

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH S FIBRILACÍ SÍNÍ

Bakalářská práce

Zpracovala: Andrea Vyškovská

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Pavla Kudlová, PhD.

Olomouc 2010

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce: Kvalita života nemocných s fibrilací síní

Název práce v AJ: The quality of life of patients with atrial fibrillation

Datum zadání: 2009–11–20

Datum odevzdání: 2010–04–30

Ústav a vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci, FZV, Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Vyškovská Andrea

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Pavla Kudlová, PhD.

Oponent práce: Mgr. Bc. Pavla Kudlová, PhD.

Abstrakt v ČJ: Cílem bakalářské práce je zjistit, jak vnímají a hodnotí kvalitu života nemocní s fibrilací síní. Získané výsledky z anonymního kvantitativního dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku WHO, WHOQOL-BREF interpretují informace o tom, jak paroxysmální nebo permanentní fibrilace síní ovlivní kvalitu života pacientů s těmito vybranými fibrilacemi. Vzhledem ke zvýšené prevalenci tohoto onemocnění by měla bakalářská práce upozornit na důležitost informovanosti nemocných o fibrilaci síní a vlivu kvality života na léčbu a ošetrovatelskou péči. Na základě analýzy dat by pak zdravotníci mohli zlepšit péči o tyto nemocné.

Abstrakt v AJ: The aim of this bachelor work is to determine how the patients with atrial fibrillation evaluate and perceive their quality of life. The results were obtained from an anonymous quantitative survey using a standardized questionnaire WHO, WHOQOL-BREF and present information how paroxysmal or permanent atrial fibrillation affect quality of life of patients with these selected fibrillations. Due to increasing prevalence of this disease should bachelor thesis highlight the importance of patient awareness about atrial fibrillation and the impact of quality of life on treatment and nursing care. Based on the data analysis they should then be able to improve medical care for these patients.

Klíčová slova v ČJ: kvalita života, arytmie, fibrilace síní, paroxysmální fibrilace síní, permanentní fibrilace síní, WHOQOL-BREF.

Klíčová slova v AJ: the quality of life, arrhythmia, atrial fibrillation, paroxysmal atrial fibrillation, permanent atrial fibrillation, WHOQOL-BREF

Rozsah: 87 s. , 5 příl.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Bc. Pavly Kudlové, PhD. a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní informační zdroje.

Současně také souhlasím s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne

Podpis

.....

.....

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří:

Paní Mgr. Bc. Pavle Kudlové, PhD. za odborné vedení mé práce, za trpělivost a cenné rady, které mi předala a za její podporu a laskavý přístup.

Panu MUDr. Ondřejovi Tomanovi, Ph.D., lékaři koronární jednotky z Interní kardiologické kliniky Fakultní nemocnice v Brně – Bohunicích za odborné konzultace, podporu a milý přístup.

Kolegyním z kardiologických ambulancí, Interní kardiologické kliniky Fakultní nemocnice v Brně – Bohunicích za podporu a pomoc při dotazníkovém šetření na jejich pracovišti.

Mé rodině a přátelům, kteří mi při studiu a psaní této práce byli oporou.

Respondentům, za jejich ochotu při vyplňování dotazníků, čímž mi umožnili vypracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ANOTACE	2
ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 FIBRILACE SÍNÍ.....	7
1.1 Definice onemocnění	7
1.2 Epidemiologie onemocnění	7
1.3 Etiologie.....	8
1.4 Patogeneze onemocnění.....	8
1.5 Patofyziologie onemocnění.....	9
1.6 Klinický obraz.....	10
1.7 Diagnostika	10
1.8 Terapie	10
1.8.1 Standardní terapie FS.....	11
1.8.2 Intervenční terapie FS	13
1.9 Komplikace	13
1.10 Ošetrovatelská péče	14
1.11 Projekty zabývající se problematikou FS	15
2 KVALITA ŽIVOTA.....	16
2.1 Kvalita života jako pojem	16
2.2 Definice kvality života.....	16
2.3 Pojetí kvality života	17
2.4 Faktory, které ovlivňují kvalitu života nemocného	17
2.5 Možnosti přístupů ve zkoumání kvality života.....	18
2.6 Možnosti hodnocení kvality života u nemocných	19
PRAKTICKÁ ČÁST	21
3 KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	21
3.1 Cíle výzkumu	21
3.2 Zdroje odborných poznatků	21
3.3 Metodika práce	22
3.4 Charakteristika zkoumaného souboru respondentů	23
3.5 Organizace výzkumného šetření.....	23
3.6 Organizace pilotních studií	23
3.7 Zpracování výsledků výzkumu	24
3.8 Výsledky a analýza výzkumného šetření.....	25
DISKUZE	64
ZÁVĚR	76
LITERATURA A PRAMENY	81
SEZNAM ZKRATEK	84
SEZNAM TABULEK	85
SEZNAM GRAFŮ	86
SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Fibrilace síní je nejčastější poruchou srdečního rytmu. Její prevalence vzrostla za posledních 30 let téměř 3krát a v současné době se odhaduje, že dosahuje téměř 1 % v celé populaci. Vzhledem ke stárnutí populace a prodlužování průměrné délky života se bude toto onemocnění vyskytovat u stále většího počtu pacientů. Fibrilace síní je příčinou zvýšené morbidity a mortality především v důsledku tromboembolických komplikací a navození či zhoršování srdeční insuficience.¹

V návaznosti na studium literatury a dlouholeté zkušenosti s pacienty v rámci koronární jednotky Interní kardiologické kliniky, Fakultní nemocnice Brno – Bohunice (IKK, FN Brno), kde autorka závěrečné práce pracuje v pozici všeobecné sestry a s pacienty s fibrilací síní se denně setkává a pečuje o ně, vznikla tato bakalářská práce, jejíž úkolem bylo zjistit, jak vnímají a hodnotí kvalitu života nemocní s vybranými fibrilacemi síní.

Cílem všech zdravotnických pracovníků by měl být holistický přístup k nemocným, tedy péče o to, aby pacienti měli zajištěny své bio, psycho, sociální a spirituální potřeby i v nemocničním prostředí. V rámci bakalářské práce nás zajímalo, jak vnímají své potřeby a úroveň kvality života pacienti s paroxysmální a permanentní fibrilací síní.

Kvalita života je v poslední době velmi diskutovaný fenomén. Hovoří se o ní v různých souvislostech a v rámci různých vědních disciplín jako jsou např. psychologie, sociologie, medicína, ale i ošetrovatelství. Ve zdravotnictví se z pohledu kvality života hodnotí poskytovaná péče, jednotlivé zdravotnické programy a především také efektivita léčby. Po celém světě jsou prováděny rozsáhlé studie kvality života u různých typů onemocnění.

Obecným trendem je, aby pacienti při daném onemocnění měli co nejvyšší kvalitu života a možnost vykonávat své běžné životní role a mohli si zachovat svoji nezávislost.

¹ BULKOVÁ, V. a kol., Konvenční léčba fibrilace síní řízená ambulantními kardiology v ČR. In *Vnitř Lék*, 2008., Ročník 54, č. 1, s. 36.

TEORETICKÁ ČÁST

1 FIBRILACE SÍNÍ

1.1 Definice onemocnění

Fibrilace síní – v češtině míhání (chvění) síní. Jedná se o nejčastější arytmiu (poruchu srdečního rytmu) s chaotickou elektrickou aktivitou v síních, projevující se na EKG drobnými nestejnými vlnkami o frekvenci 300–500/min. označovanými jako „f“. Převod na komory je zcela nepravidelný, z čehož vyplývá naprostá nepravidelnost srdečního pulsu (tzv. absolutní arytmie). S ohledem na nestejně naplnění komor během různě dlouhé diastoly bývá i rozdílný tepový objem, což může mít za následek až pulsový deficit. Komorové komplexy na EKG jsou normálního tvaru. Chybění efektivní systoly síní zhoršuje diastolické plnění komor, což může zhoršovat hemodynamickou situaci. V síních se častěji tvoří tromby s rizikem embolizace.²

1.2 Epidemiologie onemocnění

Fibrilace síní (FS) se vyskytuje nejvíce u starších nemocných s kardiovaskulárním onemocněním (KVO). Stárnutí populace a lepší přežívání KVO jsou nejpravděpodobnější příčiny vzestupného trendu v prevalenci FS. Prevalence FS u dospělé populace se uvádí v rozsahu 1–6 %. Tato prevalence roste s věkem, takže například v devátém deceniu dosahuje až 10 %. Více než dvě třetiny nemocných s FS jsou ve věku 65–85 let. FS je častější u mužů než u žen.³

Formy FS dle trvání arytmie:

- **Paroxysmální FS** - je FS, která při dané léčbě po svém vzniku spontánně končí, přičemž trvání jednotlivých epizod zpravidla nepřevyšuje několik dní.
- **Perzistentní FS** - je FS, která při dané léčbě nekončí a k jejímu ukončení je nutná farmakologická nebo elektrická kardioverze, přičemž trvání epizody do jejího ukončení převyšuje 7 dní a nepřevyšuje 12 měsíců.⁴
- **Dlouhodobá perzistující FS** - je FS, která při dané léčbě bez přerušení trvá více než 12 měsíců a je rezistentní na elektrickou kardioverzi nebo po ní časně recidivuje.

² VOKURKA, M.; HUGO, J., *Velký lékařský slovník*, s. 261.

³ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 13.

⁴ BULKOVÁ, V. a kol., Konvenční léčba fibrilace síní řízená ambulantními kardiology v ČR. In *Vnitř Lék*, 2008., Ročník 54, č. 1, s. 37.

- **Permanentní FS** (dříve chronická FS) - arytmie je trvalá, není indikována léčba k obnovení sinusového rytmu nebo tato léčba selhala.⁵

V mladším a středním věku převažuje paroxysmální forma, která se ve vysokém věku mění přes perzistující na permanentní formu FS. FS je nejčastější příčinou hospitalizace pro srdeční arytmie a tento počet přijetí také výrazně narůstá, což zvyšuje ekonomické nároky na péči o tyto nemocné.⁶

FS vede nezávisle na přidružených KVO téměř ke dvojnásobnému riziku úmrtí. Toto riziko je hlavně vyšší u mužů než u žen, hlavně ve vyšších věkových kategoriích. Toto riziko bylo dokonce dvojnásobně vysoké i u pacientů bez KVO. Přítomnost srdečního selhání (SS) ještě dále zvyšuje mortalitu pacientů s FS.⁷

1.3 Etiologie

FS je typicky spojená s těmito stavy a onemocněními: arteriální hypertenze; ischemická choroba srdeční (ICHS); chlopenní vady; kardiomyopatie (vč. infiltrativních onemocnění, např. amyloidózy); perikarditidy a myokarditidy; intrakardiální tumory či tromby; stav po kardiochirurgické operaci; plicní onemocnění spojená s plicní arteriální hypertenzí; diabetes mellitus (DM); neurologická onemocnění (subarachnoideální krvácení, mozkové příhody); abúzus alkoholu, kofeinu či drog; endokrinní onemocnění (tyreopatie, feochromocytom).

Asi u 8–20 % případů, hlavně u mladších nemocných, nemá FS žádnou zjevnou etiologii – tzv. idiopatická FS. Do této skupiny patří i familiární formy FS - tyto se hlavně charakterizují absencí KVO a genetickou podmíněností.

Genetická podstata FS byla donedávna opomíjena, první popis familiární formy FS pochází již z roku 1943.⁸

1.4 Patogeneze onemocnění

Podstatou FS je šíření několika reentry okruhů v obou síních. Ve většině případů je arytmie spouštěna z fokálního zdroje, který rozfibriluje síně salvami ektopických

⁵ LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 26.

⁶ LUKL, J., Farmakologická léčba fibrilace síní In *Remedia* [online], s.2.

http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-20004/2-2004/Farmakologická_léčba_fibrilace_síní.

⁷ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 18.

⁸ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 25.

stahů o rychlé frekvenci. Tato ložiska bývají lokalizována převážně v levé síni, zejména ve svalovině okolo plicních žil. U zdravých jedinců většinou arytmie spontánně končí, popřípadě se opakují paroxysmy arytmie, často při zvýšené vagotonii nebo sympatikotonii. U nemocných s dilatací síní nebo přítomností fibrózy většinou FS sama nekončí.⁹

1.5 Patofyziologie onemocnění

Frekvence síní bývá při FS rychlá a nepravidelná, obvykle kolem 600/min (v rozmezí 400–800/min). Tato frekvence zapříčiní, že se síně přestávají účinně stahovat, jejich příspěvek k plnění komor ustává a minutový výdej poklesne až o 30 %. Dalším negativním důsledkem FS je neadekvátní srdeční frekvence, neodpovídající stupni tělesné aktivity (např. bradyarytmie při zátěži nebo tachyarytmie v klidu). Převod vzruchu ze síní na komory je zcela nepravidelný, s frekvencí 150–200/min a tím se mění i náplň srdce od jednoho cyklu k druhému. U některých stahů je náplň tak malá, že se systolický objem krve ani nepřečerpá do periferních tepen a neprojeví se tak ani hmatným pulsem. Ve fibrilujících síních se lehce tvoří nástěnné tromby, ty ohrožují nemocného embolizacemi do plic nebo do systémového tepenného oběhu.¹⁰

EKG

Frekvence síní 400–800/min. Frekvence komor je různá, u neléčené fibrilace až 150–200/min. Dle frekvence komor se FS dělí na: FS s pomalou odpovědí komor (pod 60/min); FS s přiměřenou odpovědí komor (60–100/min); FS s rychlou odpovědí komor (nad 100/min).

Rytmus nepravidelný. Výjimkou je pravidelná odpověď komor u FS s úplnou síňokomorovou bloádou a náhradním junkčním rytmem.

Vlnu P nahrazuje nepravidelné vlnění izoelektrické linie (vlna „f“). U akutně vzniklé FS je vlna „f“ obvykle dobře rozpoznatelná (tzv. hrubovlnná FS). U dlouhodobé FS může být izoelektrická linie jen lehce zvlňená (tzv. jemnovlnná FS) QRS bývá zpravidla normální, pokud není společně bloáda ramének nebo aberace vedení, kdy je QRS široký.¹¹

⁹ Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s. 154.

¹⁰ Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s. 154–155.

¹¹ Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s. 155.

1.6 Klinický obraz

FS nemocní nejčastěji vnímají jako nepravidelný tep, bušení srdce (palpitace). Dalšími příznaky bývají únavnost, náhlé zhoršení dechu, tolerance námahy. Někdy však nemocní ani FS vnímat vůbec nemusí.

U déletrvajících záchvatů FS s rychlou odpovědí komor a u nemocných s postižením srdce se vždycky projeví srdečním selháním. U nemocných s těsnou mitrální stenózou a u pacientů s pokročilou ICHS velmi často vzniká po začátku záchvatu FS plicní edém. Při snížení minutového objemu se mohou vyskytnout známky koronární a cerebrovaskulární insuficience.¹²

1.7 Diagnostika

Diagnosticky nejdůležitější metodou je EKG, které zachycuje nepravidelnou akci komor s nepřítomnými vlnami P, které jsou nahrazeny vlnkami s frekvencí nad 400/min. K podezření na paroxysmální formu FS velmi často vedou nepravidelné rychlé palpitace, námahová dušnost, vzácněji synkopy nebo sekundární stenokardie. U léčené FS je však až 80% paroxysmů zcela symptomatických.¹³

Mezi další důležitá vyšetření při FS patří EKG v klidu a při zátěži, Holterovo monitorování EKG a echokardiografie, laboratorní vyšetření.

U vyšetřovaných pacientů může být FS diagnostikována jako: první záchyt arytmie; arytmie, která se již opakuje.¹⁴

1.8 Terapie

Volba nejvhodnější léčebné metody u FS závisí na době trvání, na frekvenci záchvatů a na klinickém stavu nemocného.

Léčba FS se řídí následujícími pravidly: **přerušit paroxysmus FS** – antiarytmika (AA) I., III. třídy, elektrokardioverze; **zabránit recidivám paroxysmů FS, případnou léčbou základního onemocnění** – AA I., III. třídy, nefarmakologická léčba; **upravit frekvenci komor v případě často opakujících se záchvatů nebo při**

¹² Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s. 155–156.

¹³ LUKL, J., Farmakologická léčba fibrilace síní In *Remedia* [online], s.3.

http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-20004/2-2004/Farmakologická_léčba_fibrilace_síní.

¹⁴ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 26.

trvalé fibrilaci síní – AA II., IV. třídy, digitalis, nefarmakologická léčba; **předcházet tromboembolickým příhodám** – antiagregační, antikoagulační terapie.¹⁵

1.8.1 Standardní terapie FS

FARMAKOTERAPIE

Léčba se řídí strategií kontroly srdeční frekvence nebo strategií kontroly srdečního rytmu. Z prognostického hlediska jsou tyto strategie uváděny jako rovnocenné a výběr je pouze na lékaři a pacientovi. Jedinou možnou léčbou u permanentní formy FS je kontrola frekvence léky blokujícími vedení v atrioventrikulárním (AV) uzlu (digoxin, beta-blokátory, blokátory kalciových kanálů). U perzistující formy FS je volba léků, které stabilizují sinusový rytmus (antiarytmika I. a III. třídy) dána mnoha faktory, např. symptomy, proarytmickým rizikem (strukturální postižení srdce a funkce levé komory). Hlavním argumentem pro stabilizaci sinusového rytmu (SR) se uvádí kvalita života, jenž je dána potlačením symptomů z arytmie.¹⁶

Přerušení paroxysmu FS

Přerušení akutního záchvatu FS (který netrvá déle než 48 hod.), můžeme dle stavu pacienta provést buď medikamentózně nebo elektrickou kardioverzí. Méně závažné paroxysmy FS lze léčit amiodaronem nebo propafenonem. Při FS, která je příčinou akutního SS, dáváme přednost elektrické kardioverzi, monofázickým výbojem 200–300 J a nemocného do 48 hod. od vzniku arytmie nezajišťujeme antikoagulancii. Pokud záchvat FS trvá déle než 48 hod., nejdříve zpomalujeme frekvenci komor beta-blokátory nebo verapamilem a podáváme antikoagulancia. Za všech okolností se musí léčit i základní příčina, která vedla ke vzniku arytmie (SS, léčba perikarditidy, thyreotoxikózy).¹⁷

Zabránění recidivám paroxysmů FS

Recidivy paroxysmů FS omezujeme preventivním podáváním antiarytmik. Pacienty bez významného srdečního onemocnění léčíme preventivně propafenonem, popřípadě podáváme beta-blokátory, sotalol nebo amiodaron. Amiodaron je indikován

¹⁵ Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s. 156.

¹⁶ Srov. LUKL, J., Farmakologická léčba fibrilace síní In *Remedia* [online], s. 3.

http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-20004/2-2004/Farmakologická_léčba_fibrilace_síní.

¹⁷ Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s.156.

hlavně u nemocných s častými paroxysmy FS a významným srdečním onemocněním. Pacienty, u kterých se tachykardické paroxysmy FS střídají s bradyarytmiemi (zpravidla při syndromu chorého sinu), zajišťujeme kardiostimulací. Ta brání nadměrné bradykardii při současné farmakoterapii a často omezí i frekvenci paroxysmů.¹⁸

Kontrola frekvence komor

Není-li prevence paroxysmů FS uvedenými antiarytmiky úspěšná, zaměřuje se medikamentózní léčba na kontrolu frekvence komor. Pacientům se podává digoxin, beta-blokátory, verapamil nebo diltiazem. Často bývá nutná kombinace těchto léků. Tyto uvedené léky se ale neosvědčily v léčbě vlastních paroxysmů FS.¹⁹

Prevence tromboembolických komplikací

Jde o léčbu antikoagulancii, která je využívána jako prevence vzniku trombóz. Je plně indikována u nemocných s FS a v kombinaci s dysfunkcí levé komory, DM a věkem pacienta nad 75 let. Tato léčba snižuje výskyt tromboembolických komplikací až o 70 %. V úvodu léčby je pacientovi aplikován heparin nebo jeho nízkomolekulární forma (např. fraxiparine), protože jeho nástup účinku je okamžitý. Zároveň je zahájena léčba perorálními antikoagulancii (např. warfarin), jejichž účinek nastupuje až po určité době podání. Všichni nemocní léčení antikoagulancii by měli být řádně edukováni – viz kapitola o ošetrovatelské péči. Účinky těchto léků sledujeme speciálními testy krevní srážlivosti. Při léčbě heparinem vyšetřujeme aPTT, při léčbě warfarinem testujeme Quickův čas - hladina INR.²⁰

Optimální hladina INR je 2–3. Hladina INR nižší než 2,0 je v prevenci tromboembolie neúčinná. U revmatické FS je riziko trombembolie až 17,6 krát vyšší než u zdravé populace, požadovaná hladina INR je tedy až 3,5. Antiagregace kyselinou acetylsalicylovou je méně účinná, ale postačuje u pacientů bez rizikových faktorů. Riziko tromboembolických komplikací u elektrické kardioverze je při trvání FS pod 48 hodin zanedbatelné ve srovnání s FS, která trvá déle. U FS, která trvá déle než 48 hodin je nutno zavést perorální antikoagulační léčbu minimálně 3 týdny před kardioverzí a 3 týdny po kardioverzi. Další možnost povoluje kardioverzi po vyloučení

¹⁸ Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s.156–157.

¹⁹ Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s.157.

²⁰ Srov. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, s. 256–257.

trombu v levé síni transezofageální echokardiografií. I zde je však následná léčba antikoagulancii indikována. Tyto zásady platí nejen pro elektrickou, ale také pro farmakologickou verzi FS.²¹

1.8.2 Intervenční terapie FS

Tato léčba se indikuje u nemocných se symptomatickou FS, která nereaguje na dostupnou farmakologickou léčbu.

Chirurgická léčba (tzv. operace „maze“) se indikuje při FS u nemocných operovaných z jiného důvodu (např. při náhradě chlopně). Spočívá v mnohočetných podélných incizích stěny síní, kterými se rozdělí síně na jednotlivé oblasti. Vzniklé oddělené oblasti musejí být menšího rozsahu než ty, které podmiňují fibrilační kroužení. Cílem operace je tedy modifikace rozptylu vzruchu v síních, aniž by vznikla úplná elektrická izolace tkáně síní. V současnosti jsou lineární léze vytvářeny radiofrekvenčním proudem nebo kryoablací.²²

Katetrizační léčba FS využívá dvou možností postupů. U nemocných výrazně symptomatických s permanentní FS, hlavně v pokročilejším věku, lze provést paliativní přerušení AV uzlu a implantaci kardiostimulátoru v režimu VVIR. Poslední dobou se však stále častěji provádí katetrizační ablace, která směřuje k vyléčení arytmií nebo vede k trvalé redukci záchvatů. Tato metoda spočívá v tom, že se elektricky izolují ústí plicních žil, popřípadě se aplikují i další lineární léze v levé síni. K této léčbě jsou zatím indikováni pouze pacienti s výraznými symptomy a s arytmií rezistentní na podávání antiarytmik. Převažuje výběr pacientů bez organického postižení srdce, i když v poslední době jsou stále častěji indikováni i ostatní nemocní.²³

1.9 Komplikace

Mezi nejčastější komplikace FS patří systémová embolizace (zejména do CNS) a srdeční slabost.

Tromboembolické komplikace FS – periferní embolizace zejména do CNS, patří k nejzávažnějším komplikacím FS. Vzájemná spojitost mezi cévní mozkovou příhodou (CMP) a FS byla u chlopenních vad revmatického původu, zejména u mitrální stenózy, známa již v první polovině minulého století. V prevenci CMP byly

²¹ Srov. LUKL, J., Farmakologická léčba fibrilace síní In *Remedia* [online], s. 5– 6. http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-20004/2-2004/Farmakologická_léčba_fibrilace_síní.

²² Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s.157.

²³ Srov. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, s.157.

zjištěny nezávislé rizikové faktory tromboembolických komplikací jako je věk nad 75 let, prodělaná ischemická CMP, srdeční slabost, hypertenze, diabetes mellitus (DM). Přítomnost těchto rizikových faktorů výrazně zvyšuje riziko embolizační CMP u nemocných s FS.²⁴

FS a srdeční slabost – oba tyto stavy se vzájemně silně propojují a postihují hlavně starší nemocné s přítomnými KVO (jako je hypertenze, ICHS, srdeční vady). Každá z obou poruch může přejít ke druhé. Srdeční slabost (SS) vede ke zvýšení tlaku v levé síni a k její následné dilataci a degenerativním změnám v myokardu síní, což způsobuje vyšší výskyt FS. Naopak FS vede ztrátou síňového příspěvku ke snížení minutového objemu a nekontrolovaná frekvence může vést k tachykardické kardiomyopatii s projevy SS.²⁵

FS po kardiochirurgických operacích

Pooperační FS je nejčastější komplikací po kardiochirurgických operacích. Incidence kolísá mezi 25–50 % po aortokoronárním bypassu a až v 62 % po operacích chlopní a kombinovaných výkonech. Nárůst pooperační FS je v poslední době nejspíš v důsledku zvyšujícího se věku nemocných, kteří podstupují srdeční operace. K pooperační FS nejčastěji dochází 2. až 4. den po zákroku. Přestože se v případě této komplikace jedná o dobře tolerovatelný stav, který se s ohledem na operační zákrok považuje za dočasný, může ohrožovat nemocného na životě a je velmi často spojována se závažnými komplikacemi. Také významně zvyšuje náklady na operaci a prodlužuje hospitalizaci.²⁶

1.10 Ošetřovatelská péče

Vlastní ošetřovatelská péče o klienta s FS se odvíjí od formy a způsobu léčby dané formy FS. Obecně sestra na kardiologické jednotce/ oddělení připravuje a edukuje nemocné před výkony, které podstupují (např. farmakologickou a elektrickou kardioverzi, implantaci kardiostimulátoru nebo radiofrekvenční ablaci). Dále pak asistuje u daných léčebných výkonů a mezi její nejdůležitější úkoly patří péče, kontrola a sledování nemocných po daných výkonech. Standardy péče u daných léčebných výkonů musí sestra znát a dodržovat.

²⁴ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 16–17.

²⁵ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 17.

²⁶ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 195.

Sestra hodnotí stupeň soběstačnosti při výživě, pohybovém režimu, hygienické péči, vyprazdňování. Sleduje také spánek/ odpočinek nemocného. Monitoruje příznaky onemocnění a fyziologické funkce (TK, P, D a EKG nemocného), sleduje účinky léků, výsledky laboratorních vyšetření, dodržování léčebného režimu a životosprávu.

Snaží se o zajištění všech bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb nemocného. Poskytuje klientovi srozumitelnou cestou dostatek informací o jeho nemoci, příčinách vzniku a následcích onemocnění. Pozitivně pacienta motivuje v dodržování pravidel léčebného režimu a jeho aktivitě při léčbě.²⁷

Jednou z prioritních funkcí sestry u nemocných s FS by měla být edukace nemocných, kteří užívají orální antikoagulancia. Při antikoagulační terapii by měl být každý klient upozorněn, že:

- mnoho léků má s antikoagulancii interakce, pacient tedy nikdy nesmí bez vědomí lékaře užívat žádné další léky. Toto doporučení se vztahuje i na bylinné čaje (zvláště kopřivy), volně prodejné léky (např. Ginkgo biloba) a vitamínové přípravky, které nesmí obsahovat vitamín K;
- antikoagulační účinek lze ovlivnit i skladbou stravy (cílem je během této léčby udržet denní příjem vitamínu K do 250 µg);
- pacient musí tuto léčbu hlásit před každým vyšetřením či ošetřením;
- drobné krvácivé komplikace (např. krvácení z dásní nebo nosu), nemusí být způsobeny předávkováním léku. Je tedy nutné navštívit lékaře a vyšetřit Quickův čas;
- tato léčba má velmi nepříznivý vliv na vývoj plodu, proto se doporučuje odložit těhotenství až po ukončení léčby, nebo ženu co nejrychleji převést na heparin či na jeho nízkomolekulární formu.²⁸

1.11 Projekty zabývající se problematikou FS

Popsaná problematika, která je obsažena v této kapitole je k dispozici k nahlédnutí v příloze č. 5/3, s. 97–99.

