onemocnění, které uvedlo 28 dotázaných (17 %). Omezení fyzické aktivity vidí jako svůj problém 25 respondentů (14%). Z dalších omezení nebo problémů byl tělesný diskomfort, který uvedlo 23 jedinců (14 %). Jako svůj problém 18 respondentů (11 %) uvádí dodržování zdravého životního stylu, jako je pravidelná a vyvážená strava, vhodný pohyb, snížení váhy při obezitě aj. Projevy dušnosti uvádí jako svůj problém 16 jedinců (9%). Neznalost onemocnění a rizikových faktorů při léčbě warfarinem uvedlo 9 respondentů (5%). Pouze 6 jedinců (4%) omezuje léčba antiarytmiky a jeden respondent (0,6%) uvádí omezení v provozování sportovních aktivit. S odkazem na kapitolu 5.4.3 Výsledky dotazníkového šetření, můžeme říci, že **cíl č. 4** byl splněn.

**Pátým cílem** bylo sestavení informačního letáku: *Dietní opatření při léčbě warfarinem*. Protože většina oslovených respondentů byla důchodového věku, byla forma informovanosti o dietním opatření při léčbě warfarinem formou letáku. **Cíl č. 5** byl splněn.

Na základě získaných informací jsou vhodné následující doporučení pro praxi:

- rozvíjet sebek péči u pacientů s onemocněním FS
- poskytovat pacientům a rodinám dostatek informací o onemocnění, léčbě, režimových opatřeních
- poskytovat pacientům a rodinám dostatek informací o léčbě warfarinem, důležitosti monitorování hodnot INR a dietním opatření při léčbě warfarinem
- posilovat komunikaci a spolupráci mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým personálem

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou sebepéče u pacientů s onemocněním FS. Onemocnění FS se stává v posledních letech závažným problémem. Její výskyt se neustále zvyšuje se stoupajícím věkem a s neustále se zvyšujícím stárnutím populace. Onemocnění se častěji vyskytuje u mužů než u žen. Studie odhadují, že incidence FS by se měla v nejbližších 30letech více než zdvojnásobit. FS je specifická arytmie s řadou forem od asymptomatické formy, či jen s minimálními symptomy nebo se může manifestovat mozkovou příhodou, srdečním selháváním aj. Proto je nutné rozvíjet strategii časné detekce.

V teoretické části jsme se věnovali pojmu FS, je zde popsán vliv onemocnění na sebepéči dle V. Henderson, podkladem pro zpracování tematiky byla použita Teorie deficitu sebepéče D. E. Oremové.

V praktické části jsme použili výzkumnou metodu – dotazník, pomocí kterého jsme získali cenné informace. Respondenti zde odpovídali na otázky zaměřené na vědomosti o onemocnění FS, vyjadřovali se také k problematice léčby warfarinem a hodnotili, co je nejvíce v souvislosti s onemocněním zatěžuje. Pro pacienty byl vytvořen informační leták: *Dietní opatření při léčbě warfarinem*.

Celkově můžeme zhodnotit znalosti pacientů o onemocnění FS, léčbě antiarytmiky a léčbě warfarinem za nadprůměrné nebo velmi dobré, což určitě souvisí se skladbou dotazníku, který byl záměrně volen tak, aby byl pro pacienty jednoduchý, aby mu porozuměli. K tomu, aby si pacienti mohli prohlubovat vědomosti a dovednosti v oblasti onemocnění FS je důležité pacienty dispenzarizovat a poskytovat jim dostatečné informace v souvislosti s onemocněním formou novinek, letáků, webových stránek.

Informační leták: *Dietní opatření při léčbě warfarinem* jsme poskytli internímu oddělení JIP Vsetínské nemocnice a.s., kde poslouží pacientům k orientaci v dané problematice. S výsledky šetření jsme informovali náměstkyni ředitele pro odbornou péči Mgr. Jaroslavu Hrabíkovou, DiS. Vsetínské nemocnice a.s.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BEKEL, Gerhard a Renata HALMO, 2004. *Teorie deficitu sebeděče*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0794-9.