²⁷ Srov. JÚŘENÍKOVÁ, P.; HŮSKOVÁ, J.; PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství*, s. 36–37.

²⁸ Srov. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, s. 59, s. 275.

2 KVALITA ŽIVOTA

2.1 Kvalita života jako pojem

Kvalita života je v posledních desetiletích jedním z nejčastěji diskutovaných témat nejenom v psychologii, sociologii nebo v medicíně. Současná doba v medicíně, je charakteristická snahou o prodlužování délky života. Je však nutné připomnět, že prodloužení délky života samo o sobě nestačí. Je nutné brát zřetel na zachování či lépe snad zlepšení kvality života.

Ve zdravotnictví se vzhledem ke kvalitě života hodnotí jednotlivé zdravotnické programy a míra poskytované péče. Sledujeme-li kvalitu života, hodnotíme tímto, jaký dopad má dané onemocnění na pacienta, na jeho psychický, fyzický i sociální stav. Nakolik si může jedinec zachovat svoji nezávislost, vykonávání životních rolí, pocit životní spokojenosti.

Celková kvalita života se soustřeďuje na psychickou kondici, společenské uplatnění, ekonomické a náboženské aspekty. Prioritní je ovšem pocit fyzického zdraví a nepřítomnost příznaků onemocnění či léčby. Mezi výčet faktorů, které mohou výrazně ovlivnit kvalitu života patří - věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, vzdělání, ekonomická situace, kulturní zázemí.³²

2.2 Definice kvality života

Definování kvality života je velmi nesnadné a vyznačuje se stálou nejednoznačností. V současné době existuje celá řada definic, ale žádná z nich není všeobecně akceptována. Mají společné jen to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince.³³

Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších.³⁴

Veenhovenová zásadně přispěla ke kategorizaci konceptů kvality života. Ve své teorii „čtyř kvalit života“ za zmiňované čtyři kvality života považuje: životní šance neboli

³² Srov. SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*, 2004. Ročník 73, č.1, s. 6.

³³ Srov. SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*, 2004. Ročník 73, č.1, s. 6.

³⁴ Srov. SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*, 2004. Ročník 73, č.1, s. 6.

předpoklady; životní výsledky; vnější kvality neboli charakteristiky prostředí včetně společnosti; vnitřní kvality neboli charakteristiky individua.

Veenhovenová ve své teorii hodnotí: vhodnost prostředí; životaschopnost jedince; užitečnost života; vlastní hodnocení života. Tyto položky jsou obsaženy ve většině dotazníků kvality života, včetně dotazníku WHO, WHOQOL-BREF, který autorka této práce využila při výzkumném šetření.³⁵

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice, opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické, sociální pohody“. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.³⁶

2.3 Pojetí kvality života

Zjednodušeně lze konstatovat, že ve všech přístupech má koncept kvality života dvě dimenze: **objektivní kvalitu života** (zahrnuje splnění sociálních a materiálních požadavků, sociálního statusu a fyzického zdraví) a **subjektivní kvalitu života** (se týká všeobecné spokojenosti se životem a lidské emocionalitou).³⁷

2.4 Faktory, které ovlivňují kvalitu života nemocného

(modifikováno podle Klenera, 2002 a Stáblové, 2002) :

- **Fyzická kondice** – je určována výskytem různých příznaků onemocnění nebo i nežádoucími účinky aplikované terapie.
- **Funkční zdatnost** – zahrnuje hlavně stav tělesné aktivity, schopnost komunikace a uplatnění se v zaměstnání nebo v rodinném životě.
- **Psychický stav** – hodnotí se hlavně dle převládající nálad, postoje k životu nemoci, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, prožívání bolesti.
- **Spokojenost s léčbou** – jedná se o komplexní posouzení prostředí, kde je nemocný léčen (zahrnuje i technickou zručnost a sdílnost personálu, způsoby komunikace s nemocným).

³⁵ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100*, s. 9–10.

³⁶ HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*, s.208.

³⁷ Srov. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Zdravotnické noviny*, Příloha lékařské listy, 2003. Ročník 52, č.5, s. 28.

- **Sociální stav** – hodnotí se údaje o vztazích nemocného k blízkým lidem, jeho role ve společenských skupinách, způsoby komunikace.³⁸

2.5 Možnosti přístupů ve zkoumání kvality života

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Nejčastěji jsou to psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína.

Psychologické pojetí kvality života

Psychologové se ve svých výzkumech zaměřují hlavně na subjektivní pohodu a spokojenost s vlastním životem. V psychologii sledujeme 3 koncepty, jak je kvalita života vnímána: spokojenost se životem (hledají se otázky, co činí lidi spokojenými...); prožívanou subjektivní pohodu (subjective well-being); štěstí (happiness, flow – zde se vyzdvihuje a hodnotí život sám o sobě).³⁹

Sociologické pojetí kvality života

Sociologové naopak zdůrazňují sociální úspěšnost – majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav a je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života. Sociologické studie pak sledují dopad jednotlivých sociálně-zdravotních programů na kvalitu života v dané oblasti. Důležitým pojmem je „životní úroveň“, která definuje jako měřítko kvantitu a kvalitu zboží a služeb.⁴⁰

Pojetí kvality života v medicíně

V medicíně se pojem kvality života užívá od 70. let. V průběhu 80. let se rozvíjí časté používání v klinických studiích. V posledních letech je kvalita života velmi propagována a diskutována.

Lékaře by mělo prioritně zajímat, jakou kvalitu života mají nemocní při různých typech onemocnění a jestli zvolená terapie a péče o nemocné má dopad na kvalitu jejich života. Znamená to, že vedle klinických ukazatelů úspěšné a neúspěšné léčby (např. hladina hemoglobinu, TK, vymizení příznaků onemocnění) se také hodnotí subjektivní a objektivní údaje o psychickém a fyzickém stavu nemocného, jako jsou intenzita únavy, přítomnost bolesti, míra úzkosti a napětí, schopnost

³⁸ Srov. SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*, 2004. Ročník 73, č.1, s. 7.

³⁹ Srov. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Zdravotnické noviny*, Příloha lékařské listy, 2003. Ročník 52, č.5, s. 28.

⁴⁰ Srov. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*, s. 211.

sebeobsluhy. Proto je třeba terapeutické postupy hodnotit nejen podle klinických výsledků, ale i dle dopadu na kvalitu života. Měření kvality života přináší mnoho důležitých informací, které se v běžné klinické praxi u nemocných vůbec nezjišťují. Často to jsou důležité informace pro pacienty ze subjektivního hlediska a z hlediska zvládání života s nemocí rozhodující (emocionální prožívání nemoci, míra sociální podpory, partnerské vztahy).

Studium kvality života je v současné vědě důležitým a nosným směrem. Z hlediska zdravotnictví má svůj praktický dopad v přístupu k péči o nemocné, v podpoře a rozvíjení zdraví a také zhodnocení efektu léčby.⁴¹

2.6 Možnosti hodnocení kvality života u nemocných

K hodnocení kvality života se u nemocných používají dotazníky, které kvantifikují dopad onemocnění na běžný život nemocných.

Mezi základní oblasti, které vytvářejí nebo ovlivňují kvalitu života patří : fyzikální funkce (mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence); emocionalita (deprese, pocit strachu, lítostivost); sociální funkce (vztahy v rodině a její podpory, vztahy v okolí, náplň volného času); práce, domácí práce, nakupování; bolest; spánek a jeho kvalita; symptomy specifické pro dané onemocnění .

(Toto jsou zároveň okruhy, nejčastěji vyšetřované v dotaznících kvality života).

Dotazníky k hodnocení kvality života se mohou dělit na: generické (obecné); specifické. Některé zdroje literatury uvádějí ještě třetí typ – tzv. standardizované behaviour testy, které zjišťují funkce fyzické a kognitivní.

Generické dotazníky – jsou široce uplatnitelné, hodnotí celkový stav nemocného bez ohledu na dané onemocnění. K nejznámějším patří: Karnofsky Performance Status Scale; Activities of Daily Living (ADL); Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36); WHO Quality of Life Assessment.

Specifické dotazníky – jsou senzitivnější, hodí se již pro jednotlivé typy onemocnění. Mnohdy je jejich součástí i generický dotazník (např. u Kidney Disease Quality of life Instrument (KDQOL), který se využívá k zjištění kvality života u pacientů s chronickým selháním ledvin a jeho součástí je i generický dotazník SF 36).

⁴¹ Srov. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Zdravotnické noviny*, Příloha lékařské listy, 2003. Ročník 52, č.5, s. 28.

Mezi specifické dotazníky řadíme např.: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q) – pro nemocné s depresivní poruchou; SQUALA – pro psychiatricky nemocné, ale dle jeho autora je použitelný i pro běžnou populaci; European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) – pro nemocné s nádorovým onemocněním.⁴²

Z generických dotazníků je nejčastěji používán **SF 36**, má výbornou výpovědní hodnotu. Hodnotí 8 základních kvalit zdraví, a to jsou: limitace ve společenských aktivitách; limitace ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních problémů; limitace v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví; tělesná bolest; duševní zdraví; limitace z důvodů citových; vitalita; obecný pocit zdraví.

Dále se velmi často využívá generický dotazník World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100), který hodnotí 6 základních kvalit, a to: fyzické zdraví; psychickou úroveň; úroveň nezávislosti (soběstačnosti); sociální zázemí; okolní prostředí; duševní zdraví.⁴³

Stopoložková verze WHOQOL-100 se ukázala pro praxi příliš dlouhá, proto byla vytvořena kratší verze WHOQOL-BREF s 26 položkami. WHOQOL-BREF se skládá ze dvou položek celkového hodnocení a z 24 položek sdružených do 4 oblastí (fyzická, sociální oblast a oblast prožívání a prostředí). Analýzy potvrdily velmi podobné výsledky struktury WHOQOL-BREF a WHOQOL-100.

Autorka této závěrečné práce si pro hodnocení kvality života nemocných s fibrilací síní vybrala právě tento dotazník – WHOQOL-BREF.⁴⁴

⁴² Srov. SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*, 2004. Ročník 73, č.1, s. 7–8.

⁴³ Srov. SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*, 2004. Ročník 73, č.1, s. 8.

⁴⁴ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100*, s. 14.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.1 Cíle výzkumu

Cíle:

1. Zjistit, jak nemocní s fibrilací síní subjektivně hodnotí svoji kvalitu života.
2. Zjistit, zda pacienti obdrželi dostatečné informace o svém onemocnění.
3. Na základě šetření vytvořit edukační materiál – informační leták pro pacienty s fibrilací síní.

3.2 Zdroje odborných poznatků

Na základě studia odborné literatury, časopisů, zdrojů na internetové síti byly získány údaje potřebné pro sestavení dotazníku. Po konzultaci s vedoucí práce autorka práce sestavila první část dotazníku (položky č. 1–12), které jsou zaměřeny na informovanost nemocných o fibrilaci síní. Druhou část dotazníku tvoří standardizovaný, generický dotazník kvality života WHO, WHOQOL-BREF.

Tento námi vybraný dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí stopoložkového WHOQOL-100. WHOQOL-BREF se skládá ze dvou položek celkového hodnocení a 24 položek sdružených do 4 domén (fyzická, sociální oblast a oblast prožívání a prostředí). Tento dotazník byl zvolen proto, že je využíván k zjišťování kvality života u nemocných v celém světě a je jedním z mála dotazníků přeložených a používaných u nás.

O rešerše v českém i anglickém jazyce jsme požádali odbornou lékařskou knihovnu FN Brno. Při použití databáze Bibliographia Medica Čechoslovaca, kterou zpracovává národní lékařská knihovna, byly po zadání klíčových slov (kvalita života, fibrilace síní) – nalezeny 3 články v odborných časopisech, které se vztahují k danému tématu. Všechny 3 články nám posloužily jako zdroj informací a čerpali jsme z nich i ve své práci.

Při použití celosvětové, lékařské, zdravotnické a biomedicínkové databáze PubMed – MEDLINE bylo po zadání klíčových slov v anglickém jazyce nalezeno 164 odborných článků v anglickém jazyce, vztahujících se k tématu fibrilace síní. K tématu, které je zpracováno v závěrečné práci se vztahovalo 13 článků.

3.3 Metodika práce

Ke zpracování praktické části byl použit anonymní dotazník. Dotazník je tzv. explorační výzkumná metoda k získávání informací prostřednictvím subjektivních výpovědí zkoumaných osob – respondentů.⁴⁵

Mezi výhody dotazníkové metody patří jednoznačná formulace otázek bez emocí respondenta a také možnost rychlého, počítačového zpracování. K nevýhodám se řadí nízká návratnost a při neporozumění respondenta nelze již nic doplnit, opravit.

Položky č. 1–5 byly položky kontaktní, týkaly se věku, pohlaví, vzdělání, rodinného a sociálního stavu.

Položky č. 6–12 v krátkosti hodnotily, jak byli nemocní informováni o svém onemocnění, kde popřípadě hledali další informace a zda si měli s kým promluvit o svých obtížích.

Položky č. 13–38 (pro standardizovaný dotazník položky č. 1–26) byly součástí přímo standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

Položky č. 13,14 (ve standardizovaném dotazníku jsou to položky č. 1, 2) byly položky, kde nemocní subjektivně hodnotili svoji kvalitu života a zdraví.

Položky č. 15–21 (ve standardizovaném dotazníku jsou to položky č. 3–9) byly otázky, kde zjišťujeme, jak moc nemocní během posledních dvou týdnů prožívali určité věci.

Položky č. 22–27 (ve standardizovaném dotazníku jsou to položky č. 10–15) zjišťují, v jakém rozsahu mohli nemocní provádět určité činnosti za dobu posledních dvou týdnů.

Položky č. 28–37 (ve standardizovaném dotazníku jsou to položky č. 16–26) se zaměřovali na to, jak byli nemocní šťastní nebo spokojení s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

Položka č. 38 (ve standardizovaném dotazníku je to položka č. 26) se týkala toho, jak často nemocní v posledních dvou týdnech prožívali např. úzkost, depresi či beznaděj.

Respondenti měli možnost zvolit odpověď, která se jim zdála být nejvhodnější. Pro svou odpověď má každá položka připravené hodnocení stupnicí 1–5. Konečná podoba distribuovaného dotazníku v našem výzkumném šetření je v příloze č. 1/5, s. 88–92.

⁴⁵ Srov. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*, s. 45.

3.4 Charakteristika zkoumaného souboru respondentů

Dotazníky byly rozdány pacientům s paroxysmální a permanentní FS, kteří docházejí na kardiologické kontroly na ambulance IKK, FN Brno-Bohunice.

Zkoumaný soubor potřebný k realizaci výzkumného šetření tvořili respondenti z Brna a okolí a byli vybráni dle následujících požadavků:

- obě pohlaví
- věk nad 50 let
- pacienti, kteří se léčí s paroxysmální a permanentní FS
- pacienti s vybranými fibrilacemi síní, diagnostikovanými nejméně 1 rok
- pacienti FN Brno, kteří docházejí ambulantně na Interní kardiologickou kliniku na kardiologické kontroly

3.5 Organizace výzkumného šetření

K tomu, aby mohl být použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF v rámci tohoto výzkumu, byla kontaktována PhDr. Eva Dragomirecká, hlavní autorka vývoje českých verzí instrumentů WHOQOL. Na její doporučení bylo toto výzkumné šetření i jméno autorky zapsáno do českého WHOQOL-centra, které je vedeno pod Psychiatrickým centrem Praha. Autorka této práce získala svolení použít dotazník WHOQOL-BREF a jeho elektronickou podobu v práci.

Dále byla písemně požádána o svolení provádět výzkumné šetření v IKK FN Brno i náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve FN Brno - paní Mgr. Erna Mičudová (oficiální podoba formuláře – viz příloha č. 3, s. 94).

Dotazníky byly sesbírány v době od začátku prosince 2009 do konce února 2010. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, navraceno 65 dotazníků, tj. 92, 86 %. Z celkového počtu navracených dotazníků muselo být 5 dotazníků vyřazeno pro neúplnost dat. Celkový zkoumaný vzorek tedy tvořilo 60 dotazníků. 30 dotazníků bylo vyplněno nemocnými s paroxysmální FS a 30 dotazníků nemocnými s permanentní FS.

3.6 Organizace pilotních studií

V předvýzkumu byl v pěti případech použit i standardizovaný dotazník SQUALA, který se využívá u psychiatricky nemocných. Dle autora (M.Zannottiho) je

možné jej využít i pro běžnou populaci. V blízkém okolí, kde jej autorka práce předložila, byl opakovaně nepochopen.

Konečná verze dotazníku byla nabídnuta také v pěti případech. 5 osloveným respondentům se zdál být srozumitelný. Konečné výzkumné šetření probíhalo u nemocných s FS ve FN Brno-Bohunice v období od začátku prosince 2009 do konce února 2010.

3.7 Zpracování výsledků výzkumu

Všechny shromážděné dotazníky byly zkontrolovány a autorka se přesvědčila o jejich správnosti a úplnosti. Získané údaje byly vyjádřeny ručně do četnostní tabulky pomocí čárkovací metody a následně byly data převedeny do jednoduchých tabulek a grafů.

Tabulky zahrnují absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost vyjadřuje početností výskyt určité hodnoty dané třídy. Relativní četnost je dána procentuálním podílem počtu výskytu hodnot v dané třídě z celkového počtu hodnot.⁴⁶

Relativní četnost se vypočítává podle daného vzorce a násobí 100:

$$f_i = n_i : N$$

Ke zpracování dat byl využit počítačový program Microsoft Office Excel 2003.

V tabulkách byly pro přehlednost porovnávány získaná data od nemocných s paroxysmální i permanentní FS. Údaje vyjádřené v tabulkách byly pro lepší názornost zobrazeny i graficky.

⁴⁶ ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum*, s. 242.

3.8 Výsledky a analýza výzkumného šetření

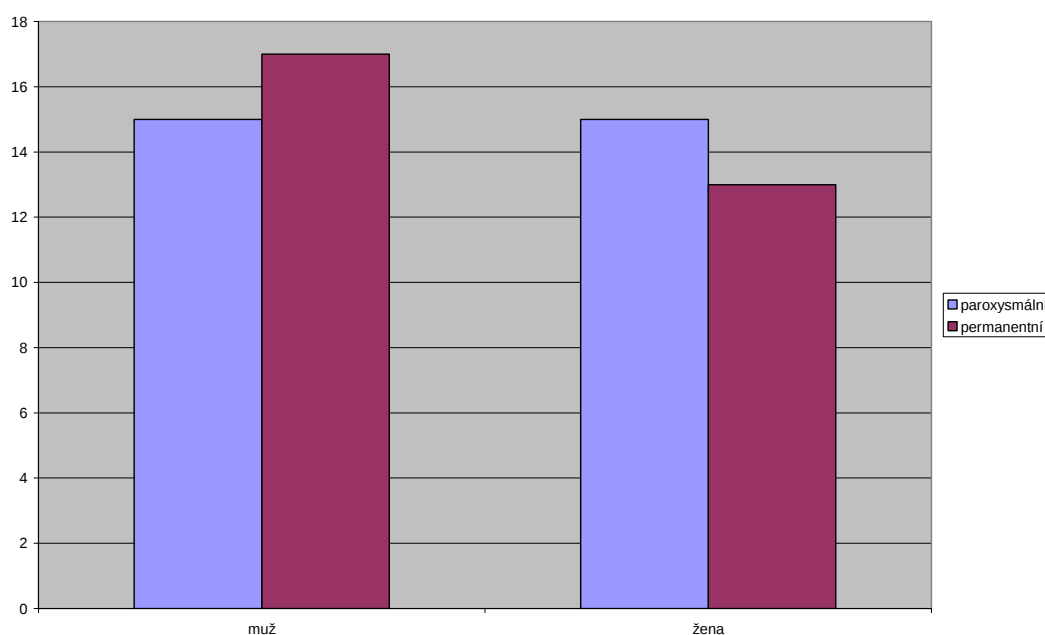
Zde v tabulkách a grafech autorka práce interpretuje výsledky jednotlivých položek z dotazníku. V tabulce je vždy uveden počet respondentů, kteří odpovídali (absolutní četnost) a zastoupení těchto respondentů v procentech (relativní četnost). U **grafů** jsou využívány k interpretaci hodnoty **absolutní četnosti**. V dané tabulce i grafu jsou vždy porovnávána data od nemocných s paroxysmální FS oproti datům od nemocných s permanentní FS.

POHLAVÍ RESPONDENTŮ

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
muž	15	50	17	57
žena	15	50	13	43
Celkem	30	100	30	100

Graf 1 – Pohlaví respondentů



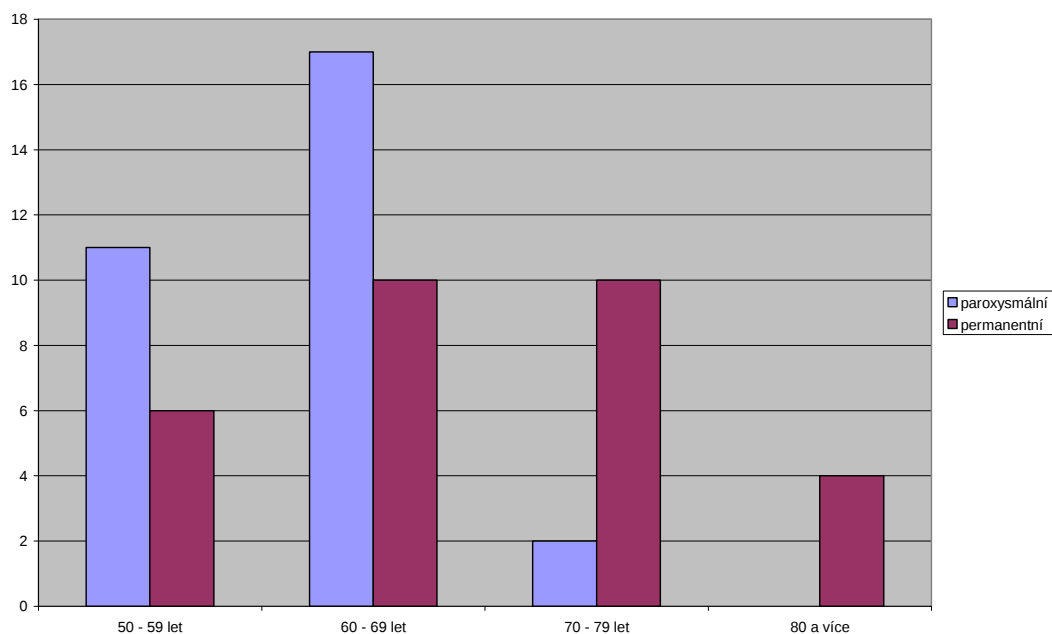
Ze 100 % (60) dotazovaných respondentů tvořilo 50 % (15) mužů s paroxysmální FS a 57 % (17) mužů s permanentní FS. A ženy byly zastoupeny v 50 % (15) s paroxysmální FS a 43 % (13) s permanentní FS.

VĚK RESPONDENTŮ

Tabulka 2 – Věk respondentů

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
50–59 let	11	37	6	20
60–69 let	17	57	10	33
70–79 let	2	7	10	33
80 a více	0	0	4	13
Celkem	30	100	30	100

Graf 2 – Věk respondentů



Ze 100 % (30) respondentů s paroxysmální FS bylo 37 % (11) respondentů ve věku 50–59 let, 57 % (17) dosahovalo věku 60–69 let, 7 % (6) bylo ve věku 70–79 let. Ve věku 80 a více let se nevyskytoval žádný respondent.

Ze 100 % (30) respondentů s permanentní FS se 20 % (6) nacházelo ve věku 50–59let, ve věkové skupině 60–69 let bylo 33 % (10), shodně s 33 % (10), kteří dovršili věku 70–79 let. Ve věku 80 a více let se nacházelo 13 % (4) respondenti.

Nemocní s paroxysmální formou FS se nejčastěji vykytovali ve věku od 60–69 let – tj. 66 % (17). Nejpočetnější skupiny respondentů s permanentní FS byly zastoupeny věkovými intervaly 60–69 let a 70–79 let (shodně po 33 % - tj. 10 respondentech).

VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ

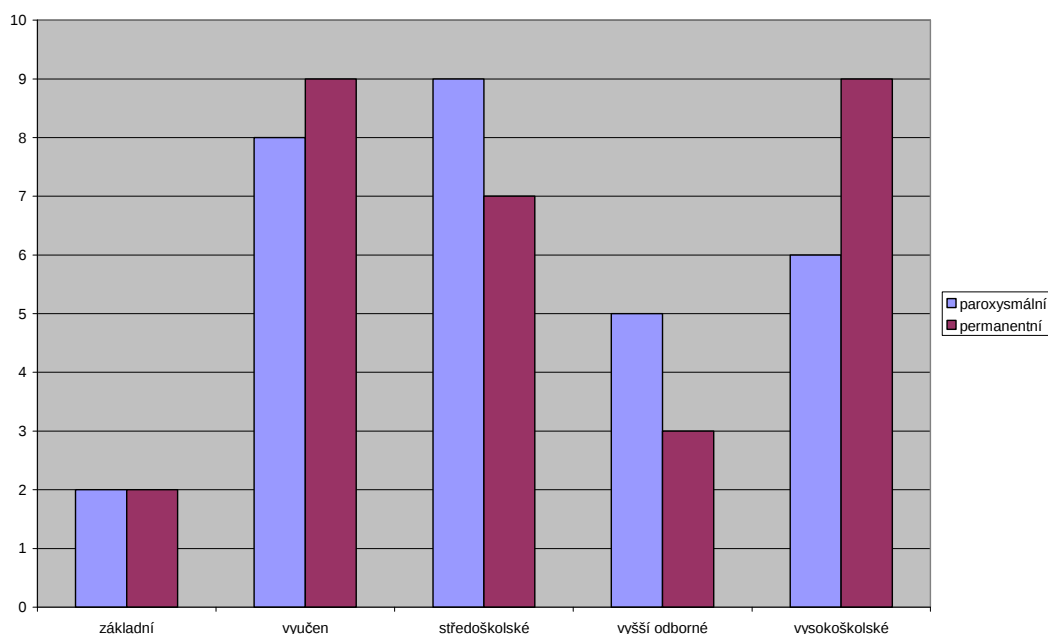
Tabulka 3 – Vzdělání respondentů

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
základní	2	7	2	7
vyučen	8	27	9	30
středoškolské	9	30	7	23
vyšší odborné	5	17	3	10
vysokoškolské	6	20	9	30
Celkem	30	100	30	100

Ze 100 % (30) respondentů s paroxysmální FS bylo nejvíce 30 % (9) středoškolsky vzdělaných, 27 % (8) bylo vyučeno v odborném učilišti, 20 % (6) mělo vysokoškolské vzdělání, 17 % (5) uvedlo vyšší odborné vzdělání. Nejmenší skupinu 7 % (2) pacientů uvedlo základní vzdělání.

Ze 100 % (30) respondentů s permanentní FS bylo shodně 33 % (10) vyučeno v odborném učilišti a také 33 % (10) vysokoškolsky vzděláno. 23 % (7) bylo středoškolsky vzdělaných, 10 % (3) uvedlo vyšší odborné vzdělání. 7 % (2) tvořili nejmenší skupinu se základním vzděláním – viz tabulka a graf č. 3 .