BULTAS, Jan a Debora KARETOVA, 2008. Strategie antitrombotické léčby u fibrilace síní. *Solen*. [online]. 2008. [cit. 2011-10-29]. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/03/08.pdf>

ČESKO. Zákon č. 22. dubna 2011 o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné z <http://www.mzcr.cz/Legislativa/>

ČIHÁK, R. a P. HEINC, 2011. Doporučení pro léčbu pacientů s fibrilací síní. *Kardio-cz.cz* [online]. 2011[cit. 2011-11-23]. Dostupné z <http://www.kardio-cz.cz/>

GALUSZKA Jan a Jan LUKL, 2002. Poznámky ke klasifikaci fibrilace síní a její terminologii. *Solen*. [online]. 6. 10. 2002. [cit. 2002-10-6]. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/int/2002/10/06.pdf>

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2006. *Vybrané kapitoly z manažmentu v ošetrovatel'stve II.diel*. Trenčín: Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka. ISBN 80-8075-121-8.

HANDL, Zdeněk, 2011. *Externí transtorakální defibrilace a kardiostimulace – teorie a praxe*. Vyd. 2. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-531-0.

KAPOUNOVÁ Gabriela, 2007. *Ošetrovatel'ství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KAUTZNER, Josef a kol., 2012. *Fibrilace síní v běžné praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-270-4.

KESSLER, Petr, 2000. *Léčba orálními antikoagulanty*. Praha: Orion Pharma. ISBN 80-238-6017-8.

KLENER Pavel, 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1986-6.

KOHOUT Pavel, Petr Kessler a Lucie Růžičková, 2007. *Dieta při antikoagulační léčbě*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-1-5.

KOLÁŘ, Jiří, 1999. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Vyd. 2. Praha: Akcenta. ISBN 80-86232-01-8.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978- 80-7367-684-1.

LANKEN N. Paul, 2001. *The Intensive Care Unit Manual*. ISBN 0-7216-2197-X.

LANÍKOVÁ, Miroslava a Radek PUDIL, 2007. Fibrilace síní – Nová Quidelines soustředila pozornost na cévní mozkovou příhodu. *Solen*. [online]. 3. 5. 2007. [cit. 2011-09-15]. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/kar/2007/03/05.pdf>

LUKL, Jan, 2009. *Fibrilace síní*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2768-4.

LUKL, Jan. A Petr HEINC, 2001. *Moderní léčba arytmií*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-998-5.

LUKL, Jan. 2005. Fibrilace síní – terapeutické postupy a cíle. *Solen*. [online]. 3.10.2005 [cit. 2011-10-26]. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/far/2005/03/10.pdf>

LÜLLMAN, H., MOHR, K. a L. HEIN, 2007. *Barevný atlas farmakologie*. Vyd. 3. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1672-5.

MARIEB Elaine N. a John MALLATT, 2005. *Anatomie lidského těla*. Brno: CP Books. ISBN: 80-251-0066-9.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2003. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

PÍŤHA Jan a kol., 2003. *Akutní stavy na interním oddělení*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-326-1.

SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL, 2005. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1166-4.

STAŇKOVÁ, Marta, 1996. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-243-5.

ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC et. al., 2003. *Intenzivní medicína*. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-203-X.

TROJAN, S., 2003. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0512-5.

ZADÁK Zdeněk, Eduard HAVEL et.al., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2099-9.

#### Internetové zdroje:

URL1:[http://www.wikiskripta.eu/index.php/P%C5%99evodn%C3%AD\\_syst%C3%A9m\\_srde%C4%8Dn%C3%AD](http://www.wikiskripta.eu/index.php/P%C5%99evodn%C3%AD_syst%C3%A9m_srde%C4%8Dn%C3%AD)

URL 2: <http://www.thp-hofmann.de/html/kardiologie-ultraschall.html>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ASA	Nesteroidní antirevmatika
AV	Atrioventrikulární
BMI	Body mass index
BT	Bilance tekutin
DSP	Deficit sebek péče
CVT	Centrální venózní tlak
CŽK	Centrální žilní katetr
EKG	Elektrokardiograf.
FS	Fibrilace síní
CHADS2	Congestive heart failure, Hypertension, Age, Diabetes mellitus, Stroke
IMP	Intermediální péče
INR	International normalized ratio
JIP	Jednotka intenzivní péče
KSP	Kompetence sebek péče
NGS	Nazogastrická sonda
PMK	Permanentní močový katetr
PSP	Požadavky sebek péče
RTG	Rentgen
SA	Sinoatriální
SiPoSP	Situativní potřeba sebek péče
SP	Sebek péče
TK	Tlak krve
TT	Tělesná teplota
UPV	Umělá plicní ventilace