Graf 3 – Vzdělání respondentů

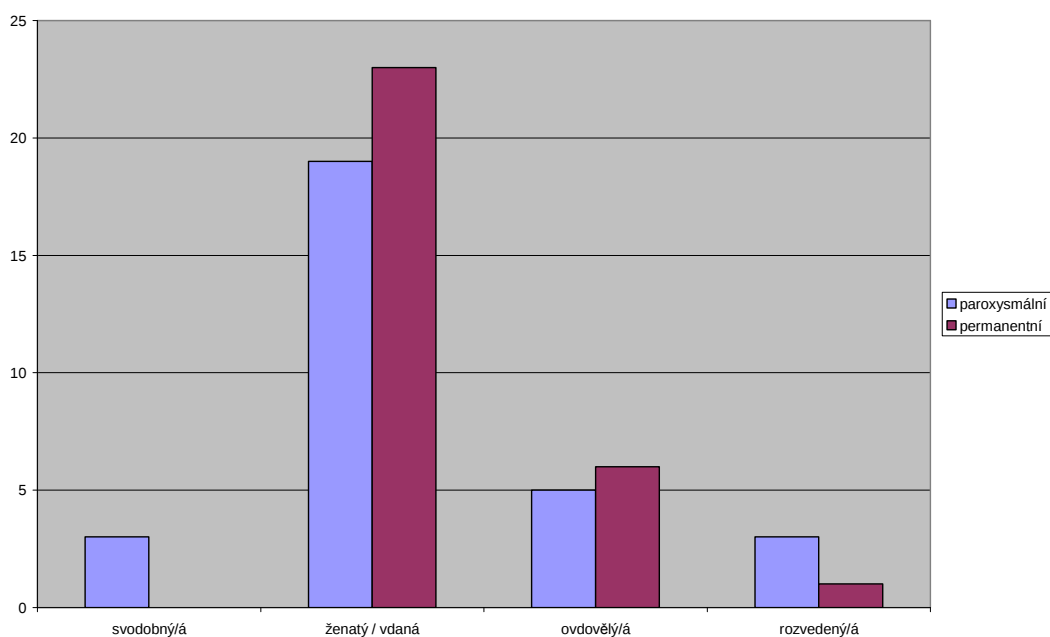


RODINNÝ STAV RESPONDENTŮ

Tabulka 4 – Rodinný stav respondentů

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
svobodný/á	3	10	0	0
ženatý / vdaná	19	63	23	77
ovdovělý/á	5	17	6	20
rozvedený/á	3	10	1	3
celkem	30	100	30	100

Graf 4 – Rodinný stav respondentů



Nemocní s paroxysmální FS – 63 % (19) i nemocní s permanentní FS - 77 % (23) žili nejčastěji v manželském svazku.

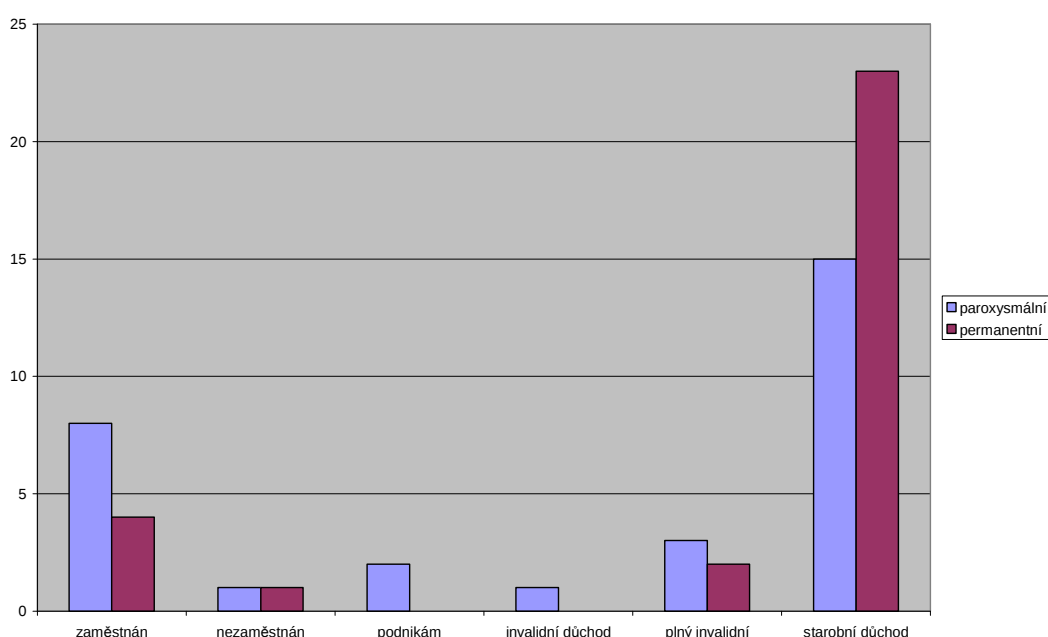
Z oslovených respondentů s paroxysmální FS bylo dále ovdovělých 17 % (5), rozvedených a svobodných shodně po 10 % (po 3 respondentech). U permanentní FS bylo 20 % (6) respondentů ovdovělých, 1 (3 %) rozveden.

ZAMĚSTNÁNÍ RESPONDENTŮ

Tabulka 5 – Zaměstnání respondentů

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
zaměstnán	8	27	4	13
nezaměstnán	1	3	1	3
podnikám	2	7	0	0
invalidní důchod	1	3	0	0
plný invalidní	3	10	2	7
starobní důchod	15	50	23	77
celkem	30	100	30	100

Graf 5 – Zaměstnání respondentů



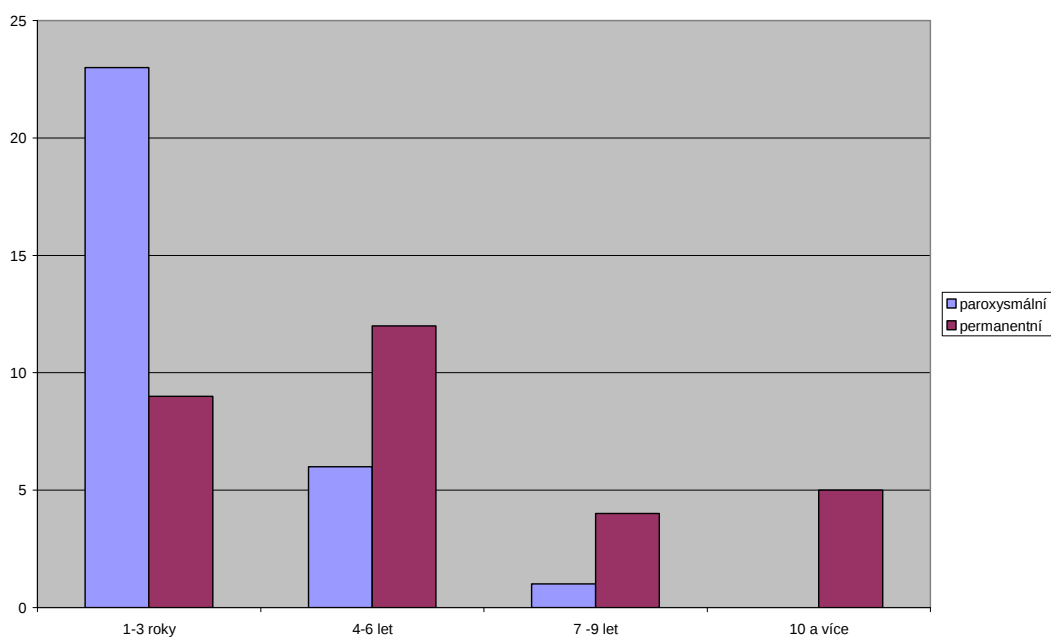
Z uvedených analýz šetření vyplývalo, že u obou forem FS (paroxysmální FS – 50 % (15), permanentní FS - 77 % (23) byli pacienti nejčastěji ve starobním důchodě. U paroxysmální FS bylo 27 % (8) pacientů zaměstnáno, 10 % (3) respondentů bylo v plném invalidním důchodě, 7 % (2) pacientů podnikalo a shodně 3 % (1) byli nezaměstnaní nebo v invalidním důchodě. U nemocných s permanentní FS 13 % (4) tvořili zaměstnaní respondenti, 7 % (2) bylo v plném invalidním důchodě, 1 (3 %) byl nezaměstnán.

DOBA LÉČBY S FS

Tabulka 6 – Doba léčby s FS

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1-3 roky	23	77	9	30
4-6 let	6	20	12	40
7 -9 let	1	3	4	13
10 a více	0	0	5	17
celkem	30	100	30	100

Graf 6 – Doba léčby s FS



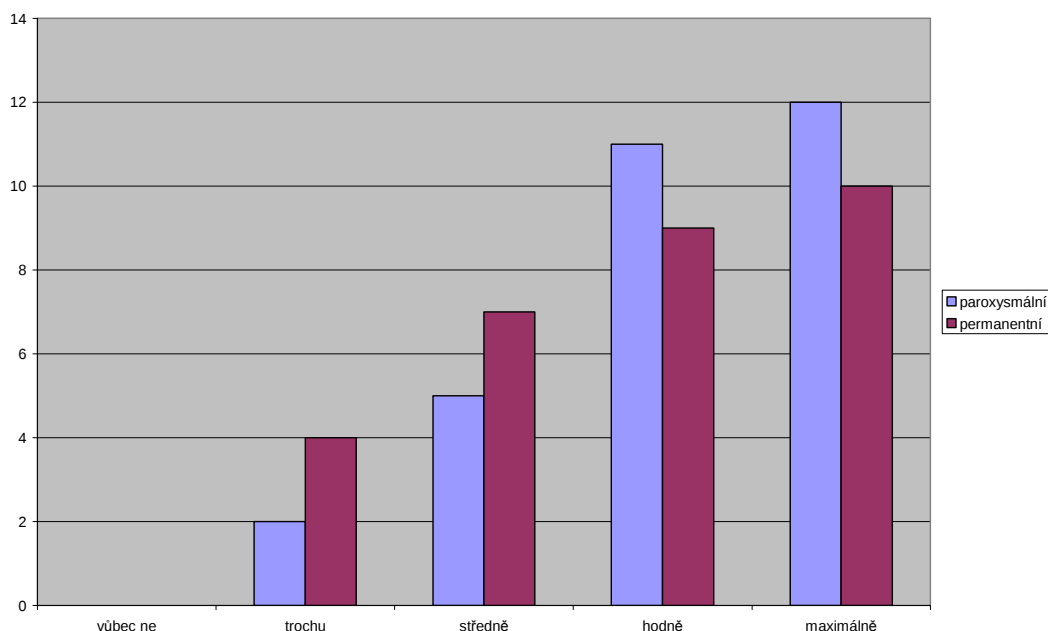
Z našeho šetření jsme zjistili, že u paroxysmální formy FS byli nemocní nejčastěji léčeni 1–3 roky, tj. 77 % (23), oproti tomu u permanentní formy FS pacienti podstupovali léčbu 4–6 let - tj. 40 % (12) a také 1–3 roky – tj. 30 % (9) (viz tab. 6, graf 6).

POSKYTNUTÉ INFORMACE O FS

Tabulka 7 – Poskytnuté informace o FS

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	2	7	4	13
středně	5	17	7	23
hodně	11	37	9	30
maximálně	12	40	10	33
celkem	30	100	30	100

Graf 7 – Poskytnuté informace o FS



V této položce nás zajímal názor respondentů na poskytnuté informace o diagnostice a léčbě FS. Z této analýzy dat můžeme zjistit, že nemocní obou forem FS si shodně mysleli, že jim byly informace o FS poskytnuty maximálně nebo hodně a to prostřednictvím edukace lékařem (viz tab. 7, graf 7).

ZDRAVOTNICKÉ ZDROJE INFORMACÍ O FS

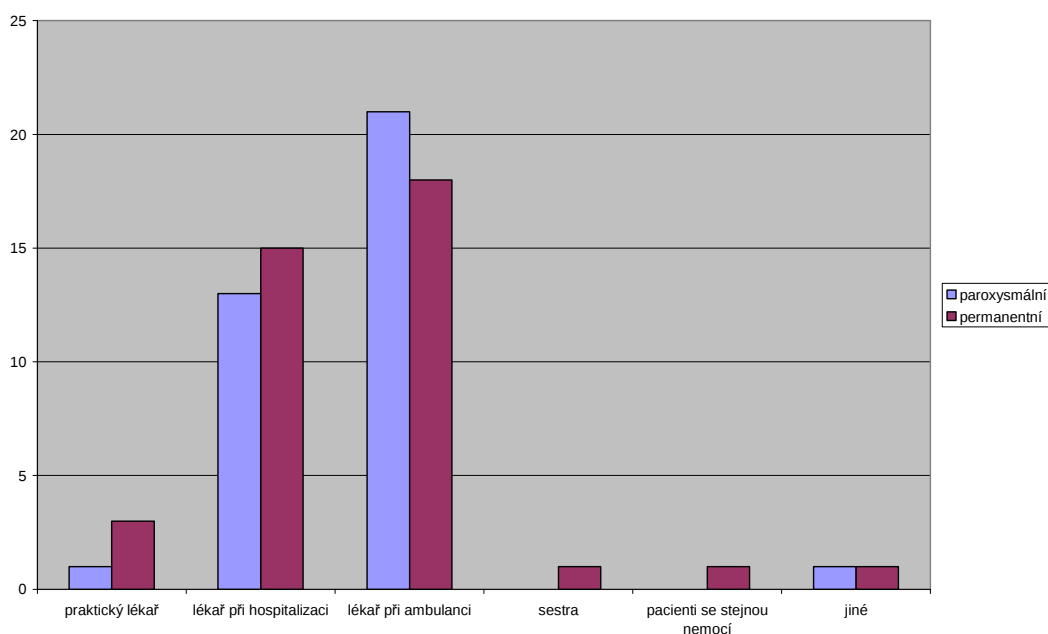
Tabulka 8 – Zdravotnické zdroje informací o FS

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
praktický lékař	1	3	3	10
lékař při hospitalizaci	13	43	15	50
lékař při ambulanci	21	70	18	60
sestra	0	0	1	3
pacienti se stejnou nemocí	0	0	1	3
jiné	1	3	1	3

Respondenti měli možnost u této položky označit více odpovědí, proto relativní četnost nebyla rovna 100 %.

U paroxysmální FS uvádělo 70 % (21) dotazovaných, že byli nejvíce o jejich onemocnění informováni lékařem, při ambulantních kontrolách. 43 % (13) respondentů odpovědělo, že je nejvíce informoval lékař, při hospitalizaci v nemocnici. 60 % (18) pacientů s permanentní FS uvedlo, že je nejvíce o onemocnění poučil lékař, při ambulantních kontrolách, 50 % (15) respondentů označovalo lékaře, při hospitalizaci v nemocnici (viz tab. 8, graf 8).

Graf 8 – Zdravotnické zdroje informací o FS

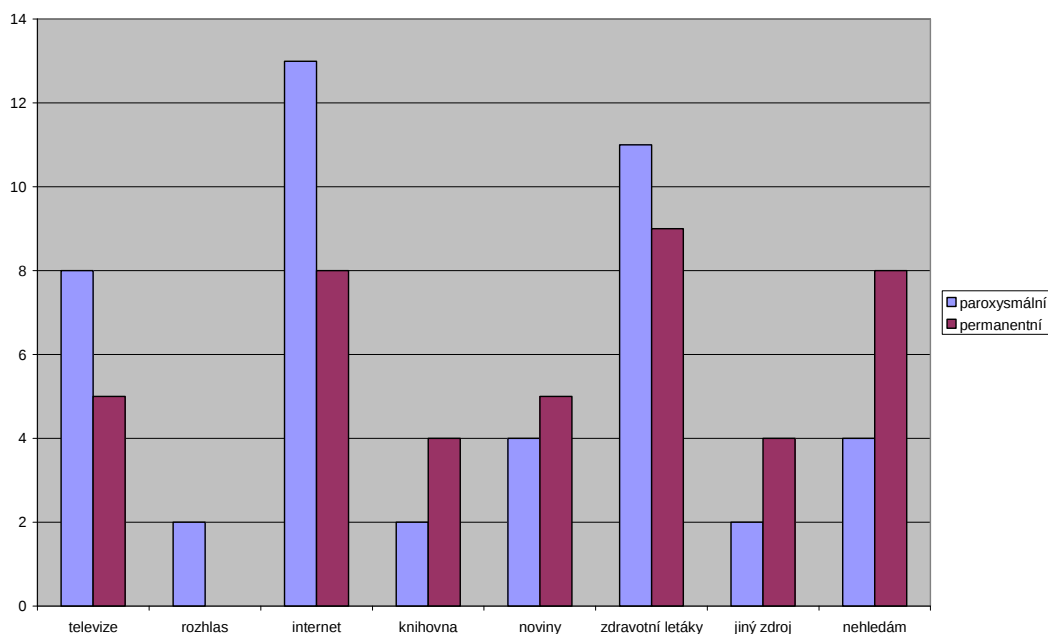


ZDROJE INFORMACÍ O FS

Tabulka 9 – Zdroje informací o FS

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
televize	8	27	5	17
rozhlas	2	7	0	0
internet	13	43	8	27
knihovna	2	7	4	13
noviny	4	13	5	17
zdravotní letáky	11	37	9	30
jiný zdroj	2	7	4	13
nehledám	4	13	8	27

Graf 9 – Zdroje informací o FS



U této položky mohli respondenti označit více možností odpovědí, proto relativní četnost v procentech dosahovala vysoko nad 100 %.

U této položky nás zajímalo, pokud měli pacienti zájem o další informace, kde je nejčastěji hledali. 43 % (13) respondentů s paroxysmální FS a 27 % (8) pacientů s permanentní FS nejčastěji uvádělo internetovou síť, 37 % (11) pacientů s paroxysmální FS a 30 % (9) respondentů s permanentní FS označilo zdravotní letáky a brožury. U paroxysmální FS 27 % (8) respondentů napsalo televizi. 13 % (4) označilo, že by hledalo v novinách a časopisech. 7 % (2) nemocných shodně uvedlo rozhlas nebo knihovnu, či jiný zdroj – konzultace s lékařem,

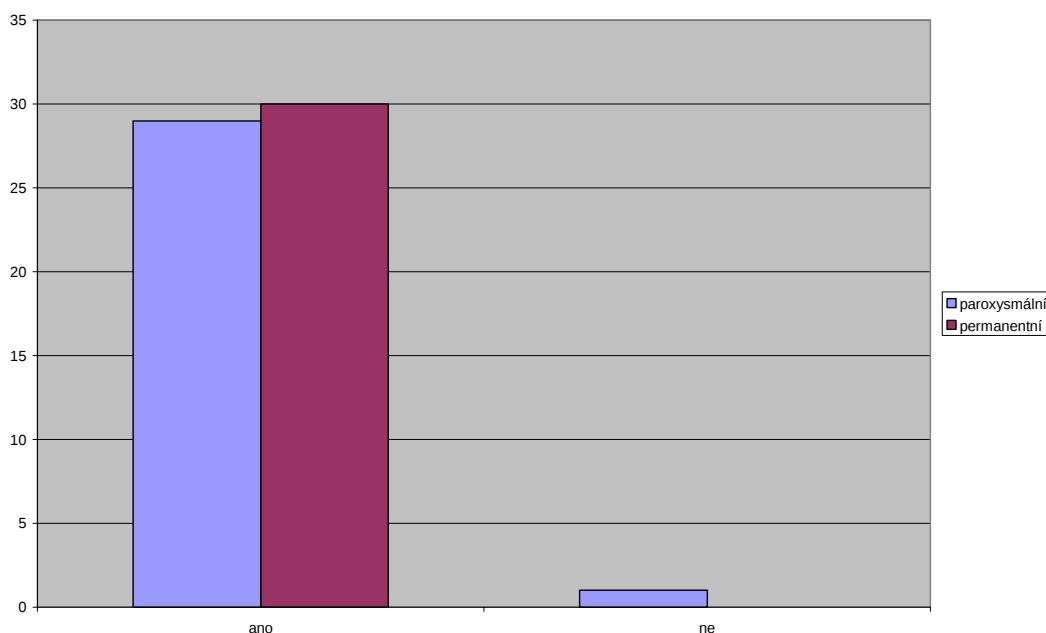
U nemocných s permanentní FS 17 % (5) respondentů shodně uvádělo buď noviny a časopisy nebo televizi. 13 % (4) pacientů by informace hledali v knihovně nebo uváděli jiný zdroj - konzultace s lékařem. 13 % (4) pacientů s paroxysmální FS a 27 % (8) s permanentní FS označilo, že další informace nehledá (viz tab. 9, graf 9).

PRAVIDELNÉ KARDIOLOGICKÉ KONTROLY

Tabulka 10 – Pravidelné kardiologické kontroly

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	29	97	30	100
ne	1	3	0	0
celkem	30	100	30	100

Graf 10 – Pravidelné kardiologické kontroly



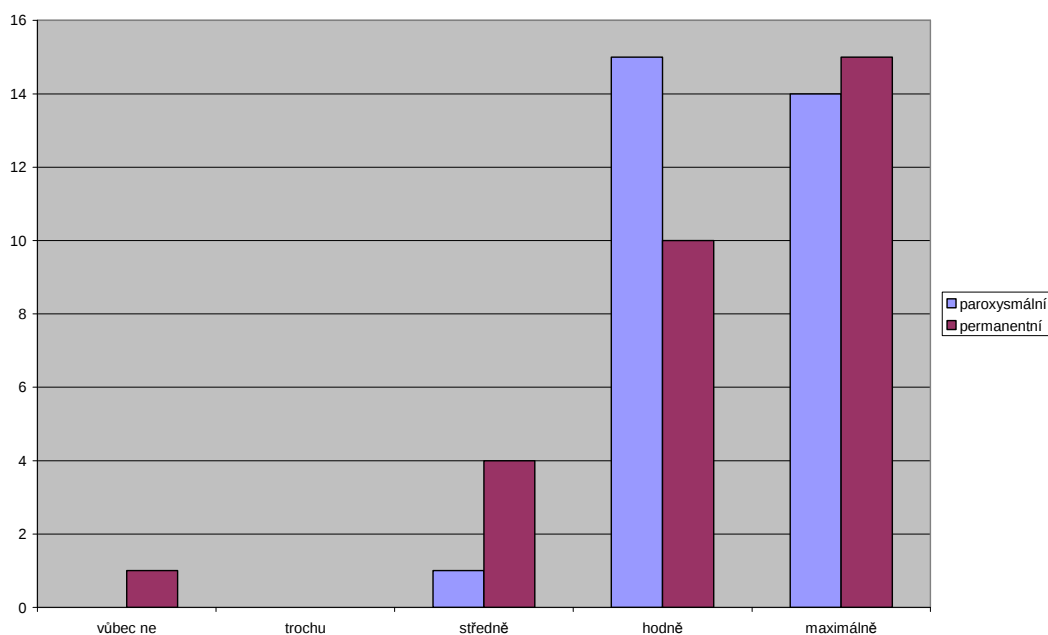
97 % (59) respondentů obou forem FS chodilo pravidelně na kardiologické kontroly, jen 1 (3 %) respondent uvedl, že lékaře pravidelně nenavštěvuje.

DODRŽOVÁNÍ LÉČBNÉHO REŽIMU

Tabulka 11 – Dodržování léčebného režimu

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	0	0	1	3
trochu	0	0	0	0
středně	1	3	4	13
hodně	15	50	10	33
maximálně	14	47	15	50
celkem	30	100	30	100

Graf 11 – Dodržování léčebného režimu



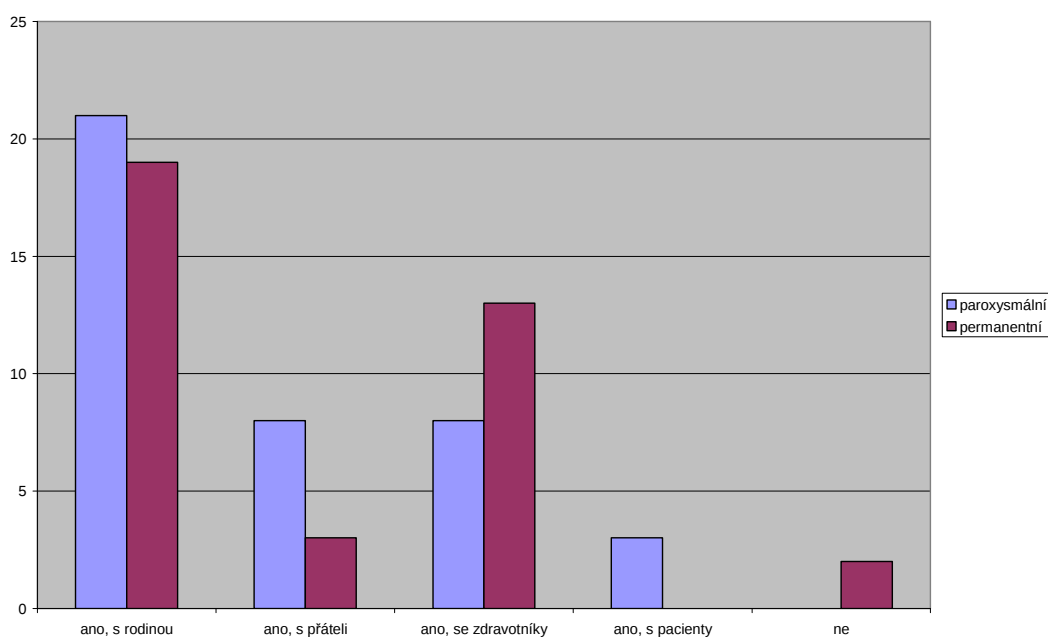
Výsledky šetření ukazovaly na to, že u obou forem FS se snažili nemocní hodně nebo maximálně dodržovat léčebný režim spojený s FS (viz tab. 11, graf 11).

PSYCHOSOCIÁLNÍ OPORA NEMOCNÝCH S FS

Tabulka 12 – Psychosociální opora nemocných s FS

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano, s rodinou	21	70	19	63
ano, s přáteli	8	27	3	10
ano, se zdravotníky	8	27	13	43
ano, s pacienty	3	10	0	0
ne	0	0	2	7

Graf 12 – Psychosociální opora nemocných s FS



U této položky respondenti volili více možností odpovědí, proto relativní četnost nedosahovala 100 %.

V této položce nás zajímalo, zda si mají nemocní s FS s kým promluvit o svých potížích. U paroxysmální formy FS 70 % (21) respondentů a 63 % (19) nemocných s permanentní FS uvedlo, že si mohou promluvit s rodinými příslušníky. Shodně 27 % (8) respondentů s paroxysmální FS označilo, že si mohou o svých potížích promluvit s přáteli nebo se zdravotníky. U permanentní FS 43 % (13) respondentů označilo možnost, že si mohou promluvit se zdravotníky, 10 % (3) nemocných má podporu přátel. Jen 2 (7 %) pacienti napsali, že si nemají s kým popovídat o svých potížích.

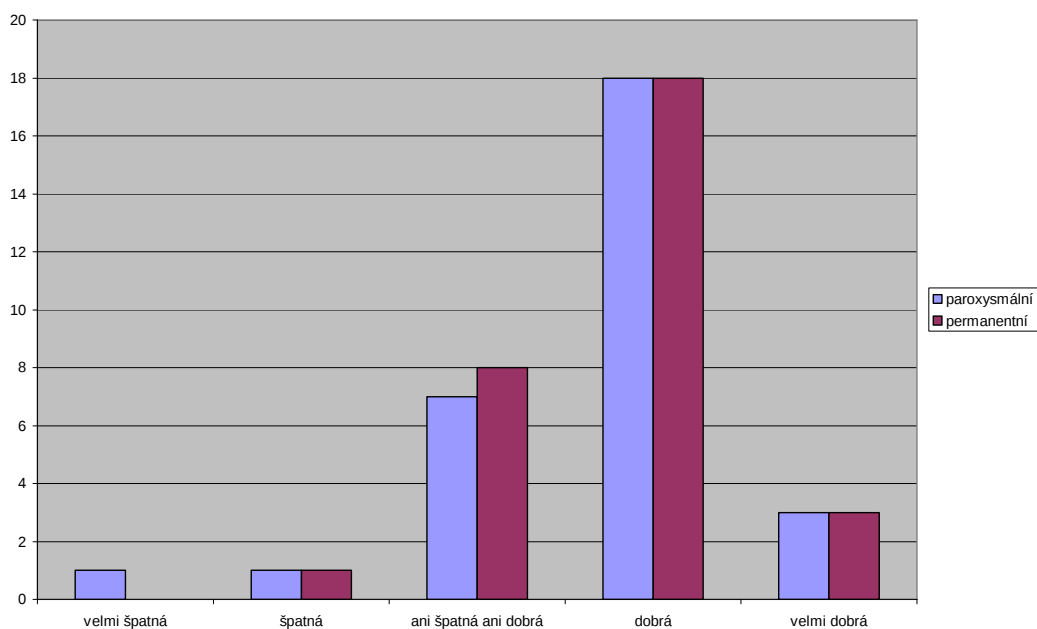
STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK WHO, WHOQOL-BREF

HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA

Tabulka 13 – Hodnocení kvality života

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi špatná	1	3	0	0
špatná	1	3	1	3
ani špatná ani dobrá	7	23	8	27
dobrá	18	60	18	60
velmi dobrá	3	10	3	10
celkem	30	100	30	100

Graf 13 – Hodnocení kvality života



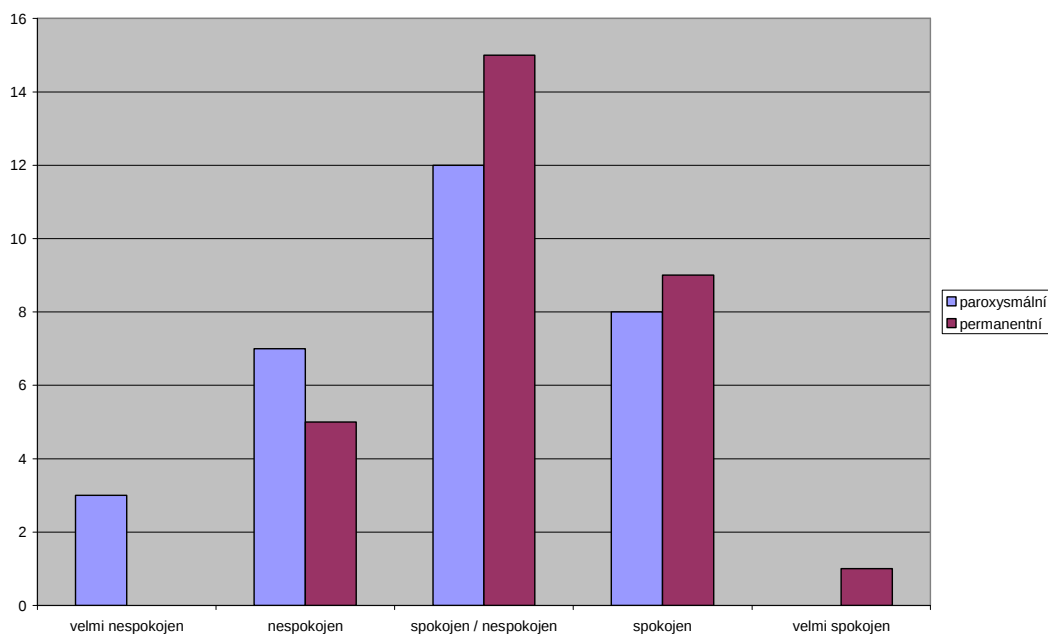
Z analýzy dat můžeme zjistit, že pacienti s paroxysmální FS i s permanentní FS v 60 % (18) shodně vyjadřovali svoji kvalitu života jako dobrou. 7 (23 %) respondentů s paroxysmální FS a 8 (27 %) pacientů s permanentní FS uvedlo možnost–ani dobrá/ani špatná (viz tab. 13, graf 13).

SPOKOJENOST SE SVÝM ZDRAVÍM

Tabulka 14 – Spokojenost se svým zdravím

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	3	10	0	0
nespokojen	7	23	5	17
spokojen / nespokojen	12	40	15	50
spokojen	8	27	9	30
velmi spokojen	0	0	1	3
celkem	30	100	30	100

Graf 14 – Spokojenost se svým zdravím



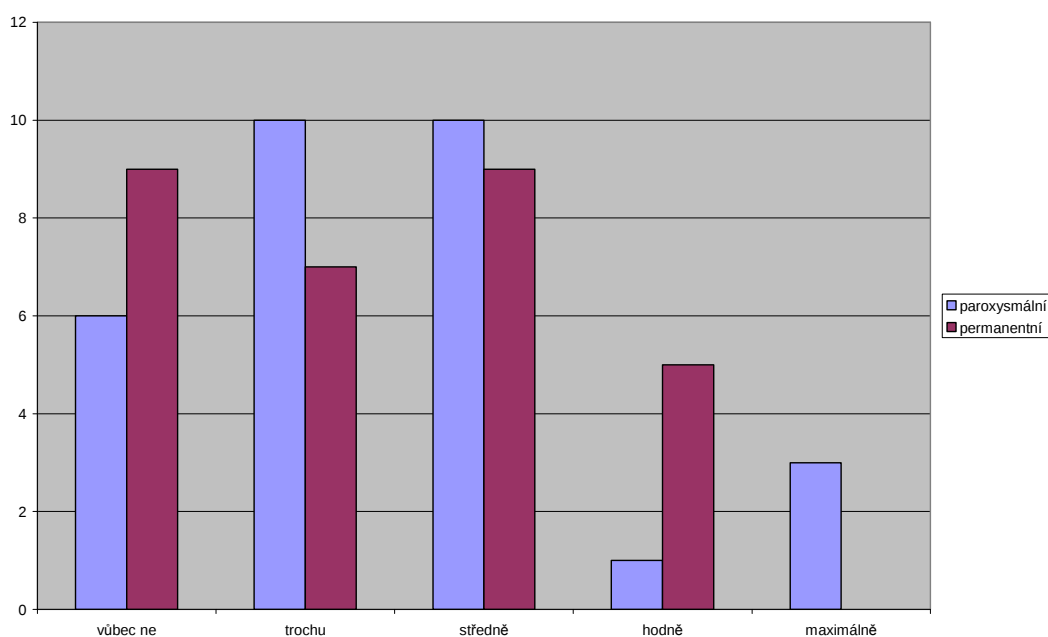
Na otázku – Jak jste spokojen/a se svým zdravím ? Nejvíce nemocných označilo odpověď – spokojen/ nespokojen se svým zdravím (u paroxysmální FS je to 40 %, u permanentní 50 % dotazovaných). 27 % (8) respondentů s paroxysmální FS a 30 % (9) nemocných s permanentní FS uvedlo, že jsou spokojeni (viz tab. 14, graf 14).

OMEZENÍ ČINNOSTI BOLESTÍ

Tabulka 15 – Omezení činnosti bolestí

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	6	20	9	30
trochu	10	33	7	23
středně	10	33	9	30
hodně	1	3	5	17
maximálně	3	10	0	0
celkem	30	100	30	100

Graf 15 – Omezení činnosti bolestí



U této položky pacienti odpovídali na otázku - Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

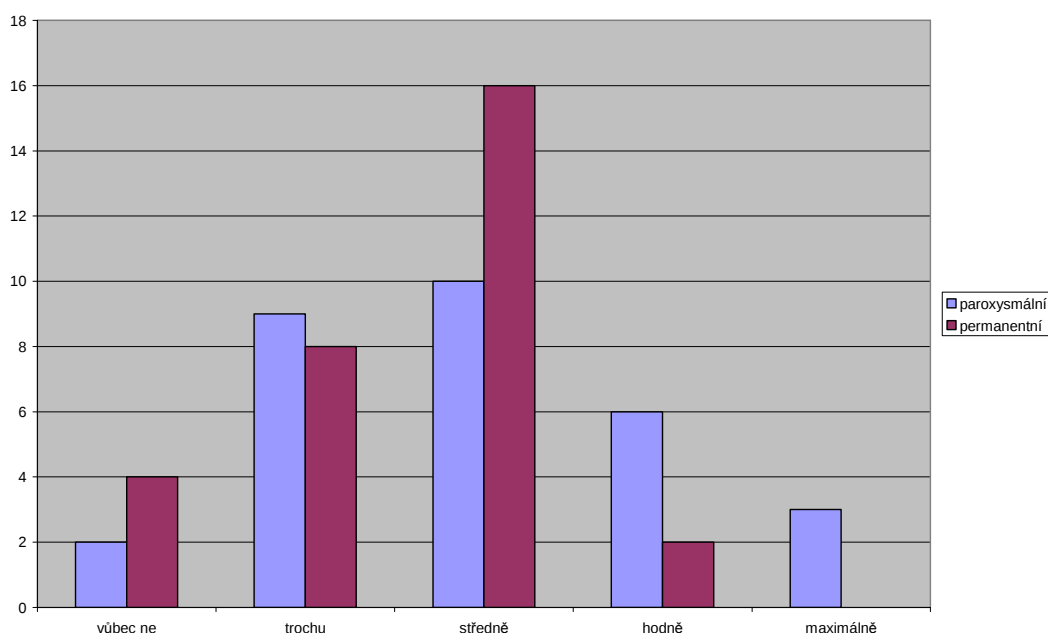
Z výzkumného šetření jsme zjistili, že nemocné s paroxysmální FS bolest v činnosti omezovala trochu nebo středně (shodně 33 % (10) respondentů). U pacientů s permanentní FS bolest bránila v činnostech středně nebo vůbec ne (shodně 30 % (9) respondentů) (viz tab. 15, graf 15).

POTŘEBA LÉKAŘSKÉ PÉČE

Tabulka 16 – Potřeba lékařské péče

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	2	7	4	13
trochu	9	30	8	27
středně	10	33	16	53
hodně	6	20	2	7
maximálně	3	10	0	0
celkem	30	100	30	100

Graf 16 – Potřeba lékařské péče



U této položky nemocní odpovídali na otázku – Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě ?

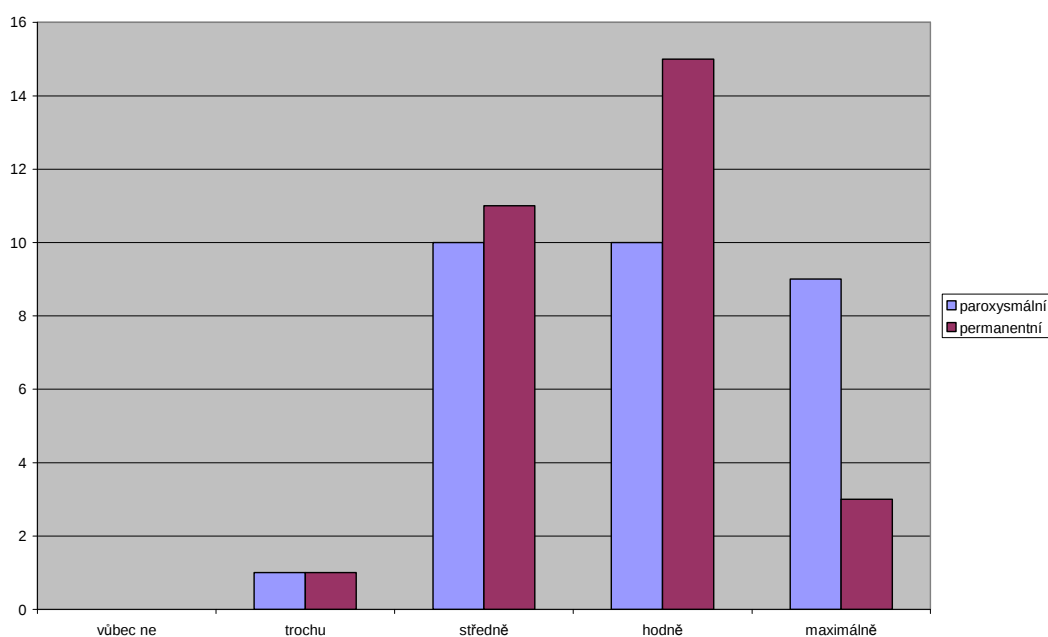
Z šetření dat lze interpretovat, že pacienti s paroxysmální FS potřebovali lékařskou pomoc trochu (30 % (9) respondentů) nebo středně (33 % (10) pacientů). Klienti s permanentní FS cítili, že potřebovali lékařskou pomoc středně (53 % (16) respondentů) (viz tab. 16, graf 16).

RADOST ZE ŽIVOTA

Tabulka 17 – Radost ze života

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	1	3	1	3
středně	10	33	11	37
hodně	10	33	15	50
maximálně	9	30	3	10
celkem	30	100	30	100

Graf 17 – Radost ze života



U této položky měli nemocní zhodnotit, jak moc je těší život.

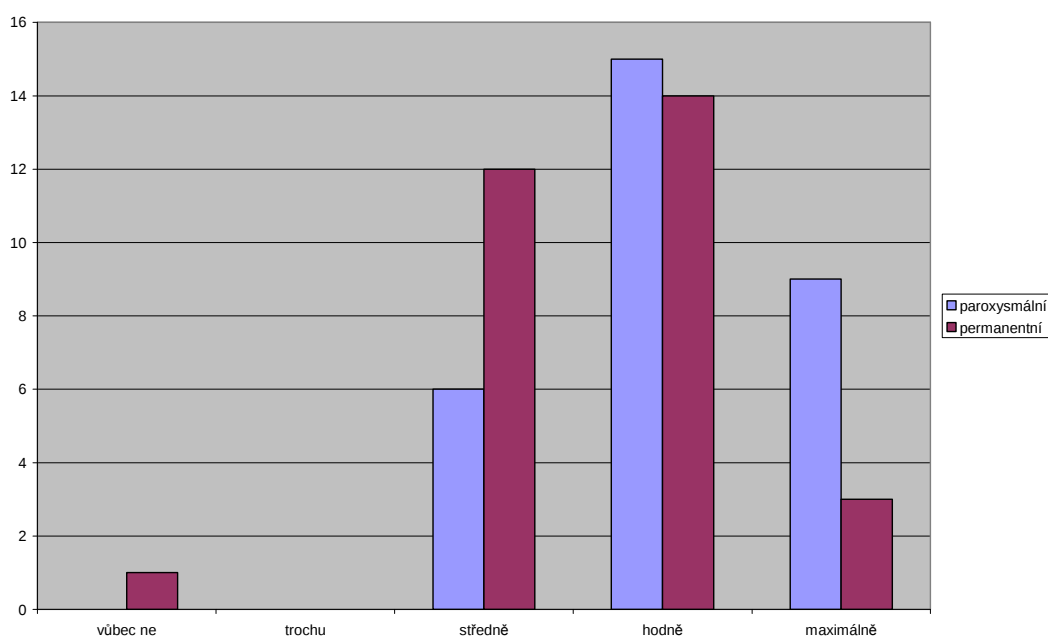
Z analýzy šetření bylo patrné, že nemocní s paroxysmální FS uváděli, že je život těší středně a hodně (shodně 33 % (10) respondentů) nebo vybrali možnost maximálně (30 % (9) respondentů). Nemocní s permanentní FS těšil život středně (34 % (11) pacientů) nebo hodně (50 % (15) respondentů) (viz tab. 17, graf 17).

SMYSL ŽIVOTA

Tabulka 18 – Smysl života

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	0	0	1	3
trochu	0	0	0	0
středně	6	20	12	40
hodně	15	50	14	47
maximálně	9	30	3	10
celkem	30	100	30	100

Graf 18 – Smysl života



U této položky nemocní odpovídali na otázku – Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

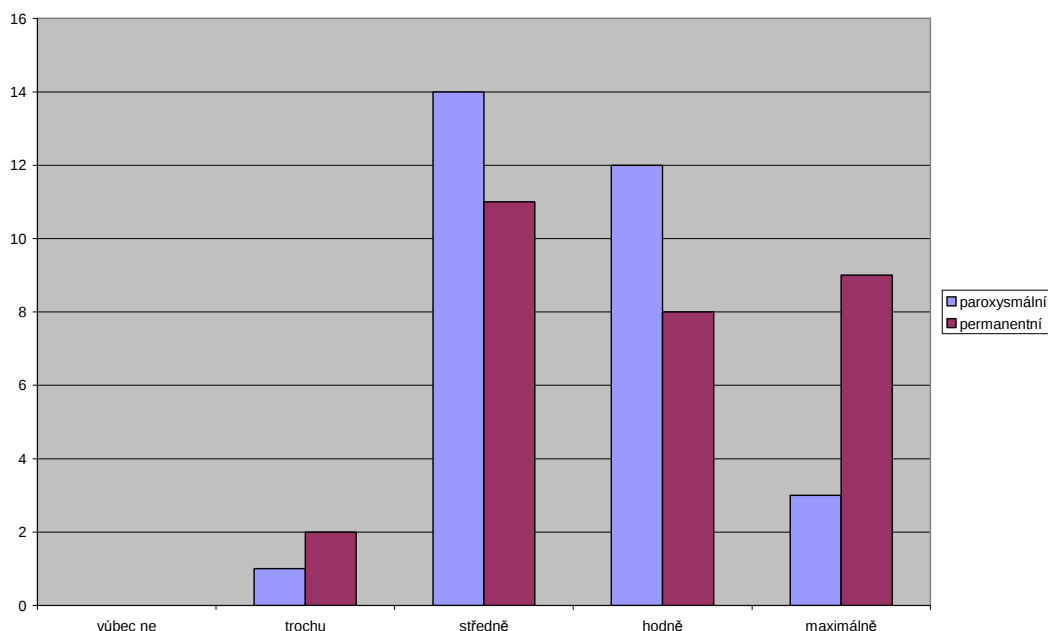
Z výzkumného šetření můžeme interpretovat, že nemocní s paroxysmální FS měli pocit, že jejich život má smysl hodně (50 % (15) respondentů) nebo maximálně (30 % (9) pacientů). 20 % (6) nemocných uvedlo, že středně. Nemocní s permanentní FS udávali, že jejich život má smysl hodně (47 % (14) nemocných) nebo středně (40 % (12) respondentů). 10 % (3) pacientů vybralo odpověď maximálně, jen 3 % (1) označili odpověď vůbec ne.

SOUSTŘEDĚNOST

Tabulka 19 – Soustředěnost

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	1	3	2	7
středně	14	47	11	37
hodně	12	40	8	27
maximálně	3	10	9	30
celkem	30	100	30	100

Graf 19 - Soustředěnost



U této položky měli nemocní zhodnotit, jak moc se dokáží soustředit.

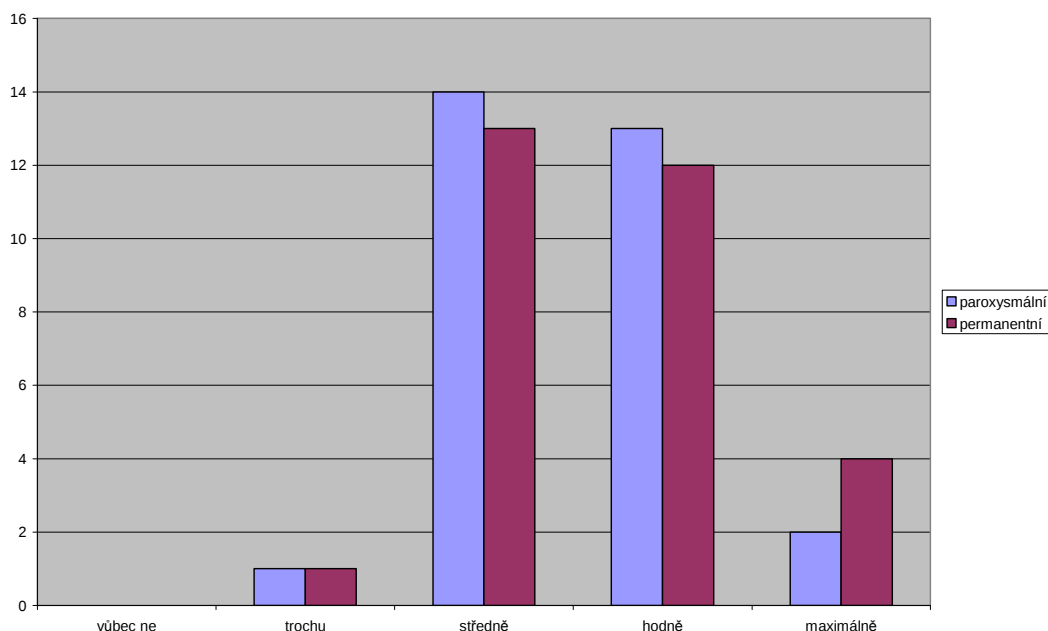
Z našeho šetření je patrné, že nemocní s paroxysmální FS uváděli, že se soustředí středně (47 % (14) nemocných) nebo hodně (40 % (12) pacientů). Nemocní s permanentní FS se soustředili středně (37 % (11) respondentů) nebo maximálně (30 % (9) pacientů). 27 % (8) klientů uvedlo, že se soustředili hodně (viz tab. 19, graf 19).

BEZPEČNOST V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ

Tabulka 20 – Bezpečnost v každodenním životě

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	0	0	0	0
trochu	1	3	1	3
středně	14	47	13	43
hodně	13	43	12	40
maximálně	2	7	4	13
celkem	30	100	30	100

Graf 20 – Bezpečnost v každodenním životě



U této položky nemocní odpovídali na otázku – Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě ?

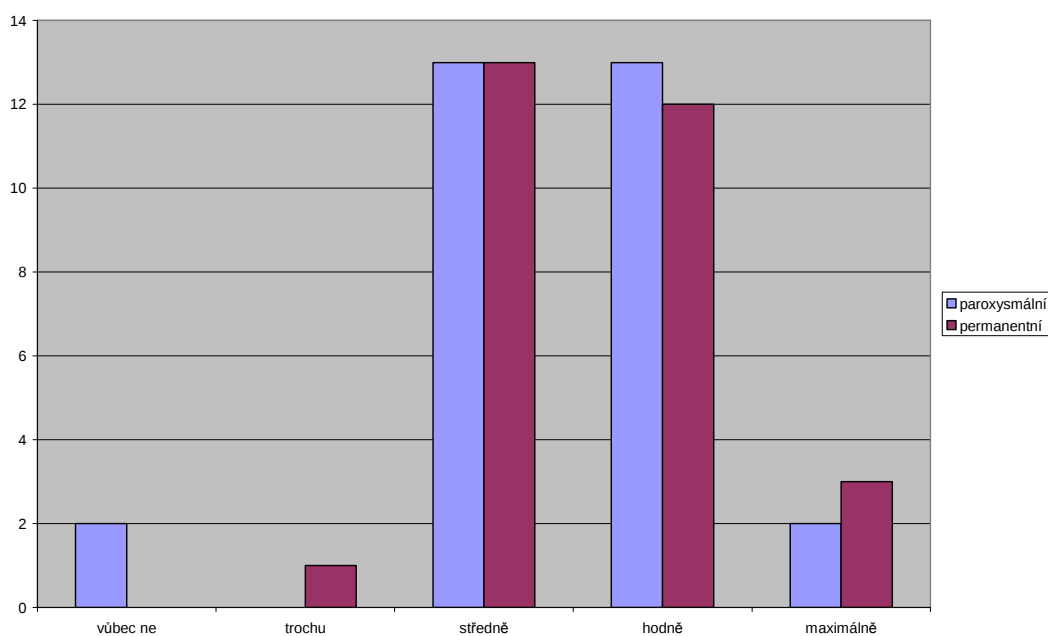
Z analýzy dat můžeme zjistit, že pacienti obou forem FS se v každodenním životě cítí středně (u paroxysmální FS je to 47 %, u permanentní 43 % dotazovaných) nebo hodně bezpečně (u paroxysmální FS je to 43 %, u permanentní 40 % nemocných) (viz tab. 20, graf 20).

ZDRAVÉ PROSTŘEDÍ

Tabulka 21 – Zdravé prostředí

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	2	7	0	0
trochu	0	0	1	3
středně	13	43	13	43
hodně	13	43	12	40
maximálně	2	7	3	10
celkem	30	100	30	100

Graf 21 – Zdravé prostředí



U této položky měli nemocní zhodnotit, jak moc se jim zdá zdravé prostředí v jejich okolním životě.

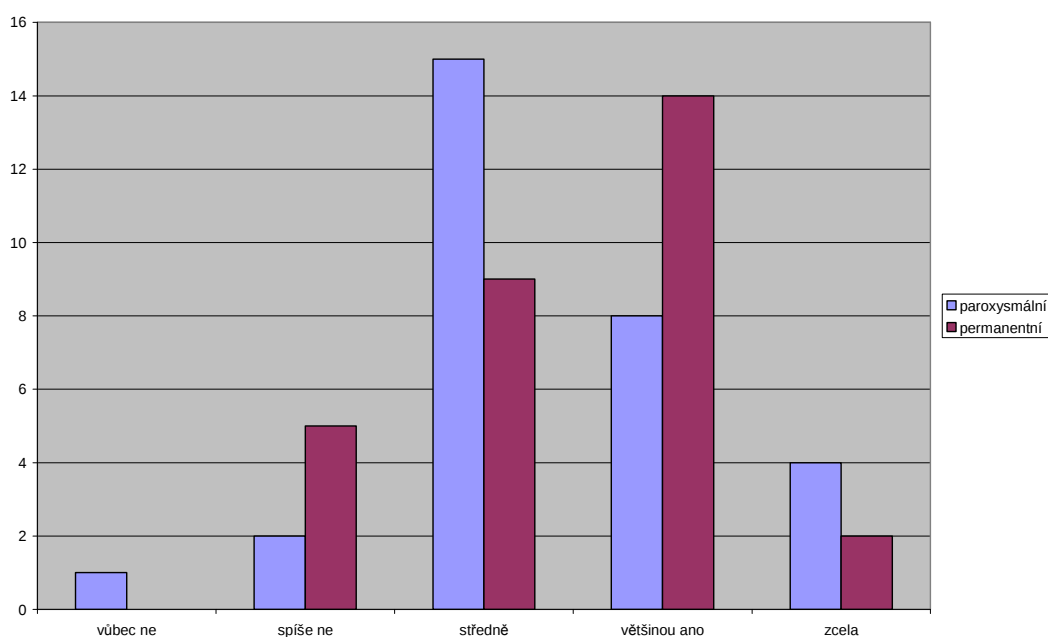
Z šetření je patrné, že nemocní s paroxysmální FS i nemocní s permanentní FS si shodně mysleli, že v jejich okolním prostředí je zdravé prostředí středně (u obou forem FS je to 43 % dotazovaných) nebo hodně (u paroxysmální FS je to 43 %, u permanentní 40 % pacientů) (viz tab. 21, graf 21).

ENERGIE V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ

Tabulka 22 – Energie v každodenním životě

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	1	3	0	0
spíše ne	2	7	5	17
středně	15	50	9	30
většinou ano	8	27	14	47
zcela	4	13	2	7
celkem	30	100	30	100

Graf 22 – Energie v každodenním životě



U této položky respondenti hodnotili, zda mají dost energie v každodenním životě.