## SEZNAM OBRÁZKŮ

OBR. 1 PŘEVODNÍ SRDEČNÍ SYSTÉM .....	13
OBR. 2 FIBRILACE SÍNÍ.....	14

**SEZNAM TABULEK**

TAB. 1. STRATIFIKACE CHADS2.....	22
TAB. 2. OVLIVNĚNÍ ÚČINKU WARFARINU .....	23
TAB. 3. OBECNÉ POŽADAVKY SEBEPÉČE .....	40
TAB. 4. ZDRAVOTNĚ PODMÍNĚNÉ POŽADAVKY SEBEPÉČE.....	41
TAB. 5: POHLAVÍ RESPONDENTŮ .....	47
TAB. 6: VĚK RESPONDENTŮ .....	48
TAB. 7: CO ZNAMENÁ FS?.....	50
TAB. 8: JAKÝ JE PULZ PŘI FIBRILACI SÍNÍ? .....	51
TAB. 9: JAKÉ JSOU NEJČASTĚJŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY ONEMOCNĚNÍ FIBRILACE SÍNÍ? .....	52
TAB. 10: JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY FIBRILACE SÍNÍ? .....	53
TAB. 11: JEDNA Z MOŽNOSTÍ LÉČBY FIBRILACE SÍNÍ JE? .....	54
TAB. 12: CO JSOU ANTIARYTMIKA?.....	55
TAB. 13: MEZI VEDLEJŠÍ ÚČINKY ANTIARYTMIK PATŘÍ?.....	56
TAB. 14: CO JE WARFARIN?.....	57
TAB. 15: UŽÍVÁNÍM WARFARINU PŘEDCHÁZÍTE VZNIKU KOMPLIKACÍ JAKO JE? .....	58
TAB. 16: KTERÝ VITAMÍN JE NUTNO OMEZIT PŘI LÉČBĚ WARFARINEM? .....	59
TAB. 17: PŘI UŽÍVÁNÍ WARFARINU JE ALKOHOL?.....	60
TAB. 18: JAKÁ JSOU RIZIKA UŽÍVÁNÍ WARFARINU?.....	61
TAB. 19: CO UDĚLÁTE, POKUD OMYLEM UŽIJETE VYŠŠÍ DÁVKU WARFARINU?.....	62
TAB. 20: PŘI LÉČBĚ WARFARINEM JE SPORT? .....	63
TAB. 21: CO VÁS V SOUVISLOSTI S FIBRILACÍ SÍNÍ ZATĚŽUJE NEJVÍCE?.....	64
TAB. 22: UMÍTE SI ZMĚŘIT PULZ?.....	66
TAB. 23: KDE MĚŘÍTE PULZ A JAK DLOUHO?.....	67