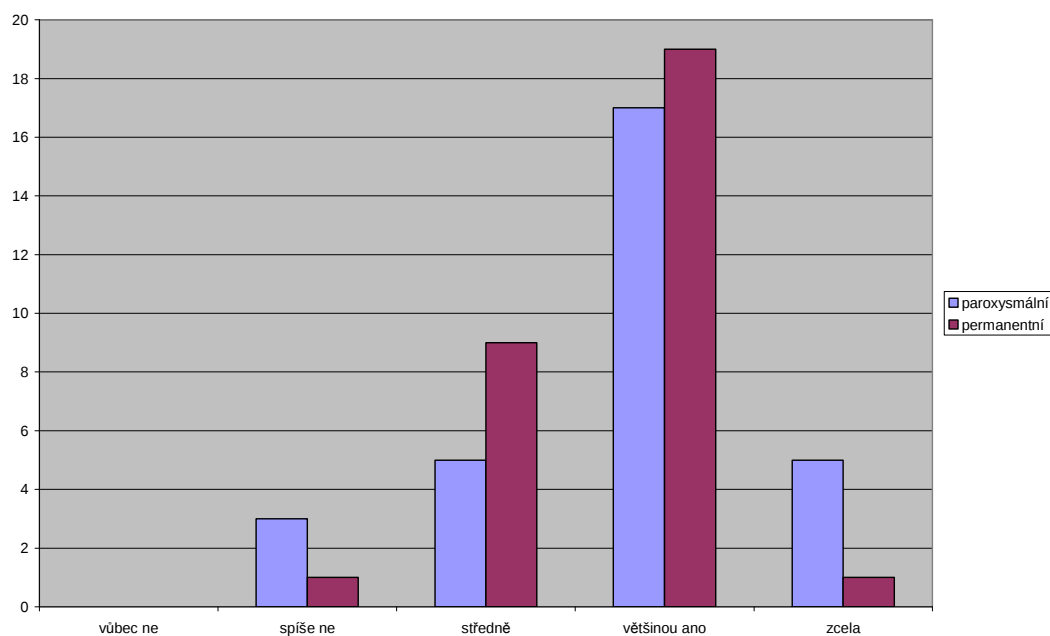
Z našeho šetření jsme zjistili, že pacienti s paroxysmální FS cítili, že mají středně (50 % (15) respondentů) energie pro každodenní život. 27 % (8) respondentů označilo odpověď většinou ano, 13 % (4) pacientů odpovědělo, že zcela. 2 respondenti označili odpověď spíše ne a jen 1 pacient uvedl, že vůbec nemá energii v každodenním životě. Oproti tomu nemocní s permanentní FS, kteří nejčastěji uváděli, možnost - většinou ano (47 % (14) respondentů). 30 % (9) pacientů cítilo, že má středně energie v každodenním životě. 17 % (5) respondentů uvedlo možnost - spíše ne a jen 2 pacienti označili odpověď zcela.

AKCEPTACE SVÉHO VZHLEDU

Tabulka 23 – Akceptace svého vzhledu

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	0	0	0	0
spíše ne	3	10	1	3
středně	5	17	9	30
většinou ano	17	57	19	63
zcela	5	17	1	3
celkem	30	100	30	100

Graf 23 – Akceptace svého vzhledu



Tato položka odpovídala na otázku – Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

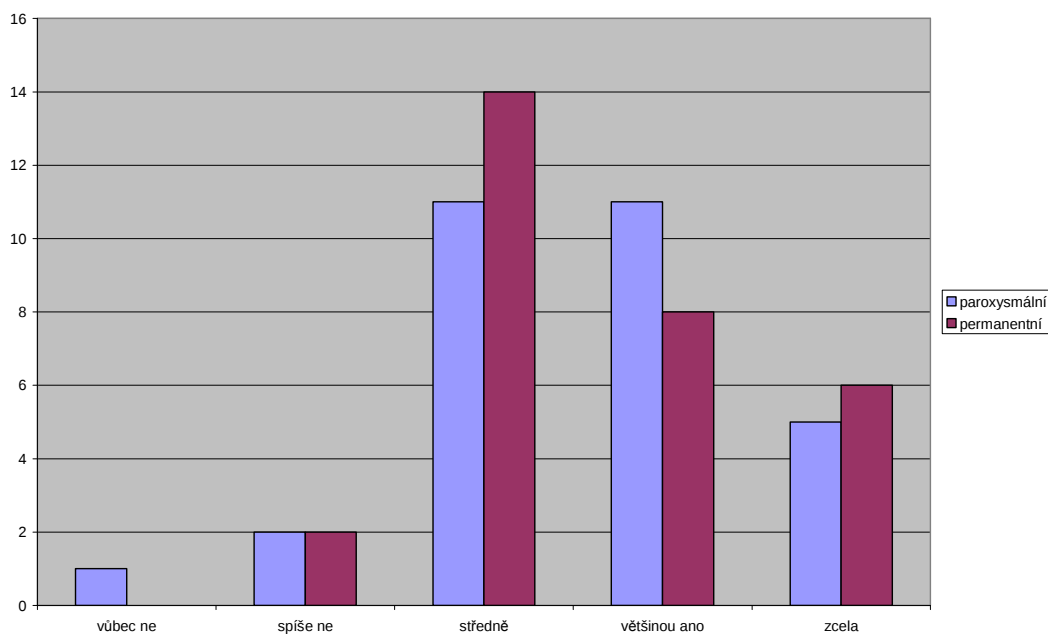
Z šetření lze zjistit, že pacienti obou forem FS dokázali většinou ano akceptovat svůj vzhled (u paroxysmální FS je to 57 %, u permanentní 63 % pacientů) (viz tab. 23, graf 23).

DOSTATEK PENĚŽ K USPOKOJENÍ POTŘEB

Tabulka 24 – Dostatek peněz k uspokojení potřeb

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	1	3	0	0
spíše ne	2	7	2	7
středně	11	37	14	47
většinou ano	11	37	8	27
zcela	5	17	6	20
celkem	30	100	30	100

Graf 24 – Dostatek peněz k uspokojení potřeb



U této položky respondenti hodnotili, zda mají dost peněz k uspokojení svých potřeb.

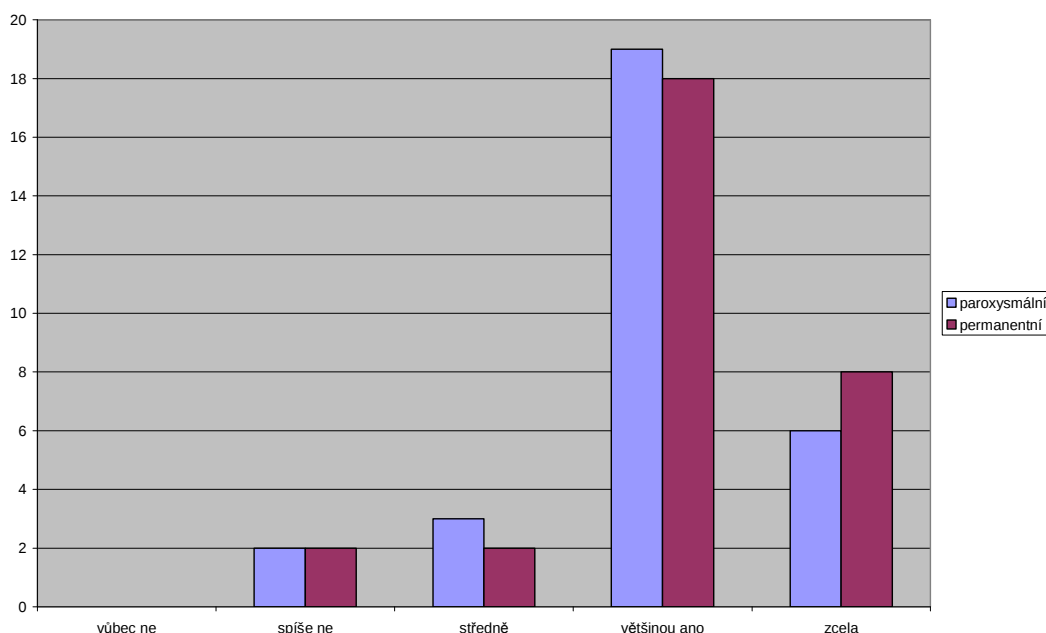
Z této analýzy dat můžeme interpretovat, že pacienti s paroxysmální FS shodně označili, že k uspokojení svých potřeb měli peníze středně nebo většinou ano (37 % (11) respondentů). Oproti tomu nemocní s permanentní FS, kteří nejčastěji uváděli, možnost–středně (47 % (14) pacientů) nebo většinou ano (27 % (8) respondentů) (viz tab. 24, graf 24).

PŘÍSTUP K INFORMACÍM

Tabulka 25 – Přístup k informacím

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	0	0	0	0
spíše ne	2	7	2	7
středně	3	10	2	7
většinou ano	19	63	18	60
zcela	6	20	8	27
celkem	30	100	30	100

Graf 25 – Přístup k informacím



Tato položka odpovídala na otázku – Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

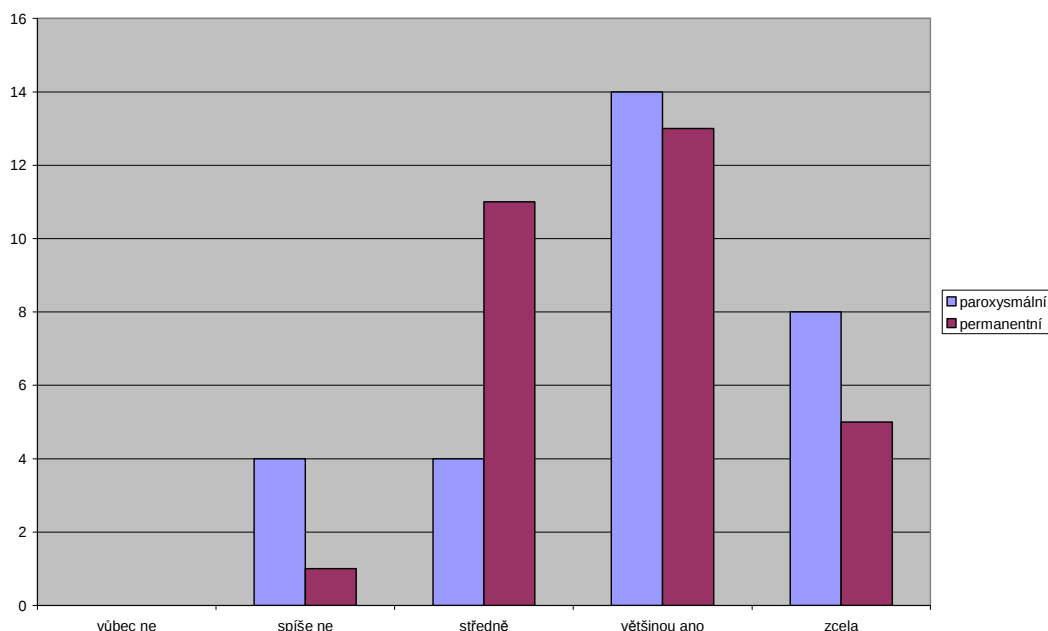
Z našeho šetření tedy vyplývá, že pacienti obou forem FS měli většinou ano přístup k informacím, které potřebovali pro svůj každodenní život. (u paroxysmální FS je to 63 %, u permanentní 60 % pacientů). 20 % (6) nemocných s paroxysmální FS mělo přístup k informacím zcela, 10 % (3) respondentů uvádělo možnost–středně a jen 2 pacienti označili odpověď spíše ne. U permanentní FS – 27 % (8) nemocných udávalo možnost–zcela. Shodně 2 respondenti označili odpověď středně nebo spíše ne.

MOŽNOST VĚNOVAT SE SVÝM ZÁLIBÁM

Tabulka 26 – Možnost věnovat se svým zálibám

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vůbec ne	0	0	0	0
spíše ne	4	13	1	3
středně	4	13	11	37
většinou ano	14	47	13	43
zcela	8	27	5	17
celkem	30	100	30	100

Graf 26 – Možnost věnovat se svým zálibám



U této položky respondenti hodnotili, zda mají možnost věnovat se svým zálibám.

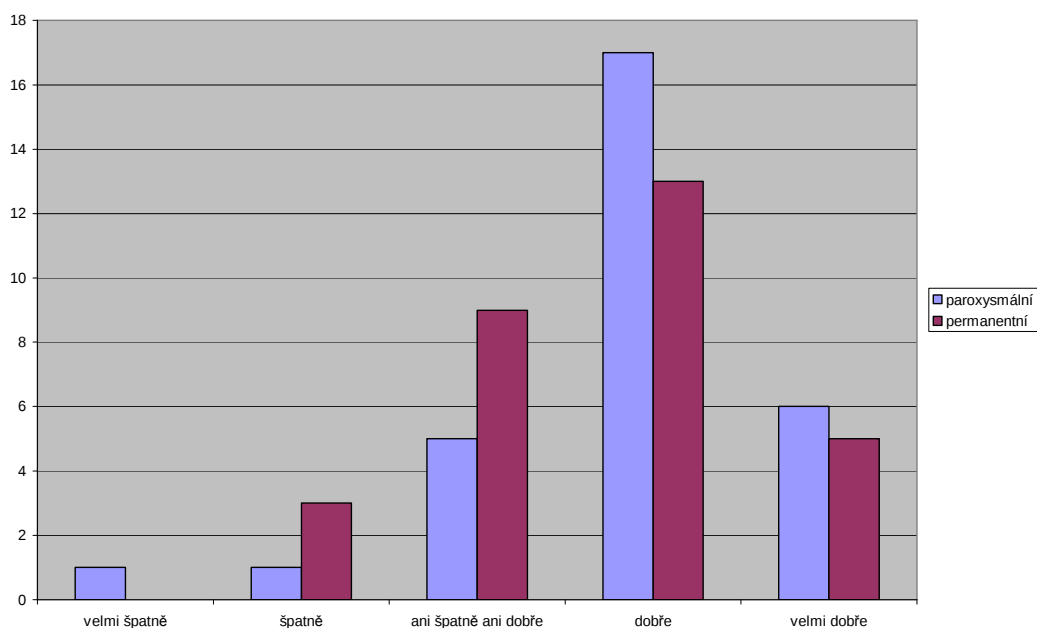
Z této analýzy dat můžeme zjistit, že pacienti obou forem FS nejčastěji shodně označili, že mají většinou ano – možnost věnovat se svým zálibám (u paroxysmální FS je to 47 %, u permanentní 43 % pacientů). 27 % (8) respondentů s paroxysmální FS označilo odpověď zcela, shodně 4 pacienti odpověděli, že spíše ne nebo středně. U permanentní FS – 37 % (11) respondentů označilo odpověď středně. 17 % (5) pacientů uvedlo možnost - zcela, jen 1 pacient označil odpověď spíše ne.

SCHOPNOST POHYBU

Tabulka 27 – Schopnost pohybu

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi špatně	1	3	0	0
špatně	1	3	3	10
ani špatně ani dobře	5	17	9	30
dobře	17	57	13	43
velmi dobře	6	20	5	17
celkem	30	100	30	100

Graf 27 – Schopnost pohybu



Tato položka odpovídala na otázku – Jak se dokážete pohybovat?

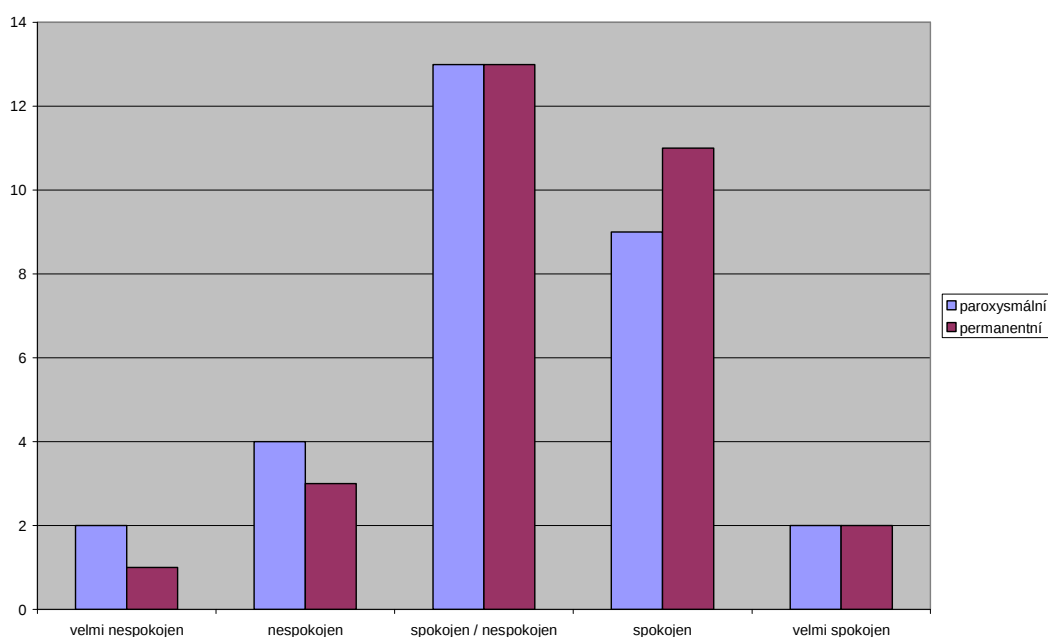
Z našeho šetření lze zjistit, že pacienti s paroxysmální FS (57 % (17) respondentů) i permanentní FS (43 % (13) nemocných) měli v nejčastějších případech dobrou schopnost pohybu (viz tab. 27, graf 27).

SPOKOJENOST SE SPÁNKEM

Tabulka 28 – Spokojenost se spánkem

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	2	7	1	3
nespokojen	4	13	3	10
spokojen / nespokojen	13	43	13	43
spokojen	9	30	11	37
velmi spokojen	2	7	2	7
celkem	30	100	30	100

Graf 28 – Spokojenost se spánkem



U této položky respondenti hodnotili, zda jsou spokojeni se svým spánkem

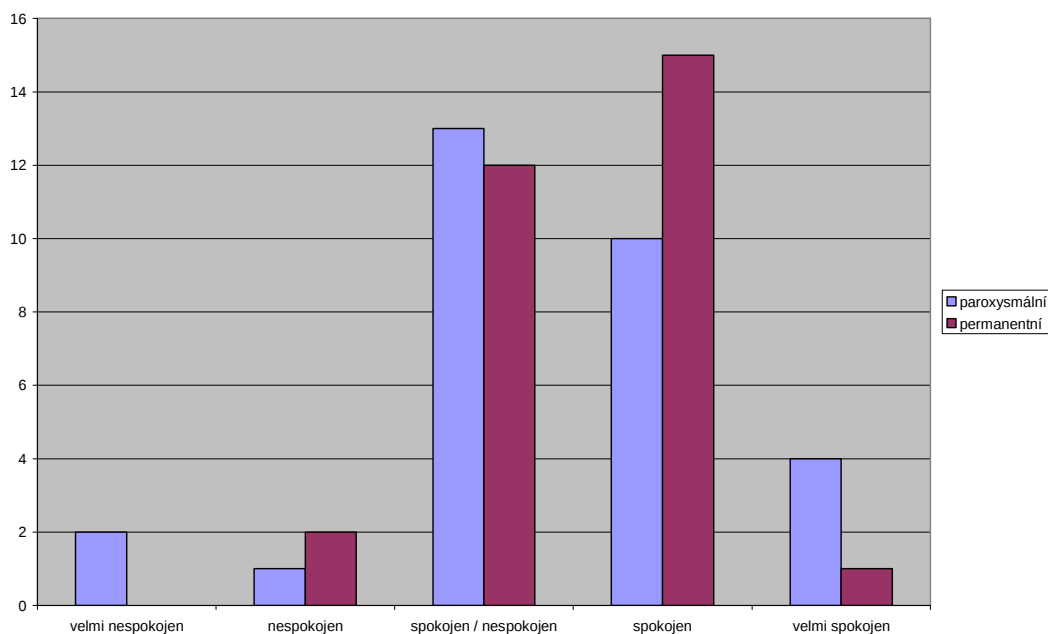
Z analýzy dat vyplývá, že pacienti obou forem FS nejčastěji shodně označili, že jsou ani spokojeni/ani nespokojeni se svým spánkem. (u obou forem FS je to 43 % (13) respondentů). 30 % (9) respondentů s paroxysmální FS označilo odpověď spokojen, 4 nemocní byli nespokojeni se svým spánkem. Shodně 2 pacienti odpověděli, že byli velmi nespokojeni nebo velmi spokojeni. U permanentní FS – 37 % (11) respondentů označilo odpověď spokojen. 3 pacienti uvedli možnost–nespokojen, 2 pacienti jsou velmi spokojeni se svým spánkem, jen 1 nemocný označil odpověď velmi nespokojen.

SPOKOJENOST SE SCHOPNOSTÍ PROVÁDĚT KAŽDODENNÍ ČINNOSTI

Tabulka 29 – Spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	2	7	0	0
nespokojen	1	3	2	7
spokojen / nespokojen	13	43	12	40
spokojen	10	33	15	50
velmi spokojen	4	13	1	3
celkem	30	100	30	100

Graf 29 – Spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti



Tato položka odpovídala na otázku – Jak jste spokojeni se svou schopností provádět každodenní činnosti?

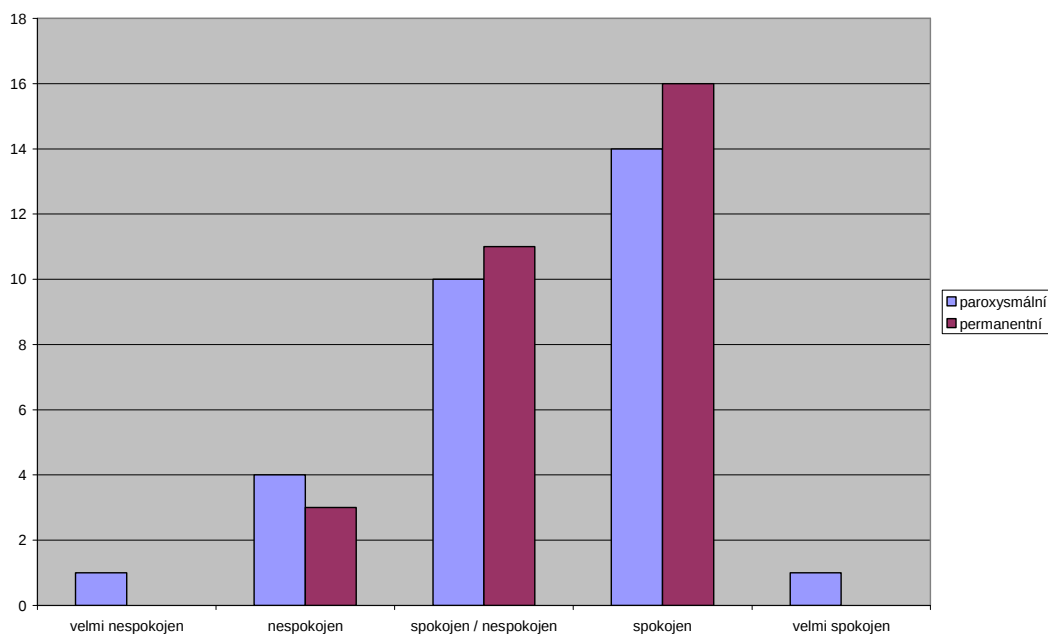
Z šetření lze zjistit, že pacienti s paroxysmální FS jsou ani spokojeni/ani nespokojeni (43 % (13) respondentů) a 33 % (10) nemocných je spokojeno se schopností provádět každodenní činnosti. Pacienti s permanentní FS v nejčastějších případech uváděli, že jsou spokojeni (50 % (15) nemocných) a 40 % (12) pacientů udávalo možnost –ani spokojen/ani nespokojen (viz tab. 29, graf 29).

SPOKOJENOST S PRACOVNÍM VÝKONEM

Tabulka 30 – Spokojenost s pracovním výkonem

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	1	3	0	0
nespokojen	4	13	3	10
spokojen / nespokojen	10	33	11	37
spokojen	14	47	16	53
velmi spokojen	1	3	0	0
celkem	30	100	30	100

Graf 30 – Spokojenost s pracovním výkonem



U této položky respondenti hodnotili, zda jsou spokojeni se svým pracovním výkonem.

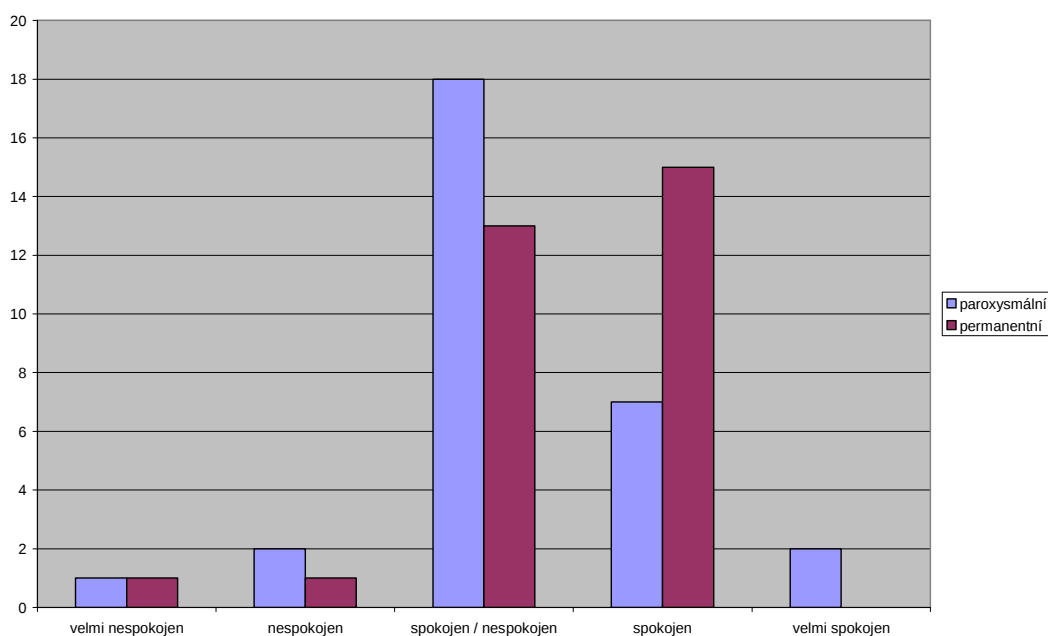
Z analýzy šetření můžeme interpretovat, že pacienti s paroxysmální FS (47 % (14) respondentů) i nemocní s permanentní FS (53 % (16) respondentů) nejčastěji shodně označili, že jsou spokojeni se svým pracovním výkonem. 33 % (10) respondentů s paroxysmální FS a 37 % (11) pacientů s permanentní FS označilo odpověď ani spokojen/ani nespokojen (viz tab. 30, graf 30).

SPOKOJENOST SAMA SE SEBOU

Tabulka 31 – Spokojenost sama se sebou

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	1	3	1	3
nespokojen	2	7	1	3
spokojen / nespokojen	18	60	13	43
spokojen	7	23	15	50
velmi spokojen	2	7	0	0
celkem	30	100	30	100

Graf 31 – Spokojenost sama se sebou



Tato položka odpovídala na otázku – Jak jste spokojeni sami se sebou?

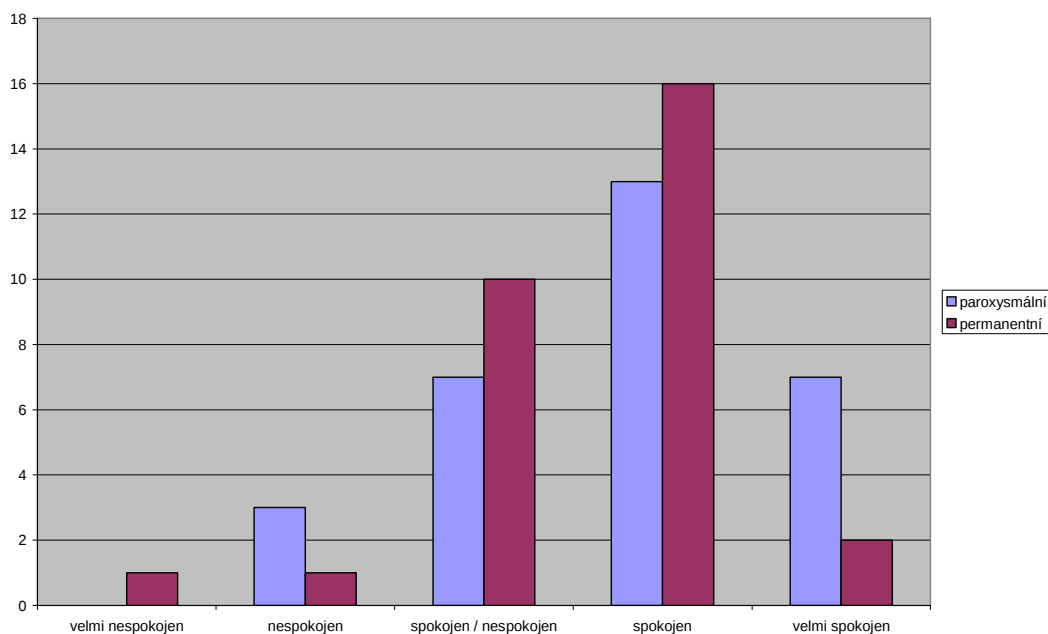
Z šetření lze zjistit, že pacienti s paroxysmální FS (60 % (18) respondentů) jsou ani spokojeni/ani nespokojeni sami se sebou. Pacienti s permanentní FS (50 % (15) nemocných) v nejčastějších případech uváděli, že jsou spokojeni a 43 % (13) respondentů udávalo možnost–ani spokojen/ani nespokojen (viz tab. 31, graf 31).

SPOKOJENOST S OSOBNÍMI VZTAHY

Tabulka 32 – Spokojenost s osobními vztahy

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	0	0	1	3
nespokojen	3	10	1	3
spokojen / nespokojen	7	23	10	33
spokojen	13	43	16	53
velmi spokojen	7	23	2	7
celkem	30	100	30	100

Graf 32 – Spokojenost s osobními vztahy



U této položky respondenti hodnotili, zda jsou spokojeni se svými osobními vztahy.

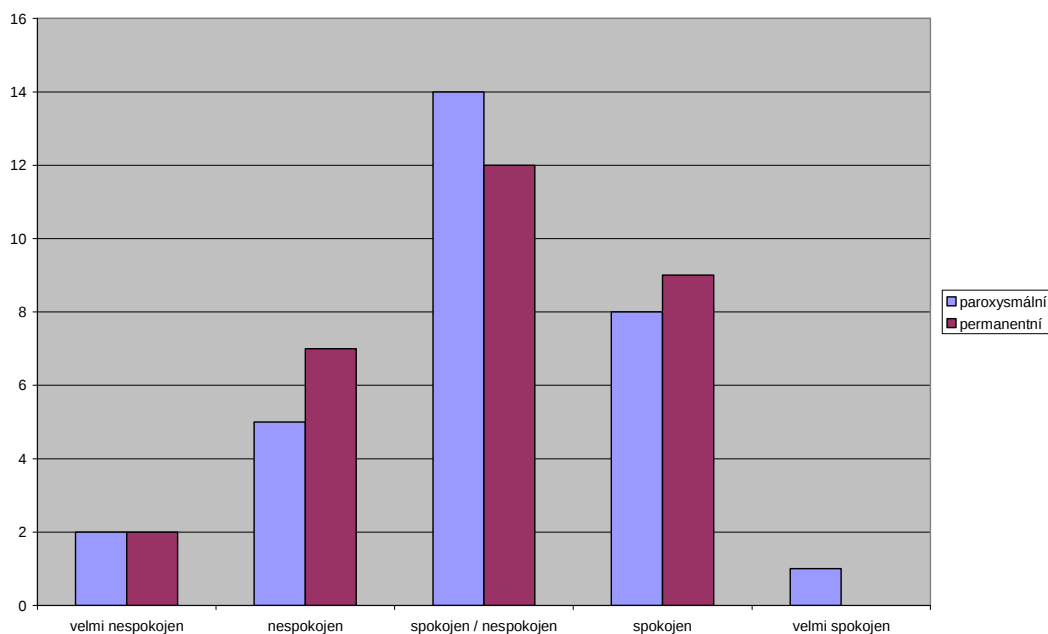
Z této analýzy dat může vyplývat, že pacienti obou forem FS nejčastěji shodně označili, že jsou spokojeni se svými osobními vztahy. (u paroxysmální FS je to 43 % nemocných, u permanentní FS 53 % respondentů) Shodně 23 % (7) respondentů s paroxysmální FS označilo odpověď ani spokojen/ani nespokojen nebo velmi spokojen. 33 % (10) respondentů s permanentní FS označilo odpověď ani spokojen/ani nespokojen (viz tab. 32, graf 32).

SPOKOJENOST SE SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM

Tabulka 33 – Spokojenost se sexuálním životem

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	2	7	2	7
nespokojen	5	17	7	23
spokojen / nespokojen	14	47	12	40
spokojen	8	27	9	30
velmi spokojen	1	3	0	0
celkem	30	100	30	100

Graf 33 – Spokojenost se sexuálním životem



Tato položka odpovídala na otázku – Jak jste spokojeni se svým sexuálním životem?

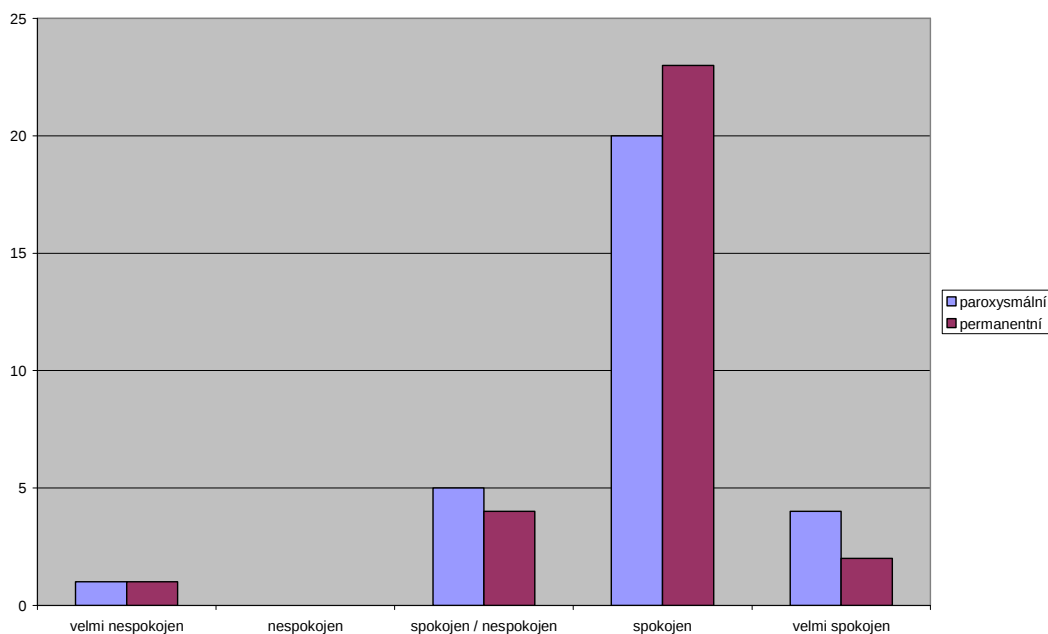
Z analýzy šetření můžeme zjistit, že pacienti obou forem FS v nejčastějších případech uváděli, že jsou ani spokojeni/ani nespokojeni se svým sexuálním životem. (u paroxysmální FS to je 47 % (14) respondentů, u permanentní FS – 40 % (12) pacientů) (viz tab. 33, graf 33).

SPOKOJENOST S PODPOROU PŘÁTEL

Tabulka 34 – Spokojenost s podporou přátel

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	1	3	1	3
nespokojen	0	0	0	0
spokojen / nespokojen	5	17	4	13
spokojen	20	67	23	77
velmi spokojen	4	13	2	7
celkem	30	100	30	100

Graf 34 – Spokojenost s podporou přátel



U této položky respondenti hodnotili, zda jsou spokojeni s podporou, kterou jim poskytují přátelé.

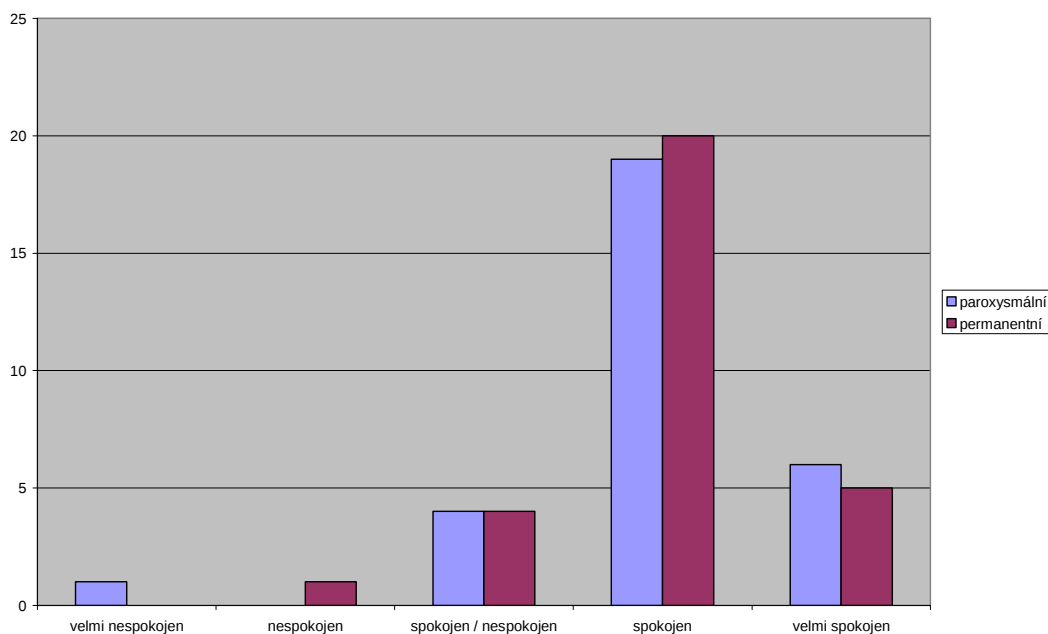
Z této analýzy dat může vyplývat, že pacienti obou forem FS nejčastěji shodně označili, že jsou spokojeni s podporou, kterou jim poskytují jejich přátelé (je to 67 % (20) respondentů s paroxysmální FS, 77 % (23) respondentů s permanentní FS) (viz tab. 34, graf 34).

SPOKOJENOST S PODMÍNKAMI V MÍSTĚ ŽIVOTA

Tabulka 35 – Spokojenost s podmínkami v místě života

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	1	3	0	0
nespokojen	0	0	1	3
spokojen / nespokojen	4	13	4	13
spokojen	19	63	20	67
velmi spokojen	6	20	5	17
celkem	30	100	30	100

Graf 35 – Spokojenost s podmínkami v místě života



Tato položka odpovídala na otázku – Jak jste spokojeni s podmínkami v místě, kde žijete?

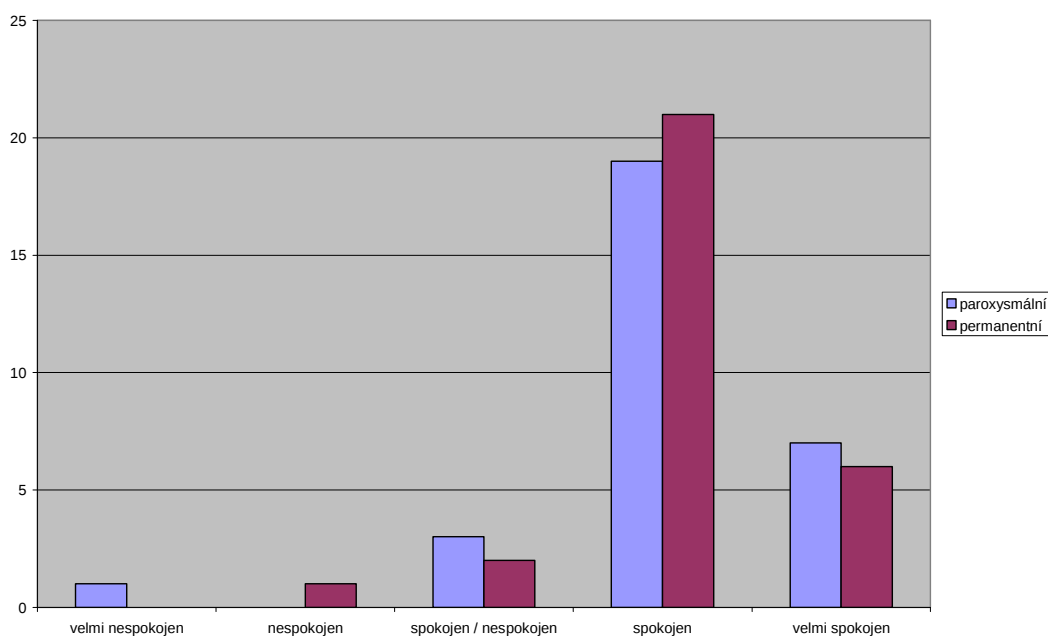
Z analýzy dat lze zjistit, že pacienti s paroxysmální FS (63 % (19) respondentů) i respondenti s permanentní FS (67 % (20) nemocných) v nejčastějších případech uváděli, že jsou spokojeni s podmínkami v místě, kde žijí (viz tab. 35, graf 35).

SPOKOJENOST S DOSTUPNOSTÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Tabulka 36 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	1	3	0	0
nespokojen	0	0	1	3
spokojen / nespokojen	3	10	2	7
spokojen	19	63	21	70
velmi spokojen	7	23	6	20
celkem	30	100	30	100

Graf 36 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče



U této položky respondenti hodnotili, zda jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče.

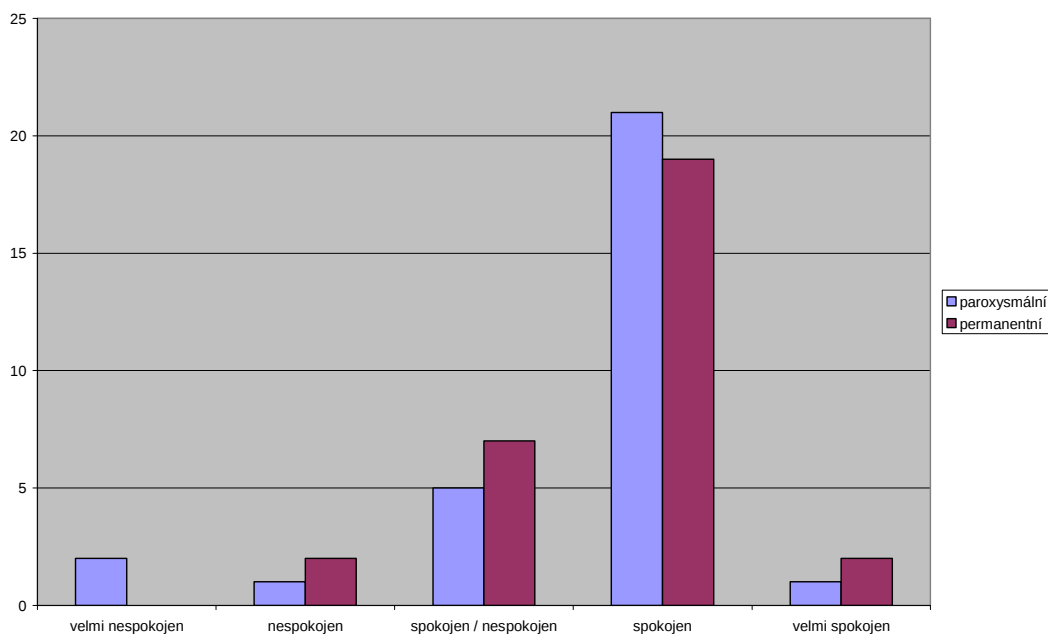
Z analýzy dat můžeme zhodnotit, že pacienti obou forem FS nejčastěji shodně označili, že jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče (je to 63 % (19) klientů s paroxysmální FS a 70 % (21) respondentů s permanentní FS). 23 % (7) respondentů s paroxysmální FS a 20 % (6) pacientů s permanentní FS označilo odpověď velmi spokojen (viz tab. 36, graf 36).

SPOKOJENOST RESPONDENTŮ S DOPRAVOU

Tabulka 37 – Spokojenost respondentů s dopravou

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
velmi nespokojen	2	7	0	0
nespokojen	1	3	2	7
spokojen / nespokojen	5	17	7	23
spokojen	21	70	19	63
velmi spokojen	1	3	2	7
celkem	30	100	30	100

Graf 37 – Spokojenost respondentů s dopravou



Tato položka odpovídala na otázku – Jak jste spokojeni s dopravou?

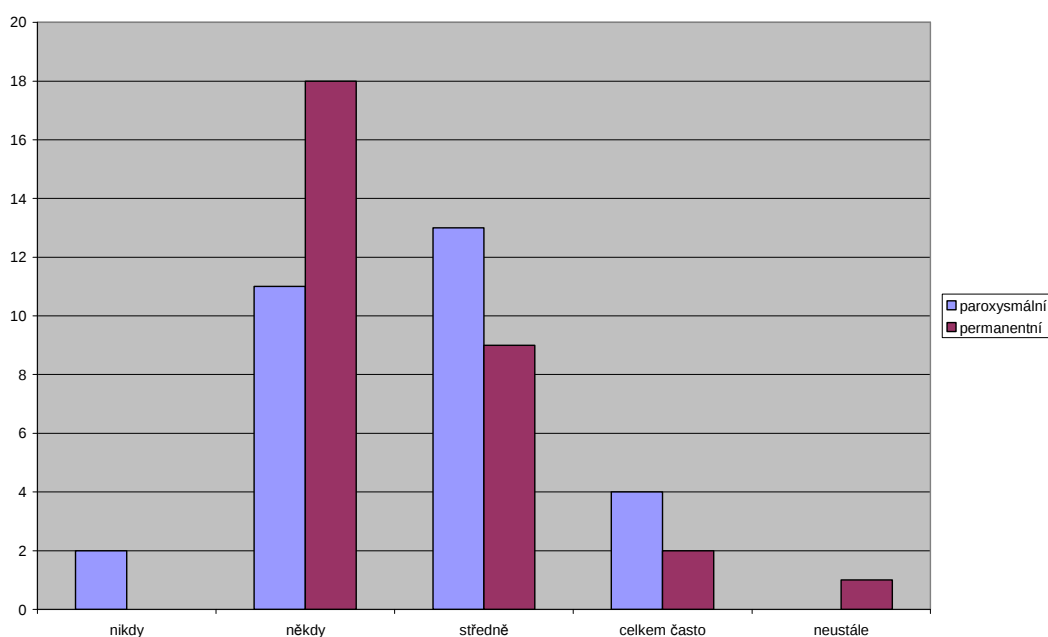
Z šetření lze zjistit, že nejvíce 70 % (21) respondentů s paroxysmální FS a 19 (63 %) respondentů s permanentní FS v nejčastějších případech uváděli, že jsou spokojeni s dopravou. 17 % (5) nemocných s paroxysmální FS a 23 % (7) nemocných permanentní FS udávalo možnost–ani spokojen/ani nespokojen (viz tab. 37, graf 37).

PROŽÍVÁNÍ NEGATIVNÍCH POCITŮ

Tabulka 38 – Prožívání negativních pocitů

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
nikdy	2	7	0	0
někdy	11	37	18	60
středně	13	43	9	30
celkem často	4	13	2	7
neustále	0	0	1	3
celkem	30	100	30	100

Graf 38 – Prožívání negativních pocitů



U této položky respondenti hodnotili, jak často prožívají negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese.

Z analýzy dat lze zmapovat, že pacienti s paroxysmální FS pociťovali negativní pocity středně (43 % (13) respondentů). 37 % (11) respondentů označilo odpověď někdy, 4 nemocní označili odpověď–často. Jen 2 respondenti uvedli, že nikdy nepociťují negativní pocity. U permanentní FS – 60 % (18) respondentů nejčastěji označili, že někdy pociťují negativní pocity. 30 % (9) klientů udalo odpověď středně, 2 respondenti uvedli možnost–celkem často. Jen 1 pacient označil odpověď neustále.

VYHODNOCENÍ VŠECH DOMÉN

Tabulka 39 – Vyhodnocení všech domén

	Paroxysmální FS		Permanentní FS	
	Průměrná hodnota u respondentů	Populační norma	Průměrná hodnota u respondentů	Populační norma
Dom1, Fyzické zdraví	14,35	15,55	14,95	15,55
Dom2, Prožívání	15,87	14,78	15,65	14,78
Dom3, Sociální vztahy	14,91	14,98	14,28	14,98
Dom4, Prostředí	16,42	13,3	16,98	13,3
Q1, Kvalita života	3,72	3,82	3,84	3,82
Q2, Spokojenost se zdravím	2,85	3,68	3,28	3,68

Doména 1 (zde respondenti hodnotili své fyzické zdraví), vycházela průměrnou hodnotou 14,35 u nemocných s paroxysmální FS a hodnotou 14,95 u pacientů s permanentní FS, oproti populační normě 15,55 (viz příloha č. 2).

Doménu 2 (doména prožívání), hodnotili respondenti s paroxysmální FS průměrnou hodnotou 15,87 a pacienti s permanentní FS měli hodnotu 15,65 oproti populační normě 14,78 (viz příloha č. 2).

Doména 3 (zde respondenti hodnotili své sociální vztahy), vycházela u pacientů s paroxysmální FS průměrnou hodnotou 14,91 a u nemocných s permanentní FS hodnotou 14,28 oproti populační normě 14,98 (viz příloha č. 2).

Doménu 4 (doména prostředí), hodnotili respondenti průměrnou hodnotou 16,42 u nemocných s paroxysmální FS a u pacientů s permanentní FS byla výchozí hodnota 16,98 oproti populační normě 13,30 (viz příloha č. 2).

U nemocných s paroxysmální FS byla zmapována kvalita života hodnotou 3,72, u pacientů s permanentní FS hodnotou 3,84 oproti populační normě 3,82 (viz příloha č. 2).

Položku, která se týkala spokojenosti respondentů se zdravím hodnotili nemocní s paroxysmální FS hodnotou 2,85 a pacienti s permanentní FS hodnotou 3,28 oproti populační normě 3,68 (viz příloha č. 2).

DISKUZE

Tato část bakalářské práce má prezentovat zjištěné informace o tom, jak vnímají svoji kvalitu života a potřeby nemocní s paroxysmální a permanentní fibrilací síní.

První část dotazníku zjišťovala věk, vzdělání, rodinné a přátelské vztahy a okrajově byla zaměřena na postoj k nemoci a informovanost respondentů o fibrilaci síní. Druhá část dotazníku se zaměřovala na zjištění 4 oblastí, které ovlivňují kvalitu života (oblast fyzická, sociální a oblast prožívání a prostředí).

Výsledky šetření mohou být ovlivněny mnoha faktory a to věkem respondentů, vzděláním a momentálním rozpoštěním, dále také lidmi z jejich nejbližšího okolí, aktuálním zdravotním stavem a v neposlední řadě také zkušenostmi respondentů se zdravotnickými zařízeními a pracovníky.

Získané informace nemohly být přesně srovnávány se studiemi podobného zaměření, neboť v České republice kvalitu života u pacientů s fibrilací síní pomoci tohoto dotazníku dosud nikdo nezpracovával. Byly nalezeny publikace a články (hlavně v zahraniční literatuře), které se zabývaly podobnými výsledky na téma kvality života a paroxysmální a permanentní fibrilaci síní.

O rešerše v českém i anglickém jazyce jsme požádali odbornou lékařskou knihovnu FN Brno. Při použití databáze Bibliographia Medica Českoslovaca, kterou zpracovává národní lékařská knihovna, byly po zadání klíčových slov (kvalita života, fibrilace síní) – nalezeny 3 články v odborných časopisech, které se vztahují k danému tématu. Všechny 3 články nám posloužily jako zdroj informací a čerpali jsme z nich i ve své práci. Ale autoři těchto tří článků dotazník WHO, WHOQOL-BREF nevyužili k analýze kvality života ve svých výzkumných šetřeních.

Při použití celosvětové, lékařské, zdravotnické a biomedicíncké databáze PubMed – MEDLINE bylo po zadání klíčových slov v anglickém jazyce nalezeno 164 odborných článků v anglickém jazyce, vztahujících se k tématu fibrilace síní. K tématu, které je zpracováno v závěrečné práci se vztahuje 13 článků a 4 články autorka závěrečné práce využila ke srovnání našeho výzkumného šetření s výsledky analýz, které uváděli zahraniční studie.

Zkoumaný soubor tvořilo 60 respondentů (30 s paroxysmální a 30 s permanentní fibrilací síní). Šlo o pacienty, kteří měli minimálně 1 rok diagnostikovanou a léčenou fibrilací síní a docházeli na kardiologické kontroly na IKK – FN Brno.

První oblast šetření se zabývala získáním informací o pohlaví, věku, vzdělání, rodinném stavu respondentů.

Lukl a spol. uvádějí, že více než dvě třetiny nemocných s FS jsou ve věkovém rozmezí 65–85 let a FS je častější u mužů než u žen.⁴⁷ Toto se potvrdilo i v našem výzkumu, kdy 17 (57 %) respondentů s paroxysmální FS bylo ve věku 60–69 let a shodně 10 (33 %) pacientů s permanentní FS, kteří dovršili věku 60–69 let nebo 70–79 let. Šetření potvrzuje, že FS stoupá s věkem. Obě formy FS se nejčastěji vyskytují po dovršení 60 a více let.

Lane a Lip prokázali horší kvalitu života u pacientů s FS ve srovnání s věkem (nemocní byli ve věku ≥ 65 let).⁴⁸ Reynolds a spol. také uvádějí, že kvalita života je narušena u nově diagnostikovaných pacientů s FS, ale vlivem standardní léčby se zlepšuje na normální úroveň. V prvním roce po stanovení diagnózy jsou pohlaví, věk a komorbidní podmínky silně propojeny s výsledky kvality života, více než klinický průběh FS sám.⁴⁹

Co se týče vzdělání respondentů, pacienti s paroxysmální FS byli nejvíce zastoupeni středoškoláky (30 % - tj. 9 respondentů) a 27 % (8) bylo vyučeno v odborném učilišti. Shodně 10 (33 %) respondentů s permanentní FS bylo vyučeno v odborném učilišti nebo vysokoškolsky vzděláno.

Ve výzkumném šetření se ukázalo, že pacienti obou forem FS žijí nejčastěji v manželském svazku (nemocní s paroxysmální FS v 63 % (19), pacienti s permanentní FS v 77 % (23)).

Nemocní obou forem jsou již nejčastěji ve starobním důchodě (u paroxysmální FS je již 15 respondentů (tj. 50 %), u permanentní FS 23 respondentů (tj. 77 %). Toto zjištění je vzhledem k věkovému zastoupení respondentů v našem šetření (60 a více let) naprosto pochopitelné.

⁴⁷ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 13.

⁴⁸ Srov. Lane, DA., Lip, GY. Quality of life in older people with atrial fibrillation. *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology*. [online], Dostupný z: MEDLINE č. 19034639, www.pubmed.com

⁴⁹ Srov. Reynolds, MR., Lavelle, T., Essebag, V., Cohen, DJ., Zimetbaum, P. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: the Fibrillation Registry Assessing Costs, Therapies, Adverse events and Lifestyle (FRACTAL) study. *American Heart Journal*. [online], Dostupný z: MEDLINE č. 17161061, www.pubmed.com

Druhá oblast šetření zkoumala informace o době léčení respondentů s FS, míře a zdrojích poskytnutých informací o FS nemocným.

Z analýzy dat vyplývá, že u paroxysmální formy FS byli pacienti nejčastěji léčení 1—3 roky (77 % respondentů), oproti tomu u permanentní formy FS byli nemocní léčení 4—6 let (40 % respondentů) a také 1—3 roky (30 % nemocných).

Nemocní obou forem FS shodně uvedli, že jim byly informace o FS poskytnuty maximálně nebo hodně a že je o jejich onemocnění edukoval lékař.