**SEZNAM GRAFŮ**

GRAF 1: POHLAVÍ RESPONDENTŮ .....	47
GRAF 2: VĚK RESPONDENTŮ.....	49
GRAF 3: CO ZNAMENÁ FIBRILACE SÍNÍ? .....	50
GRAF 4: JAKÝ JE PULZ PŘI FIBRILACI SÍNÍ? .....	51
GRAF 5: JAKÉ JSOU NEJČASTĚJŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY FIBRILACE SÍNÍ? .....	52
GRAF 6: JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY FIBRILACE SÍNÍ? .....	53
GRAF 7: JAKÁ JE JEDNA Z MOŽNOSTÍ LÉČBY FIBRILACE SÍNÍ? .....	54
GRAF 8: CO JSOU ANTIARYTMIKA?.....	55
GRAF 9: MEZI VEDLEJŠÍ ÚČINKY ANTIARYTMIK PATŘÍ? .....	56
GRAF 10: CO JE WARFARIN? .....	57
GRAF 11: UŽÍVÁNÍM WARFARINU PŘEDCHÁZÍTE VZNIKU KOMPLIKACÍ JAKO JE? .....	58
GRAF 12: KTERÝ VITAMÍN JE NUTNO OMEZIT PŘI LÉČBĚ WARFARINEM?.....	59
GRAF 13: PŘI UŽÍVÁNÍ WARFARINU JE ALKOHOL?.....	60
GRAF 14: JAKÁ JSOU RIZIKA UŽÍVÁNÍ WARFARINU? .....	61
GRAF 15: CO UDĚLÁTE, POKUD OMYLEM UŽIJETE VYŠŠÍ DÁVKU WARFARINU? .....	62
GRAF 16: PŘI LÉČBĚ WARFARINEM JE SPORT?.....	63
GRAF 17: CO VÁS V SOUVISLOSTI S FIBRILACÍ SÍNÍ ZATĚŽUJE NEJVÍCE? .....	65
GRAF 18: UMÍTE SI ZMĚŘIT PULZ? .....	66
GRAF 19: KDE MĚŘÍTE PULZ A JAK DLOUHO? .....	68

## SEZNAM PŘÍLOH

P I: Žádost o umožnění přístupu k informacím

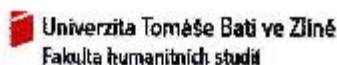
P II. Žádost o povolení výzkumného šetření

P III. Dotazník

P IV. Informační leták: Dietní opatření při léčbě warfarinem



# PŘÍLOHA I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Gabriela Rožnovjáčková
Téma bakalářské práce	Šlechpěc u pacienta s onemocněním fibrilace síní
Pracoviště	Vsetínská nemocnice a.s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 2.11.2017

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Vsetínská nemocnice a.s.  
Mgr. Jaroslava Hrabáčková  
náměstkyně ředitelky pro OP

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešňová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimecova@fhs.utb.cz, ds@fhs.utb.cz

## PŘÍLOHA II. ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Gabriela Rožnovjáčková
Téma bakalářské práce	Sebeněže u pacientů s onemocněním fibrilace síní
Skupina respondentů	Pacienti s onemocněním fibrilace síní
Pracoviště	Vsetínská nemocnice a.s.

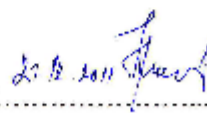
Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 25. 11. 2021

  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Vsetínská nemocnice a.s.  
Mgr. Jaroslava Hrabčiová  
náhradníka ředitele pro OP

  
ředitelka a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izst@fhs.utb.cz

## PŘÍLOHA III. DOTAZNÍK

Vážena paní/pane,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského kombinovaného studia oboru ošetrovatelství na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Chtěla bych Vás požádat o pečlivé vyplnění anonymního dotazníku, který poslouží ke zjištění informací o sebezpečí u pacientů s fibrilací síní. Veškeré získané výsledky tohoto šetření budou použity a zpracovány pouze v mé bakalářské práci a poslouží jako podklad k vypracování edukačního materiálu pro pacienty.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Gabriela Rožnovjáčková

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

- ❖ Zaškrtněte vždy jen jednu správnou odpověď.
- ❖ U otázek s volnou odpovědí, uveďte odpověď na vyhrazenou linku.

---

### 1. Jste:

- a) muž
- b) žena

### 2. Váš věk je.....

### 3. Co znamená fibrilace síní?

- a) vysoký krevní tlak
- b) poruchu srdečního rytmu
- c) rozedmu plic

### 4. Jaký je pulz při fibrilaci síní?

- a) pravidelný
- b) nepravidelný
- c) nehmatný

**5. Jaké jsou nejčastější rizikové faktory onemocnění fibrilace síní?**

- a) nadměrná fyzická práce
- b) nadměrná konzumace alkoholu
- c) zvýšený krevní tlak, kouření, nedostatek pohybu, obezita

**6. Jaké jsou příznaky fibrilace síní?**

- a) nepravidelný pulz, bušení srdce, slabost, dušnost
- b) bolesti v zádech
- c) bolesti hlavy, vysoký krevní tlak

**7. Jedna z možností léčby fibrilace síní je?**

- a) elektrokardiografie
- b) elektrická kardioverze
- c) doživotní užívání vápníku