Etický kodex ČLK ukládá lékaři povinnost nemocného či jeho zákonného zástupce informovat srozumitelným způsobem o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech, také o rizicích, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčby mohou nastat.⁵⁰

U paroxysmální FS uvedlo 21 (70 %) dotazovaných, že byli o jejich onemocnění nejvíce informováni lékařem a to při ambulantních kontrolách, 43 % (13) nemocných odpovědělo, také lékařem, ale při hospitalizaci, 1 respondent označil praktického lékaře a 1 oslovený pacient uvedl, že se nejvíce o svém onemocnění dozvěděl na internetu. Celkem 60 % (18) pacientů s permanentní FS uvedlo, že byli o onemocnění poučeni nejvíce od lékaře při ambulantních kontrolách, 15 (50 %) také od lékaře, ale při hospitalizaci 1 respondent uvedl, že ho nejvíce poučila všeobecná sestra. Jako zdroj informací - všeobecnou sestru - uvedl pouze 1 respondent. Domníváme se, že je tomu tak z důvodu specifiky onemocnění, kdy při kardiologických kontrolách jsou pacienti v blízkém kontaktu nejvíce s lékařem, který jim na základě své odbornosti a kompetencí vysvětlí postup diagnostiky a léčby FS. Otázkou ale je, zda pacienti vždy plně chápou lékařskou odbornou terminologii, kterou při samotné edukaci používají...

Zákon č. 20/1966 Sb., jasně určuje, že poučení podává lékař. Všeobecné sestry, a ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou oprávněni podávat poučení pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností. Všeobecná sestra tak poučuje pacienta o ošetrovatelských výkonech, ošetrovatelských problémech, které identifikovala a řeší...⁵¹

Autorka se ve své praxi často setkává s tím, že si pacienti u všeobecné sestry žádají i informace, u kterých váhají nebo se obávají zeptat lékaře. Myslím si proto, že by se na

⁵⁰ KUDLOVÁ, P. Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury či etnika. In ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II.*, s.117-128.

⁵¹ KUDLOVÁ, P. Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury či etnika. In ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II.*, s. 117-128.

všeobecnou sestru mohlo s žádostí o informace obracet více nemocných. Protože právě na všeobecných sestrách je kromě jiných funkcí důležitá i funkce edukační. Aby tuto funkci mohla všeobecná sestra vykonávat na profesionální odborné úrovni je nutné vyšší vzdělávání v dané problematice a snad také zvýšení kompetencí všeobecné sestry po uznání a zavedení nového doplňujícího studijního oboru – EDUKÁTOR/KA.

Tyto zjištěné informace o zdrojích poskytnutých informací v našem výzkumném šetření mohou být srovnány s výzkumným šetřením Simony Saibertové (2008) na téma „Kvalita a úroveň edukce při léčbě Warfarinem“. S výsledky uvedenými v této bakalářské práci chceme naši analýzu dat porovnat, protože u nemocných s permanentní FS je většina nemocných léčena i Warfarinem. V šetření Simony Saibertové bylo zjištěno, že o léčbě Warfarinem bylo poučeno 63 % mužů i žen lékařem, z toho 60 % za hospitalizace a 3 % v ambulanci. 7 % bylo poučeno všeobecnou sestrou za hospitalizace a 2 % v ambulanci. 28 % všech respondentů nepoučil nikdo.⁵² V našem výzkumném šetření bylo 60 % respondentů s permanentní FS edukováno lékařem v ambulanci a 50 % respondentů poučil lékař za hospitalizace, jen 1 (3 %) respondenta edukovala všeobecná sestra.

U další položky nás zajímalo, pokud mají nemocní zájem o další informace, kde je nejčastěji hledají. 13 (43 %) nemocných s paroxysmální FS nejčastěji uvádělo internetovou síť, 37 % (11) respondentů označilo zdravotní letáky a brožury, 27 % (8) respondentů napsalo televizi. 4 (13 %) pacienti označili, že by hledali v novinách a časopisech. 2 respondenti shodně uvedli rozhlas nebo knihovnu, či jiný zdroj – konzultace s lékařem. 4 (13 %) pacienti s paroxysmální FS uváděli, že další informace nehledají. U nemocných s permanentní FS by 9 (30 %) respondentů hledalo ve zdravotních letácích a brožurách, 8 nemocných by použilo internetovou síť. 17 % (5) respondentů shodně uvádělo buď noviny a časopisy nebo televizi. 4 (13 %) pacienti by informace hledali v knihovně nebo uváděli jiný zdroj – konzultace s lékařem. 8 (27 %) respondentů s permanentní FS označilo, že další informace nehledá. Nejvíce by tedy další informace respondenti obou forem FS hledali na internetové síti nebo v informačních brožurách a letácích.

Z našeho výzkumu můžeme interpretovat, že u nemocných s paroxysmální FS by nejčastěji 9 respondentů ve věkové hranici 50—59let využilo internetovou síť, 8 respondentů ve věkové hranici 60—69 let by dalo přednost informacím z letáků a

⁵² SAIBERTOVÁ, S. *Kvalita a úroveň edukace při léčbě Warfarinem*, s. 40.

brožur. Oproti tomu 5 pacientů s permanentní FS ve věkové hranici 60—69 let by nejčastěji čerpalo informace z brožur a letáků a 5 nemocných ve věku 70—79 let by dalo přednost vyhledávání informací na internetové síti. Tato analýza je vzhledem k věkové hranici pro nás velmi překvapující a potěšující. Asi by jsme více čekali, že nemocní ve věkové hranici 70—79 let by raději dali přednost informacím v tištěné formě (letáky, brožury). Toto zjištění je asi možné také díky tomu, že internetová síť je už běžnou součástí domácností a vybavení kaváren, knihoven atd. A také díky tomu, že i starší lidé mají zájem učit se něčemu novému a používat internetovou síť.

Vzhledem k zjištěné analýze dat zde autorka práce vidí potenciál pro všeobecné sestry, které v rámci studia či praxe informační letáky a internetové edukační portály nemocnic pro pacienty pomáhají vytvářet. 12 respondentů (tj. 40 %) z celkového počtu 60 dotazovaných uvádělo, že informace nehledá. Otázkou je, zda jsou natolik dobře informováni nebo jen nemají o další informace zájem.

Třetí oblast analýzy šetření prezentovala psychosociální podporu nemocných s FS a dodržování léčebného režimu spojeného s FS a také pravidelné návštěvy u lékaře.

97 % (59) respondentů s FS chodí pravidelně na kontroly, jen 1 (3 %) respondent uvedl, že lékaře pravidelně nenavštěvuje.

U obou forem FS se snažili nemocní hodně (50 % respondentů s paroxysmální FS, 33 % respondentů s permanentní FS) nebo maximálně (47 % nemocných s paroxysmální FS, 50 % nemocných s permanentní FS) dodržovat léčebný režim, spojený s FS.

U další položky nás zajímalo, zda si mají nemocní s FS s kým promluvit o svých potížích. U paroxysmální formy FS 70 % (21) respondentů a 19 (63 %) nemocných s permanentní FS uvedlo, že si mohou promluvit s rodinnými příslušníky. Shodně 27 % (8) respondentů s paroxysmální FS označilo, že si mohou o svých potížích promluvit s přáteli nebo se zdravotníky. 10 % (3) dotazovaných si mohou promluvit s pacienty se stejným onemocněním. U permanentní FS 43 % (13) respondentů označilo, že si mohou promluvit se zdravotníky, 3 respondenti mají podporu přátel. Jen 2 pacienti napsali, že si nemají s kým popovídat o svých potížích. Permanentní FS se řadí mezi chronická kardiovaskulární onemocnění a existence chronického onemocnění je faktem, s kterým se musí ten, kdo je touto nemocí postižen, vyrovnávat. Chronické onemocnění má často střídavý charakter a je možné říci, že pacienta stresuje. U chronicky nemocných lidí byly pozorovány určité

odchylky chování, které se týkaly jak jejich prožívání této chronickou nemocí změněné situace, tak i jejich sociálního života – jejich vztahu a jednání s druhými lidmi. Změna celkového stavu chronicky nemocného pacienta se netýká jen jeho samotného, ale i jeho vztahu ke zdravotnímu personálu a pacientům postižených stejným onemocněním. Mimořádně intenzivně se často dotýká i manželství a rodiny chronicky nemocného.⁵³

Zhruba 70 % nemocných obou forem FS si může se svými rodinnými příslušníky promluvit o svých obtížích. Pro nás je také příjemné zjištění, že 70 % všech dotazovaných uvedlo, že si může promluvit o svých potížích se zdravotnickými pracovníky. Je dobré vědět, že pacienti mají ke zdravotnickým pracovníkům důvěru, nicméně je třeba ji posilovat.

Všechny tyto tři interpretované oblasti se vztahovali k druhému, vytyčenému cíli – „Zjistit, zda pacienti obdrželi dostatečné informace o svém onemocnění“.

Tyto další oblasti se budou vztahovat k prvnímu, vytyčenému cíli – „Zjistit, jak nemocní s fibrilací síní subjektivně hodnotí svoji kvalitu života“.

První oblast se zabývala subjektivním hodnocením kvality života.

U první položky dotazníku nás zajímalo, jak by respondenti hodnotili kvalitu svého života - 60 % (18) respondentů obou forem FS hodnotilo svoji kvalitu života jako dobrou, 7 (23 %) respondentů s paroxysmální FS a 8 (27 %) nemocných s permanentní FS označilo odpověď – ani špatná/ani dobrá. 3 (10 %) respondenti obou forem uváděli, že jejich kvalita života je velmi dobrá.

Při srovnání s populační normou 3,82 byla u nemocných s paroxysmální FS zmapována kvalita života průměrnou hodnotou 3,72 (byla zjištěna nižší hodnota oproti populační normě, tedy mírně snížená kvalita života), u pacientů s permanentní FS průměrnou hodnotou 3,84 (tj. jen lehce zvýšená hodnota oproti populační normě, tedy v intervalu normy) (viz příloha č. 2).

Protože pacienty s permanentní FS můžeme zařadit mezi dlouhodobě nemocné, chceme tyto zjištěné informace o hodnocení kvality života našich respondentů srovnat s výzkumným šetřením Veroniky Krupkové (2008) na téma „Kvalita života

⁵³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 130 —133.

dlouhodobě nemocných“. Tato autorka také k analýze dat použila dotazník WHOQOL-BREF. V jejím šetření bylo zjištěno, že dlouhodobě nemocní hodnotili kvalitu života průměrnou hodnotou 3,36 oproti populační normě 3,82, z čehož vyplývalo, že dlouhodobě nemocní mají nižší kvalitu života oproti populační normě.⁵⁴ Naši respondenti s permanentní FS měli kvalitu života v intervalu normy.

Zjištěné výsledky našeho výzkumného šetření, které se vztahují k hodnocení kvality života mohou být také porovnány s jinými zahraničními studiemi, které ale nevyužívaly dotazníku WHOQOL-BREF.

Dorian et al. publikoval data z širší populace 152 nemocných s paroxysmální FS, u kterých při srovnání s kontrolní skupinou nemocných prokázal významně zhoršenou kvalitu života, měřenou uznávaným dotazníkem SF-36. V našem výzkumném šetření jsme pomocí dotazníku WHOQOL-BREF prokázali u pacientů s paroxysmální FS jen mírně sníženou kvalitu života. V jiné práci tento autor prokázal, že celkový pocit zdraví dosáhl významně vyššího skóre u nemocných, kteří na antiarytmické léčbě neměli recidivu FS, než u nemocných, kteří recidivy na této léčbě měli. Jiné studie však neprokazují rozdíl v kvalitě života nemocných mezi nemocnými léčenými podle strategie kontroly srdeční frekvence a nemocnými léčenými podle strategie kontroly srdečního rytmu.⁵⁵

Maryniak a spol. ve svém článku shrnují poznatky ze své studie, jejíž cílem bylo určit okolnosti, kterým pacientům přisuzují nástup epizody paroxysmální FS a charakterizovat psychologický význam těchto situací a jejich vliv na kvalitu života u těchto nemocných. Kvalita života byla hodnocena dotazníkem SF-36. Celkem 55 (72 %) pacientů bylo schopno uvést situace, které doprovází nástup epizody paroxysmální FS. Analýza rozlišila tyto tři skupiny: I. – po požití těžkého jídla, alkoholu a kávy, vyšší výkon nebo stres; II. – jediný prudký pohyb a odpočinek po stresující události; III. – spánek. Mezi těmito třemi skupinami byl pozorován významný rozdíl v hodnocení kvality života. Nejhorší bylo zhodnotit kvalitu života u nemocných, u kterých k epizodě paroxysmální FS došlo po jediném prudkém pohybu a v klidu. Nejlépe

⁵⁴ KRUPKOVÁ, V. *Kvalita života dlouhodobě nemocných*, s. 64.

⁵⁵ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci *Fibrilace síní*, s. 18.

hodnotili kvalitu života jedinci s paroxysmální FS, kdy epizoda začíná v noci.⁵⁶ V našem výzkumném šetření byla u respondentů s paroxysmální FS zjištěna mírně snížená hodnota kvality života bez ohledu na nástup epizody paroxysmu FS.

Druhá oblast zjišťovala spokojenost respondentů se svým zdravím.

U položky, kdy respondenti hodnotili, jak jsou spokojeni se svým zdravím nejvíce nemocných označilo odpověď –spokojen/ nespokojen se svým zdravím (u paroxysmální FS je to 40 %, u permanentní 50 % dotazovaných). 27 % (8) respondentů s paroxysmální FS uvedlo, že jsou spokojeni, 23 % (7) nemocných označilo odpověď –nespokojen. 3 respondenti byli velmi nespokojeni se svým zdravím. U nemocných s permanentní FS – 30 % (9) nemocných uvádělo, že jsou spokojeni, 5 respondentů bylo nespokojeno se svým zdravím. Jen 1 respondent se vyjádřil, že je velmi spokojen..

Položku, která se týkala spokojenosti respondentů se zdravím hodnotili nemocní s paroxysmální FS hodnotou 2,85 a pacienti s permanentní FS hodnotou 3,28 oproti populační normě 3,68 (viz příloha č. 2). U obou forem FS je průměrná hodnota snižená oproti populační normě, lze tedy konstatovat, že nemocní obou forem jsou spíše nespokojeni se svým zdravím.

Zjištěné informace o spokojenosti respondentů se svým zdravím v našem výzkumném šetření byly opět porovnány s výzkumným šetřením Veroniky Krupkové (2008) na téma „Kvalita života dlouhodobě nemocných“. Tato autorka zmapovala, že dlouhodobě nemocní hodnotili spokojenost se svým zdravím průměrnou hodnotou 3,09 oproti populační normě 3,68, čili byli spíše nespokojeni se svým zdravím, stejně jako naši respondenti s FS.⁵⁷

Třetí oblast prezentovala výsledky ze subjektivního hodnocení kvality života v oblasti fyzického zdraví (hodnotila bolest, potřebu lékařské péče, energii, spánek, schopnost pohybu, schopnost provádět každodenní činnosti, spokojenost s pracovním výkonem).

Z výzkumného šetření můžeme zjistit, že nemocné s paroxysmální FS bolest v činnosti omezovala trochu (10 respondentů, tj. 33 %) nebo středně (10 pacientů, tj. 33

⁵⁶ Srov. MARYNIAK, A., WALCZAK, F., BODALSKI, R., SZUMOWSKI, L., DEREJKO, P., URBANEK, P., ORCZYKOWSKI, M., SZUFLADOWICZ, F. Atrial fibrillation onset circumstances and their relation to patients quality of life In *Kardiologia Polska*, 2006. Ročník 64, č.10, s. 1102–1108, discussion 1109. [online]. [Cit. 2010-03-10]. Dostupný z: MEDLINE č. 17089242, www.pubmed.com

⁵⁷ KRUPKOVÁ, V. *Kvalita života dlouhodobě nemocných*, s. 64.

%). U nemocných s permanentní FS bolest bránila v činnostech středně (9 nemocných, tj. 30 %) nebo vůbec ne (9 respondentů, tj. 30 %). Co se týkalo lékařské péče - nemocní s paroxysmální FS udávali, že potřebují lékařskou pomoc trochu (9 respondentů, tj. 30 %) nebo středně (10 pacientů, tj. 33 %). Nemocní s permanentní FS hodnotili, že potřebují lékařskou pomoc středně (16 nemocných, tj. 53 %). Pacienti s paroxysmální FS cítili, že mají středně (15 respondentů, tj. 50 %) energie pro každodenní život. Oproti tomu nemocní s permanentní FS, kteří nejčastěji uváděli, možnost – většinou ano (14 pacientů, tj. 47 %). Pacienti obou forem mají v nejčastějších případech dobrou schopnost pohybu (paroxysmální FS - 57 %, permanentní - 43 %). Respondenti obou forem FS (13 pacientů, tj. 43 %) shodně označili, že jsou ani spokojeni/ani nespokojeni se svým spánkem. Klienti s paroxysmální FS (13, tj. 43 %) jsou ani spokojeni/ani nespokojeni, pacienti s permanentní FS (15, tj. 50 %) uváděli, že jsou spokojeni se schopností provádět každodenní činnosti. Co se týkalo pracovního výkonu - pacienti obou forem FS nejčastěji shodně označili, že jsou spokojeni se svým pracovním výkonem.

Doména 1 (zde respondenti hodnotili své fyzické zdraví), vycházela průměrnou hodnotou 14,35 (nemocní s paroxysmální FS) a hodnotou 14,95 (pacienti s permanentní FS), oproti populační normě 15,55 (viz příloha č. 2).

Ve výzkumném šetření Veroniky Krupkové (2008) na téma „Kvalita života dlouhodobě nemocných“ – dlouhodobě nemocní hodnotili doménu 1 – fyzické zdraví průměrnou hodnotou 12,54 oproti populační normě 15,55. Ohodnoceno jako mírně snížená hodnota kvality života.⁵⁸ Respondenty obou forem FS můžeme zařadit do spodní hranice intervalu normy kvality života v doméně fyzického zdraví.

Čtvrtá oblast uváděla výsledky ze subjektivního hodnocení kvality života v oblasti prožívání (hodnotila, jak nemocné těší život, zda má jejich život smysl, zda se dokáží soustředit, zda dokáží akceptovat svůj vzhled, spokojenost sám se sebou, jak často prožívají negativní pocity).

Z výzkumného šetření můžeme interpretovat, že pacienti obou forem FS uváděli, že je život těší středně nebo hodně. V další třech položkách se opět odpovědi nemocných obou forem nelišily – pacienti shodně uváděli, že jejich život má smysl hodně, že se dokáží soustředit středně a že většinou ano dokáží akceptovat svůj vzhled.

⁵⁸ KRUPKOVÁ, V. *Kvalita života dlouhodobě nemocných*, s. 64.

Pacienti s paroxysmální FS (18, tj. 60 %) jsou ani spokojeni/ani nespokojeni, 15 (50 %) respondentů s permanentní FS jsou spokojeni sami se sebou. Co se týkalo prožívání negativních pocitů, pacienti s paroxysmální FS (13, tj. 43 %) pociťují negativní pocity (např. beznaděj, depresi, úzkost) středně. Nemocní s permanentní FS (18, tj. 60 %) nejčastěji označili, že někdy pociťují negativní pocity.

Doménu 2 (doména prožívání), hodnotili respondenti s paroxysmální FS průměrnou hodnotou 15,87 a pacienti s permanentní FS měli hodnotu 15,65 oproti populační normě 14,78 (viz příloha č. 2).

Tyto interpretovaná data můžeme porovnat s výzkumným šetřením Veroniky Krupkové (2008). Dlouhodobě nemocní hodnotili doménu 2 – prožívání průměrnou hodnotou 13,98 oproti populační normě 14,78. Ohodnoceno jako spodní hranice normy, což ještě znamená normální hodnotu.⁵⁹ Pacienty obou forem FS můžeme zařadit do horní hranice intervalu normy kvality života v oblasti prožívání.

Analýzu výzkumného šetření z položky prožívání negativních pocitů (deprese, úzkost) může autorka této bakalářské práce dále porovnat se zahraniční studií, kdy Thrall a spol. interpretovali výskyt a přetrvávání deprese a úzkosti a pacientů s FS a jejich vliv na kvalitu života. Do jejich studie bylo zařazeno 101 pacientů s FS, kteří byli porovnáváni s pacienty s hypertenzí. Při zahájení studie deprese u nemocných s FS přetrvávala v 38%, úzkost v 28%. Při kontrolním měření po 6 měsících deprese u nemocných s FS přetrvávala v 36,8%, úzkost v 33,3%. Závěrem lze tedy říci, že přibližně jedna třetina pacientů s FS má zjištěnou hladinu deprese a úzkosti, které přetrvávají i po 6 měsících. Příznaky deprese jsou nejsilnější, nezávislý ukazatel úspěšnosti budoucí kvality života u těchto pacientů.⁶⁰

V našem šetření 43 % respondentů s paroxysmální FS středně pociťovali negativní pocity (např. depresi a úzkost), 60 % pacientů s permanentní FS udávalo někdy negativní pocity (např. úzkost a depresi).

Pátá oblast prezentovala výsledky subjektivního hodnocení kvality života v oblasti sociálních vztahů (hodnotila, jak jsou nemocní spokojeni se svými osobními vztahy, se svým sexuálním životem, s podporou, kterou jim poskytují přátelé).

⁵⁹ KRUPKOVÁ, V. *Kvalita života dlouhodobě nemocných*, s. 64.

⁶⁰ Srov. THRALL, G., LIP, GY., CARROLL, D., LANE, D. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation In Chest 2007. Ročník 132, č.4, s. 1152–1164, discussion . [online]. [Cit. 2010-03-10]. Dostupný z: MEDLINE č. 17646231, www.pubmed.com

Respondenti obou forem FS nejčastěji shodně označili, že jsou spokojeni se svými osobními vztahy a s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Pacienti s paroxysmální FS (14, tj. 47 %) i respondenti s permanentní FS (12, tj. 40 %) v nejčastějších případech uváděli, že jsou ani spokojeni/ani nespokojeni se svým sexuálním životem.

Doména 3 (zde respondenti hodnotili své sociální vztahy), vycházela u pacientů s paroxysmální FS průměrnou hodnotou 14,91 a u nemocných s permanentní FS hodnotou 14,28 oproti populační normě 14,98 (viz příloha č. 2). Pro obě formy FS můžeme konstatovat, že splňují průměr intervalu normy kvality života v oblasti sociálních vztahů.

Pokud tyto data srovnáme s výzkumným šetřením Veroniky Krupkové (2008) můžeme zjistit, že dlouhodobě nemocní hodnotili doménu 3 – sociální vztahy průměrnou hodnotou 13,93 oproti populační normě 14,98.⁶¹ Ohodnoceno jako spodní hranice normy, což znamená ještě normální hodnotu stejně jako naši respondenti s FS, kteří splňují průměr intervalu normy.

Šestá oblast uváděla výsledky subjektivního hodnocení kvality života v oblasti prostředí (hodnotila, jak bezpečně se nemocní cítí ve svém každodenním životě, jak zdravé je prostředí, ve kterém žijí, zda mají peníze k uspokojení svých potřeb, zda mají přístup k informacím, zda mají možnost věnovat se svým zálibám, jak jsou spokojeni s podmínkami v místě bydliště, jak jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče a s dopravou).

U obou forem FS pacienti označili, že v každodenním životě se cítili středně (paroxysmální FS (14) tj. 47 %, permanentní FS (13) tj. 43 %) nebo hodně (paroxysmální FS (13) tj. 43 %, permanentní FS (12) tj. 40 %) bezpečně.

U obou forem FS si nemocní shodně myslí, že v jejich okolním prostředí je zdravé prostředí středně (shodně (13) tj. 43 %) nebo hodně (u paroxysmální FS tj. 43 %, u permanentní FS tj. 40 %).

Pacienti s paroxysmální FS shodně označili, že k uspokojení svých potřeb mají peníze středně (11, tj. 37 %) nebo většinou ano (11, tj. 37 %). Oproti tomu nemocní s permanentní FS, kteří nejčastěji uváděli, možnost–středně (14, tj. 47 %).

⁶¹ KRUPKOVÁ, V. *Kvalita života dlouhodobě nemocných*, s. 64.

Respondenti s paroxysmální i permanentní FS shodně označili, že mají - většinou ano přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život a také mají většinou ano možnost věnovat se svým zálibám.

Pacienti obou forem FS v nejčastějších případech uváděli, že jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče a dopravou a také že jsou spokojeni s podmínkami v místě, kde žijí.

Doménu 4 (doména prostředí), hodnotili respondenti průměrnou hodnotou 16,42 u nemocných s paroxysmální FS a u pacientů s permanentní FS byla výchozí hodnota 16,98 oproti populační normě 13,30 (viz příloha č. 2). U obou forem FS můžeme konstatovat, že v oblasti prostředí pacienti dosahovali zvýšených hodnot kvality života. Toto lze nejspíše přisuzovat tomu, že oslovení respondenti bydleli v Brně a okolí a mají tedy nejspíše lepší podmínky prostředí.

Tato interpretovaná data můžeme porovnat opět s výzkumným šetřením Veroniky Krupkové (2008). Dlouhodobě nemocní hodnotili doménu 4 – prostředí průměrnou hodnotou 12,56 oproti populační normě 13,30. Ohodnoceno jako spodní hranice normy, což znamená ještě normální hodnotu.⁶² Naši respondenti s FS dosahovali zvýšených hodnot v oblasti prostředí.

⁶² KRUPKOVÁ, V. *Kvalita života dlouhodobě nemocných*, s. 64.

ZÁVĚR

Bakalářská práce si kladla za cíl zmapovat kvalitu života u nemocných s fibrilací síní. Z analýzy šetření lze zjistit, jak vnímají své potřeby a kvalitu života nemocní s paroxysmální a permanentní fibrilací síní. Část výzkumného šetření se měla okrajově zaměřit na zjištění informovanosti nemocných o fibrilaci síní.

Po prostudování odborných zdrojů, literatury i zdrojů na internetové síti se autorka závěrečné práce snažila v teoretické části práce vytyčit pojem kvality života a její hodnocení. Teoretická část se také zabývala diagnostikou, léčbou a péčí o nemocné s fibrilací síní.

Sběr dat z anonymního dotazníkového šetření byl prováděn na IKK – FN Brno, od začátku prosince 2009 do konce února 2010. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků. Návratnost byla 65 dotazníků, tj. 92, 86 %. Z celkového počtu navrácených dotazníků bylo 5 dotazníků vyřazeno pro neúplná data. Celkový zkoumaný vzorek tedy tvořilo 60 dotazníků. 30 dotazníků bylo vyplněno nemocnými s paroxysmální FS a 30 dotazníků nemocnými s permanentní FS.

Interpretace výsledků jednotlivých cílů práce

Prvním cílem bylo zjistit, jak nemocní s fibrilací síní subjektivně hodnotí svoji kvalitu života

Tento cíl zahrnovaly položky ze standardizovaného dotazníku WHO, WHOQOL-BREF. Analýzu získaných dat od nemocných prezentovaly tabulky a grafy č. 13–38. Analýza zjištěných dat poskytovala informace o tom, jak nemocní s fibrilací síní hodnotili své potřeby a kvalitu života ve 4 oblastech – oblast fyzická, sociální a oblast prožívání a prostředí.

Pacienti obou forem FS v 60 % shodně vyjadřují svoji kvalitu života jako dobrou. Při porovnání s populační normou 3,82 byla u nemocných s paroxysmální FS zmapována kvalita života průměrnou hodnotou 3,72 (mírně snížená kvalita života), u pacientů s permanentní FS průměrnou hodnotou 3,84 (kvalita života v intervalu normy) (viz příloha č. 2).