**8. Co jsou antiarytmika?**

- a) léky k léčbě anémie
- b) léky k léčbě vysokého krevního tlaku
- c) léky k úpravě srdečního rytmu

**9. Mezi vedlejší účinky antiarytmik patří?**

- a) bolest hlavy, dušnost, tlak na hrudi
- b) bolest břicha, dušnost, snížený krevní tlak
- c) nevolnost, zvracení

**10. Co je warfarin?**

- a) lék proti nadměrnému srážení krve
- b) lék k úpravě srdeční frekvence
- c) lék ke snížení krevního tlaku

**11. Užíváním warfarinu předcházíte vzniku komplikací, jako je:**

- a) cévní mozková příhoda, embolie, trombóza
- b) vysoký krevní tlak
- c) vznik osteoporózy

**12. Při užívání warfarinu je nutno omezit potraviny obsahující vitamín?**

- a) A
- b) C
- c) K

**13. Při užívání warfarinu je alkohol:**

- a) zakázán
- b) dovolen v malých dávkách

**14. Jaké jsou rizika užívání warfarinu?**

- a) nespavost
- b) nevolnost, zvracení
- c) zvýšené krvácení (např. z nosu, dásní)

**15. Co uděláte, pokud omylem užijete vyšší dávku warfarinu?**

- a) následující den navštívím lékaře, který zkontroluje hodnotu INR
- b) vynechám na 2 dny užívání warfarinu a poté budu užívat jako obvykle
- c) následující den užiji dvojitou dávku warfarinu

**16. Při léčbě warfarinem je sport:**

- a) zakázán
- b) povolen v přiměřené míře
- c) nutností

**17. Co vás v souvislosti s fibrilací síní zatěžuje nejvíce? Zde můžete uvést i více odpovědí.**

- neznalost onemocnění (projevy, příčiny, diagnostika, léčba)
- léčba antiarytmiky (nežádoucí účinky aj.)
- léčba warfarinem a dodržování dietního opatření
- neznalost rizikových faktorů při léčbě warfarinem
- dušnost
- tělesný diskomfort (bušení srdce, závratě, slabost, únava aj.)
- omezená fyzická aktivita
- obavy z vývoje onemocnění
- dodržování zdravého životního stylu (dietní omezení, pravidelná životospráva, vhodná aktivita)
- jiné.....

**18. Umíte si změřit pulz? Pokud ano, napište, kde pulz měříte a jak dlouho.**

- a)  
ano.....  
.....  
.....
- b) ne

# PŘÍLOHA IV. INFORMAČNÍ LETÁK

**Potraviný bezpečný, které hladinu INR neovlivní.** Lze je přijímat bez omezení, dle potřeby.

Potravina	Obsah vit. K 10-1 (ug)/100 g
Rajčata	
Sekaná	
Makrela	
Měručky	
Brambory	
Cedar	
Il-roznové víno	
Ovesná kaše	
Chléb	
Broskve	
Sójové mléko, tolu	
Vaječný žloutek	
Cibule	
Víc z obilí	
Rýže	
Melouny	
Pastilák	
Řepa	
Mléko	
Mléčné výrobky	
Máso, vejce,	
Čistatní ovoce a zelenina	
Cereálie	

**Potraviný kontrované obsahují vitamín K v množství, které může hladinu INR v závislosti na počítém množství ovlivnit.**

Potravina	Jednotka - 100 ml	Hmotnost v g	Obsah vit. K (ug)
Borůvky	šálek	230	40
Celer - listy	šálek	150	50-60
Dýně	šálek	300	35-45
Fazole	šálek	230	60
Fláček	šálek	160	45-55
Ibišek	šálek	180	80-90
Kivi	- ka	80	30
Kvěřák	šálek	150	20-25
Malina	šálek	160	20-25
Mango	šálek	100	30-40
Mangurdu	1 po. Lžice	14	14
Mřkev	šálek	150	20-25
Okurka	1 ks velký	300	50
Orechuňny	šálek	150	25-30
Rajský průřlak	šálek	170	30
Rebarbora	šálek	240	70
Sója	šálek	170	30-40
Švestky - sušené	šálek	250	60-70
Tuňák	šálek	85	35-45
Zelmina snižená	šálek	180	30
Zelí	šálek	150	70-80

**Růžkové potraviny s vysokým obsahem vit. K.**

Potravina	Jednotka -100 ml	Hmotnost v g	Obsah vit. K (ug)
Brokolice	šálek	160	220
Brusky	šálek	150	300-850
Čakaraka	šálek	50	115
Idávkový salát	hlávka	160	180
Čičest	šálek	180	160
Kapusta	šálek	130-150	900-1150
Leřový salát	hlávka	510	130
Liřky pampeliřky	šálek	105	205
Růžková kapusta	šálek	50	320
Řeřicha	šálek	160	850
Špenát	šálek	180-210	850-1080
Tuřín	šálek	140	420
Zelená peřezel	10 vřhonků	10	165
Zelí	šálek	250	135

**Potraviný s nestabilním množstvím vit. K**

Potravina	Obsah vit. K ve 100 g
Kuřecí maso	300
Krůř maso	250
Hověř maso	210

### **Bludnou INR může ovlivnit:**

- příjem potravin s vysokým obsahem vitamínu K
- bylinkové, zelené a kopřivové čaje
- potravinové doplňky s vit. K nebo A, E
- antibiotika, probiotika
- přípravek K antivit
- hormonální onemocnění, průjemy

### **Podstatná sestavení jídelničky:**

- pravidelný a stabilní příjem vit. K
- příbuznou hladinu vit. K vám určí lékař nebo nutriční terapeut
- denní doporučená dávka vit. K je 80 µg, neměla by však přesáhnout 250 µg

**Výměnné jednotky** – možnost výměny potravin podle obsahu vitamínu K. Jedna výměnná jednotka odpovídá 50 µg vitamínu K.

### **Ukázkový jídelníček**

#### **1. den**

**Snídaně:** Chléb, lučina, ovocný čaj.

**Svačina:** Jehlika 1ks.

**Oběd:** Zeleninová polévka s brokolicí, Filet zapéčené se sýrem a rajčata, bramborová kaše.

**Svačina:** Jogurt s mlsli.

**Večeře:** Těstoviny zapéčené a krutím masem, špický salát.

#### **2. den**

**Snídaně:** Dalatániek, kuřecí šunka 2 plátky, čerstvý čaj.

**Svačina:** Křenová zelenina 1 ks(mrkv. kedlubn).

**Oběd:** Polévka hovězí s nudlemi, Vepřové maso se zeleninou (hrášek, mrkev), houskový knedlík.

**Svačina:** Ovocný tvaroh.

**P:** Rizoto, okurkový salát.

#### **3. den**

**Snídaně:** Celozrnný chléb, sýrová pomazánka, kávie.

**Svačina:** Pomeranč 1 ks.

**Oběd:** Bramborová polévka, Hovězí závitky, ryba, mrkvový salát.

**Svačina:** Ovocný jogurt, pečivo.

**Večeře:** Zeleninové těsto s uzeninou.

#### **4. den**

**Snídaně:** Dalatániek, rostlinný tuk, okurek.

**Svačina:** Kiwi 1ks.

**Oběd:** Polévka zeleninová s polhankou, Špagety s vepřovým masem a sýrem.

**Svačina:** Bílý jogurt s mlsli.

**Večeře:** Opečená ryba s pečivem.

#### **5. den**

**Snídaně:** Vločková kaše s ovocem.

**Svačina:** Chléb s máslem a ředkvičkou.

**Oběd:** Polévka krupicová, Vepřová pečeně, dušená mrkev, brambury.

**Svačina:** Jogurtový nápoj.

**Večeře:** Zapéčená brokolice s bramborem, salát z červené řepy.

### **Informační zdroje:**

KOJICIT Pavel, Petr Kessler a Lucie Křížčíková, 2007. *Dieta při onkologické léčbě*. Praha: Fortapi. ISBN: 978-80-903820-1-5.

<http://www.warfarin.cz/>

**Zpracoval:** Rožnovská Gabriela, 3. ročník KVS, FHS/UTB Zlín

**Odborná spolupráce:** Mgr. Jarmila Věřešová