U obou výzkumných skupin nejvíce nemocných označilo odpověď – ani spokojen/ ani nespokojen se svým zdravím (u paroxysmální FS tj. 40 %, u permanentní 50 % dotazovaných). Položku, která se týkala spokojenosti respondentů se zdravím hodnotili nemocní s paroxysmální FS hodnotou 2,85 a pacienti s permanentní FS hodnotou 3,28 oproti populační normě 3,68 (viz příloha č. 2). U obou forem FS je průměrná hodnota snižena oproti populační normě, lze tedy konstatovat, že nemocní obou forem jsou spíše nespokojeni se svým zdravím.

Doména 1 (fyzické zdraví). Do fyzického zdraví lze zahrnout bolest, nepříjemné pocity, spánek a odpočinek., také energii a únavu. Tato doména 1 vycházela průměrnou hodnotou 14,35 u nemocných s paroxysmální FS a hodnotou 14,95 u pacientů s permanentní FS, oproti populační normě 15,55 (viz příloha č. 2). Respondenty obou forem můžeme zařadit do spodní hranice intervalu normy kvality života v doméně fyzického zdraví..

V oblasti prožívání mohli respondenti hodnotit pozitivní pocity, myšlení, paměť, učení, sebedůvěru, soustředění, dále také sebeúctu, vnímání těla a vzhledu. Tuto doménu 2 (doména prožívání), hodnotili respondenti s paroxysmální FS průměrnou hodnotou 15,87 a pacienti s permanentní FS měli hodnotu 15,65 oproti populační normě 14,78 (viz příloha č. 2). Pacienty obou forem FS můžeme zařadit do horní hranice intervalu normy kvality života v oblasti prožívání.

Doména 3 (sociální vztahy). Při hodnocení sociálních vztahů se respondenti vyjadřovali ke svým osobním vztahům, také k tomu, jaká pomoc se jim dostávala od ostatních lidí a další položka se týkala sexuálního života nemocných s FS. Tato doména 3 vycházela u pacientů s paroxysmální FS průměrnou hodnotou 14,91 a u nemocných s permanentní FS hodnotou 14,28 oproti populační normě 14,98 (viz příloha č. 2). Pro obě formy FS můžeme konstatovat, že splňují průměr intervalu normy kvality života v oblasti sociálních vztahů.

V oblasti prostředí lze zhodnotit domácí prostředí respondentů, fyzické bezpečí a jistotu, finanční situaci, dostupnost a kvalitu zdravotní a sociální péče, životní prostředí a dopravu. Doménu 4 (prostředí), hodnotili respondenti průměrnou hodnotou 16,42 u nemocných s paroxysmální FS a u pacientů s permanentní FS byla výchozí hodnota 16,98 oproti populační normě 13,30 (viz příloha č. 2). U obou forem FS můžeme konstatovat, že v oblasti prostředí pacienti dosahovali zvýšených hodnot kvality života.

Na základě odkazu na kapitolu **Výsledky a analýzy výzkumného šetření** lze říct, že první cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo zmapovat, zda pacienti s fibrilací síní obdrželi dostatečné informace o svém onemocnění.

Výsledky výzkumného šetření uváděli tabulky a grafy č. 1–12.

Druhým cílem bylo zaměřit se na získání dat souvisejících s kvalitou života nemocných s fibrilací síní a zmapovat oblasti rodinného a partnerského soužití, vzdělání, přátelských vztahů, postoji nemocných k fibrilaci síní a informovanost respondentů o své nemoci.

Z analýzy šetření vyplynulo, že se fibrilace síní častěji vyskytuje u mužů než u žen. Paroxysmální fibrilace síní se nejčastěji vyskytuje u nemocných ve věku 60–69 let. Respondenti ve věku 60–79 let se častěji léčí s permanentní fibrilací síní. Většina respondentů s fibrilací síní byla zastoupena se vzděláním vysokoškolským, středoškolským nebo byli vyučeni v odborném učilišti. Více než 70 % respondentů s fibrilací síní označilo, že žije v manželství a jsou ve starobním důchodě.

Dle analýzy dat byly nemocným informace o fibrilaci síní poskytnuty hodně a maximálně. 39 respondentů z 60 dotazovaných o jejich onemocnění poučil lékař při ambulantních kontrolách a lékaře při hospitalizaci v nemocnici jako zdroj informací uvedlo 28 nemocných z 60 dotazovaných. Všeobecnou sestru jako zdroj informací uvedl pouze 1 respondent. Pokud by respondenti hledali další informace o svém onemocnění, nejčastějším zdrojem byl uveden internet (21 osob, tj. 70 %) a zdravotní letáky, brožury označilo 20 osob (67 %). Až jedna pětina dotazovaných (12 osob, tj. 40 %) udávalo, že informace o svém onemocnění nehledá. Respondenti s FS uváděli, že se snaží dodržovat léčebný režim hodně a maximálně. Až 70 % respondentů si může promluvit s rodinou o svých potížích.

Ze získaných dat vyplynulo, že jsou respondenti poměrně dobře informováni o svém onemocnění.

Na základě odkazu na kapitolu **Výsledky a analýzy výzkumného šetření** lze říct, že druhý cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo na základě šetření vytvořit edukační materiál – informační leták pro pacienty s fibrilací síní.

Ve dostupném okolí byla hledána papírová i elektronická forma informačního letáku o fibrilaci síní. Informační leták zabývající se touto problematikou nebyl nalezen. K danému tématu fibrilaci síní, kterou se zabývá analýza šetření v této práci se z dostupných, nalezených informačních letáků vztahoval pouze edukační leták s názvem „Informace pro pacienta užívajícího orální antikoagulancium“. Toto poučení pro pacienty vytvořil MUDr. Petr Kessler, z Hematologického oddělení nemocnice Pelhřimov a je vydáván pod hlavičkou firmy Orion Pharma, která distribuuje Warfarin Sodný.

Na základě zjištěného, byl vytvořen informační leták pro pacienty s fibrilací síní, který nese název: „Informace o fibrilaci síní“. Leták je uložen v příloze č. 4/2, s. 95–96.

Třetí cíl byl splněn.

Návrh řešení

Kvalita života je v poslední době velmi diskutovaný fenomén a je stále aktuální nejen v medicíně ale z našeho pohledu i v ošetrovatelství. Obecným trendem je, aby pacienti při daném onemocnění měli co nejvyšší kvalitu života a možnost vykonávat své běžné životní role a mohli si tak zachovat svoji nezávislost.

Na každého jedince může působit velká řada faktorů, které pak změni subjektivní vnímání kvality života a zdraví. Pokud jedinec nemá uspokojené své potřeby a je nespokojen se svým zdravím, dochází ke snižování kvality života. Tato změna pak výrazně ovlivní celkový zdravotní stav nemocných a tím také následně léčbu a průběh onemocnění.

Z těchto důvodů bych navrhovala:

- zajistit větší informovanost nemocných s fibrilací síní a to formou přednášek, informačních letáků a brožur nebo pomocí internetových informačních portálů nemocnic, zdravotnických zařízení;

- všeobecné sestry by se u svých nemocných měly více zajímat o to, zda informace pochopili a rozumí jim. Doporučit pacientům odbornou literaturu, také svazy a sdružení lidí se stejným onemocněním nebo odkazy na internetové stránky např. www.ikem.cz nebo www.srdcehanec.cz, kde nemocní získají více informací, které je zajímají a poučí je;
- zajistit, aby se všeobecné sestry více podílely na edukaci nemocných nejen s fibrilací síní. Toto bude možné po zvýšení kompetencí, vzniku a uznání doplňkového studijního programu – EDUKÁTOR/KA;
- vzhledem k tomu, že jsem ve svém okolí nenalezla žádný oficiální informační leták o fibrilaci síní, který by vydávala odborná společnost nebo klinika dané nemocnice či farmaceutická firma – navrhuji, aby se všeobecné sestry, vysokoškolsky vzdělané samy více zajímaly na svém pracovišti o vytváření a vydávání informačních letáků nejen o fibrilaci síní;
- častěji sledovat a hodnotit kvalitu života pomocí uznávaných dotazníků nejen u KVO. Často to jsou důležité informace pro pacienty ze subjektivního hlediska a z hlediska zvládání života s nemocí (např. emocionální prožívání nemoci, míra sociální podpory, partnerské vztahy).

LITERATURA A PRAMENY

- BULKOVÁ, V., FIALA, M., CHOVANČÍK, J., WICHTERLE, D., ČIHÁK, R., BRANNY, M., KAUTZNER, J. Konvenční léčba fibrilace síní řízená ambulantními kardiology v ČR. In *Vnitř Lék*, 2008. Ročník 54, č.1, s. 36–43.
- BULKOVÁ, V., FIALA, M., CHOVANČÍK, J., WICHTERLE, D., ČIHÁK, R., BRANNY, M., LINHART, A., GLADKIJ, I., KAUTZNER, J. Analýza nákladů na léčbu u pacientů s fibrilací síní v České republice. In *Cor et Vasa*, Suppl., 2008. Ročník 50, č.1, s. 23–27.
- BUREŠ, J., HORÁČEK, J. *Základy vnitřního lékařství*. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. s. 188–189. ISBN 80–7262–208–0
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100*, Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 92 s. ISBN 80–85121–82–4
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80–8063–229–4
- HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Zdravotnické noviny*, Příloha lékařské listy, 2003. Ročník 52, č.5, s. 27–29.
- IVANOVÁ, K., JUŘÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*, 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 98 s. ISBN 978–80–244–1832–2
- JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J. a PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství učební text pro střední zdravotnické školy Vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. 1. část. 2.vyd. Uherské Hradiště – vlastním nákladem, 1999. s. 36–37.
- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978–80–247–1830–9
- KAUTZNER, J. *Fibrilace síní*. [online] Institut klinické a experimentální medicíny, klinika kardiologie [Cit.2010-04-01]. Dostupný z: <http://www.ikem-kardiologie.cz/pro-pacienty/co-uz-nas-lecime/fibrilace-sini.html>
- KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978–80–7262–604–5
- KRUPKOVÁ, V. *Kvalita života dlouhodobě nemocných*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2008. 75 s. Depon. In: Archiv Masarykovy Univerzity v Brně.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4
- KUDLOVÁ, P. Formální úprava a obsahová stránka závěrečné práce. In KUDLOVÁ, P. *Závěrečné práce*. Olomouc: LF UP, LMS Unifor, 2004—8. [online]. [Cit. 2010-01-20]. Dostupný z: <http://unifor.upol.cz/>
- KUDLOVÁ, P. Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury či etnika. In ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. + 4 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1213-X
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 122 s. ISBN 978-80-244-1877-3
- LANE, DA., LIP, GY. Quality of life in older people with atrial fibrillation In *Journal of interventional cardiac electrophysiology*, 2009. Vol. 25, no.1, p. 37–42, [online]. [Cit. 2010-03-10]. Dostupný z: MEDLINE č. 19034639, www.pubmed.com
- LUKL, J. a spolupracovníci *Fibrilace síní*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-2768-4
- LUKL, J., Farmakologická léčba fibrilace síní In *Remedia* 2004. Ročník 2004, č.2, s. 1–9. [online]. [Cit. 2010-03-10]. Dostupný z: <http://www.remmedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-20004/2-2004/Farmakologicka-lecba-fibrilace-sini>.
- LUKL, J., HEINC, P. *Moderní léčba arytmií*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 212 s. ISBN 80-7169-998-5
- MARYNIAK, A., WALCZAK, F., BODALSKI, R., SZUMOWSKI, L., DEREJKO, P., URBANEK, P., ORCZYKOWSKI, M., SZUFLADOWICZ, F. Atrial fibrillation onset circumstances and their relation to patients' quality of life In *Kardiologia Polska*, 2006. Vol. 64, no.10, p. 1102–1108, discussion 1109 [online]. [Cit. 2010-03-10]. Dostupný z: MEDLINE č. 17089242, www.pubmed.com
- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- PRYMUSOVÁ, K., VLAŠÍNOVÁ, J., ŠPINAR, J. Desynchronizační terapie chronického srdečního selhání-jednorocní mortalita a kvalita života při sinusovém rytmu a fibrilaci síní In *Cor et Vasa*, Suppl., 2007. Ročník 49, č.4, s. 95.

REYNOLDS, MR., LAVELLE, T., ESSEBAG, V., COHEN, DJ., ZIMETBAUM, P. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: the Fibrillation Registry Assessing Costs, Therapies, Adverse events and Lifestyle (FRACTRAL) study In *American Heart Journal*, 2006. Vol. 152, no.6, p. 1097–1103, [online]. [Cit. 2010-03-10]. Dostupný z: MEDLINE č. 17161061, www.pubmed.com

SAIBERTOVÁ, S. *Kvalita a úroveň edukace pacientů při léčbě Warfarinem*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2008. 74 s. Depon. In: Archiv Masarykovy Univerzity v Brně.

SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby In *Vojenské zdravotnické listy*, 2004. Ročník 73, č.1, s. 7–9.

SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 156 s. ISBN 80–247–1009–9

ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 256 s. ISBN 978–80–247–1822–4

THRALL, G., LIP, GY., CARROLL, D., LANE, D. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation In *Chest*, 2007. Vol. 132, no.4, p. 1152–1164, discussion . [online] . [Cit. 2010-03-10]. Dostupný z: MEDLINE č. 17646231, www.pubmed.com

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDV ZP, 2001. 186 s. ISBN 80–7013–324–8

VOKURKA, M., HUGO, J. et al. *Velký lékařský slovník*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 926 s. ISBN 80–85912–77–5

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978–80–247–2068–5

ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80–8063–131–X

SEZNAM ZKRATEK

FS	Fibrilace síní
CNS	Centrální nervový systém
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
WHO	Světová zdravotnická organizace
CMP	Centrální mozková příhoda
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
ICHS	Ischemická choroba srdeční
SS	Srdeční slabost
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
ČR	Česká republika
AV uzel	Atrioventrikulární uzel
např.	například
min.	minuta
hod.	hodina
atd.	a tak dále
tj.	to je
TK	Krevní tlak
P	Puls
D	Dech
AA	Antiarytmika
SR	Sinusový rytmus
FF	fyziologické funkce
IKK	Interní kardiologická klinika
FN Brno	Fakultní nemocnice Brno
s.	strana
č.	číslo
Srov.	Srovnání
Dom	doména
tzv.	tak zvaně
vyd.	vydání
tab.	tabulka

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů.....	25
Tabulka 2 – Věk respondentů	26
Tabulka 3 – Vzdělání respondentů	27
Tabulka 4 – Rodinný stav respondentů.....	28
Tabulka 5 – Zaměstnání respondentů	29
Tabulka 6 – Doba léčby s FS	30
Tabulka 7 – Poskytnuté informace o FS	31
Tabulka 8 – Zdravotnické zdroje informací o FS	32
Tabulka 9 – Zdroje informací o FS.....	33
Tabulka 10 – Pravidelné kardiologické kontroly.....	34
Tabulka 11 – Dodržování léčebného režimu	35
Tabulka 12 – Psychosociální opora nemocných s FS.....	36
Tabulka 13 – Hodnocení kvality života.....	37
Tabulka 14 – Spokojenost se svým zdravím	38
Tabulka 15 – Omezení činnosti bolestí.....	39
Tabulka 16 – Potřeba lékařské péče	40
Tabulka 17 – Radost ze života.....	41
Tabulka 18 – Smysl života.....	42
Tabulka 19 – Soustředěnost.....	43
Tabulka 20 – Bezpečnost v každodenním životě.....	44
Tabulka 21 – Zdravé prostředí.....	45
Tabulka 22 – Energie v každodenním životě.....	46
Tabulka 23 – Akceptace svého vzhledu	47
Tabulka 24 – Dostatek peněz k uspokojení potřeb	48
Tabulka 25 – Přístup k informacím	49
Tabulka 26 – Možnost věnovat se svým zálibám	50
Tabulka 27 – Schopnost pohybu.....	51
Tabulka 28 – Spokojenost se spánkem	52
Tabulka 29 – Spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti	53
Tabulka 30 – Spokojenost s pracovním výkonem	54
Tabulka 31 – Spokojenost sama se sebou.....	55
Tabulka 32 – Spokojenost s osobními vztahy	56
Tabulka 33 – Spokojenost se sexuálním životem.....	57
Tabulka 34 – Spokojenost s podporou přátel.....	58
Tabulka 35 – Spokojenost s podmínkami v místě života	59
Tabulka 36 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče	60
Tabulka 37 – Spokojenost respondentů s dopravou	61
Tabulka 38 – Prožívání negativních pocitů	62
Tabulka 39 – Vyhodnocení všech domén.....	63

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Pohlaví respondentů	25
Graf 2 – Věk respondentů	26
Graf 3 – Vzdělání respondentů	27
Graf 4 – Rodinný stav respondentů	28
Graf 5 – Zaměstnání respondentů	29
Graf 6 – Doba léčby s FS	30
Graf 7 – Poskytnuté informace o FS	31
Graf 8 – Zdravotnické zdroje informací o FS	32
Graf 9 – Zdroje informací o FS	33
Graf 10 – Pravidelné kardiologické kontroly	34
Graf 11 – Dodržování léčebného režimu	35
Graf 12 – Psychosociální opora nemocných s FS	36
Graf 13 – Hodnocení kvality života	37
Graf 14 – Spokojenost se svým zdravím	38
Graf 15 – Omezení činnosti bolestí	39
Graf 16 – Potřeba lékařské péče	40
Graf 17 – Radost ze života	41
Graf 18 – Smysl života	42
Graf 19 – Soustředěnost	43
Graf 20 – Bezpečnost v každodenním životě	44
Graf 21 – Zdravé prostředí	45
Graf 22 – Energie v každodenním životě	46
Graf 23 – Akceptace svého vzhledu	47
Graf 24 – Dostatek peněz k uspokojení potřeb	48
Graf 25 – Přístup k informacím	49
Graf 26 – Možnost věnovat se svým zálibám	50
Graf 27 – Schopnost pohybu	51
Graf 28 – Spokojenost se spánkem	52
Graf 29 – Spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti	53
Graf 30 – Spokojenost s pracovním výkonem	54
Graf 31 – Spokojenost sama se sebou	55
Graf 32 – Spokojenost s osobními vztahy	56
Graf 33 – Spokojenost se sexuálním životem	57
Graf 34 – Spokojenost s podporou přátel	58
Graf 35 – Spokojenost s podmínkami v místě života	59
Graf 36 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče	60
Graf 37 – Spokojenost respondentů s dopravou	61
Graf 38 – Prožívání negativních pocitů	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Populační normy domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení,

Intervaly populačních norem pro domény WHOQL-BREF

Příloha č. 3 – Žádost o povolení dotazníkového šetření

Příloha č. 4 – Informační leták o fibrilaci síní

Příloha č. 5 – Projekty, které se zabývají problematikou fibrilace síní

Příloha č. 1/1 – Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Andrea Vyškovská a pracuji jako všeobecná sestra na Interní kardiologické klinice FN Brno. Jsem také studentkou 4. ročníku kombinované formy dálkového studia oboru Ošetrovatelství na Fakultě zdravotních věd Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala téma – KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH S FIBRILACÍ SÍNÍ. Dovoluji si na Vás tímto obrátit s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož výsledky se stanou podkladem a součástí mé práce. Dotazník je anonymní a zcela dobrovolný.

1. část dotazníku (položky č. 1–12 jsou sestaveny mojí osobou) - prosím zakroužkujte nebo doplňte.
2. část dotazníku (standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace – WHOQOL-BREF) - prosím vyplňte dle instrukcí.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku.

Andrea Vyškovská

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2) Kolik je Vám let?

.....let

3) Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání ?

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské
- f) jiné – napište

4) Jaký je Váš rodinný stav ?

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná nebo s partnerem
- c) ovdovělý/á nebo bez partnera
- d) rozvedený/á nebo žijící odděleně

5) Jaký je Váš sociální stav ?

- a) jsem zaměstnán/a
- b) nezaměstnán/a
- c) podnikám-OSVČ
- d) jsem v invalidním důchodě - částečném
- e) jsem v invalidním důchodě - plném
- f) jsem ve starobním důchodě
- f) jiné – napište

Příloha č. 1/2 – pokračování

6) Jak dlouho se léčíte s fibrilací síní ?

.....roky/let

7) Jaký je Váš názor na kvalitu poskytnutých informací o diagnostice a léčbě Vašeho onemocnění (fibrilace síní) ?

Informace mi byly poskytnuty	Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
------------------------------------	------------------	-------------	--------------	------------	----------------

8) Kdo Vás nejvíce informoval o Vašem onemocnění (fibrilace síní) ?

- a) praktický lékař
- b) lékař, při hospitalizaci v nemocnici
- c) lékař, při ambulantních kontrolách
- d) všeobecná sestra
- e) pacienti se stejným onemocněním
- f) jiné – napište

9) Pokud máte zájem o další informace o Vašem onemocnění (fibrilace síní), kde je hledáte ? (Uved'te - zakroužkujte, prosím maximálně 3 možnosti)

- a) televize
- b) rozhlas
- c) internet
- d) knihovna
- e) noviny, časopisy
- f) zdravotní letáky a brožury
- g) jiný zdroj – napište
- h) nehledám

10) Chodíte na pravidelné kontroly ?

- a) ANO
- b) NE

11) Dodržujete léčebný režim spojený s Vaším onemocněním ?

Léčebný režim dodržuji	Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
------------------------------	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

12) Máte si s kým promluvit o svých potížích ?

- a) ANO, s rodinou
- b) ANO, s přáteli
- c) ANO, se zdravotníky
- d) ANO, s pacienty se stejným onemocněním
- e) NE, nemám si s kým promluvit

Příloha č. 1/3 – pokračování

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

Příloha č. 1/4 – pokračování

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

Příloha č. 1/5 – pokračování

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha č. 2 – Populační normy domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení;
Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF

Populační normy domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení

domény		průměr	STD
dom1	fyzické zdraví	15,55	2,55
dom2	duševní zdraví	14,78	2,43
dom3	sociální vztahy	14,98	2,89
dom4	životní podmínky	13,30	2,08
Q1	kvalita života	3,82	0,72
Q2	spokojenost se zdravím	3,68	0,85

Poznámka: Rozpětí škály u domén je 4–20, u jednotlivých otázek (Q1 a Q2) je 1–5; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (pouze u domén), STD = standardní odchylka.⁶³

Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF					
	rozšířený	interval normy			rozšířený
	mírně snížená kvalita	spodní hranice	průměr	horní hranice	mírně zvýšená kvalita
dom1	13,0	14,3	15,6	16,8	18,1
dom2	12,4	13,6	14,8	16	17,2
dom3	12,1	13,5	15	16,4	17,9
dom4	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4

Poznámka: Rozpětí škály u domén je 4–20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.⁶⁴

⁶³ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, s. 42.

⁶⁴ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, s. 42.

Příloha č. 3 – Žádost o povolení dotazníkového šetření

	FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO		
	Pracoviště medicíny dospělého věku JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO TEL.: 532 231 111 FAX: 543 211 185	Pracoviště reprodukční medicíny OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO TEL.: 532 238 111 FAX: 541 213 225	Pracoviště dětské medicíny ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO TEL.: 532 234 111 FAX: 532 234 438

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ**

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: VYŠKOVSKÁ ANDREA

Datum narození: 20.1.1978 Telefon: 737 968 233 Email: andrea.vyskovska@seznam.cz

Adresa (pro zaslání vyjádření): NOSÁLOVSKÁ 15, VYŠKOV 682 01

Škola/Fakulta: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI Obor studia: OŠETŘOVATELSTVÍ - KOMBINOVANÁ FORMA

Téma závěrečné práce: KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH S FIBRILACÍ SÍŇÍ

Požadavek (přesná specifikace): MOŽNOST ROZDAT DOTAZNÍKY PACIENTŮM S FIBRILACÍ SÍŇÍ

Způsob provedení sběru dat: DOTAZNÍKY

Termín sběru dat: od PROSINCE 2009 do ÚNORA 2010

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: INTERNÍ KARDIOLOGICKÁ KLINIKA

Presentace dat: DATA BUDOU POUŽITA V ME' BAKALÁŘSKÉ PRÁCI PRESENTAČNÍ A PUBLIKAČNÍ ČINNOST

Poučení:
 Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.
 Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.
 Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 10.12.2009 Podpis: [Podpis]

Vyplňuje Fakultní nemocnice Brno

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ☒ ANO ☐ NE

Úhrada: ☐ ANO ☒ NE

Datum: 10/12 2009

Fakultní nemocnice Brno
 Jihlavská 20, 625 00 Brno
 Podpis a razítko

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - oddělení vzdělávání a péče o zaměstnance:

Zaevidováno na OVPZ dne: 11/12 09 pod číslem:

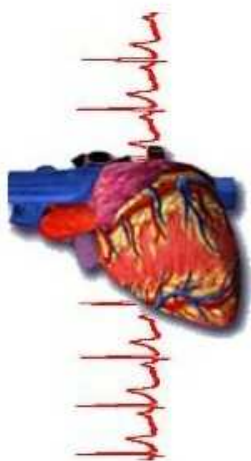
Částka k úhradě:

Zaplacené dne:
 Fakultní nemocnice Brno
 Jihlavská 20, 625 00 Brno
 Podpis odpovědného zaměstnance OVPZ

Fakultní nemocnice Brno Jihlavská 20 625 00 Brno	Tel.: 532 231 111 Fax: 543 211 185 e-mail: fnbrno@fnbrno.cz	IČO: 652 697 05 DIČ: CZ 652 697 05 Bankovní spojení: 71234-621/0100
--	---	---

Příloha č. 4/1 – Informační leták o fibrilaci síní

INFORMACE O FIBRILACI SÍNÍ



Co je fibrilace síní? Fibrilace síní (zkratka FS) je relativně častá srdeční arytmie. Výskyt FS u dospělé populace se uvádí v rozsahu mezi 1–6 %. Častěji se vyskytuje u mužů, než u žen. Jejím podkladem je kroužení elektrických vzruchů v obou srdečních síních po měnicích se okruzích. To má za následek ztrátu koordinovaného stahování síní, ztrátu jejich čerpací schopnosti s městnáním krve a obvykle i rychlý převod vzruchů na srdeční komory, což má za následek rychlou a nepravidelnou srdeční akci.

Proč je fibrilace síní významná? FS patří mezi nejčastější arytmie, bezprostředně je na životě neohrožuje, ale významně zhoršuje kvalitu života nemocných. Bývá spojena s celou řadou komplikací – mezi nejdůležitější patří zvýšený výskyt mozkových příhod nebo srdečního selhání.

Proč tyto komplikace vznikají? Je to důsledek porušené funkce srdce při arytmií. Při ztrátě čerpací schopnosti síní dochází ke zpomalenému toku krve, následkem toho

snadněji vznikají krevní sraženiny v síních. Nejčastěji k tomu dochází ve výběžku síně (říká se mu ouško). Odtud se pak následně může sraženina uvolnit do krevního oběhu a po přechodu do některé z mozkových tepen může způsobit mozkovou příhodu. Jindy může dojít k embolizaci do jiné z periferních tepen (např. k uzavěru tepny pro některou z končetin atd.). Při nepravidelné, rychlé srdeční akci se narušuje čerpací funkce celého srdce, což u některých nemocných může vést ke vzniku srdečního selhání.

Znamená výskyt fibrilace síní, že je srdce vážně nemocné? V žádném případě. FS se může vyskytnout i u úplně zdravých jedinců. To je asi ve 20 % případů. U některých nemocných může být FS dokonce dědičným onemocněním. Jindy se pacienti léčí například s vysokým krevním tlakem. Chlopenní vady postihující dvoucípou chlopu (např. mitrální stenóza nebo regurgitace) patří mezi nejvýznamnější rizikové faktory pro vznik FS.

Jak se fibrilace síní projeví? U každého pacienta je projev FS individuální. FS nemocní nejčastěji vnímají jako palpitace (pocit rychlého a nepravidelného bušení srdce), nepravidelný tep. Jiní nemocní nevnímají bušení srdce, ale pocítují nízkou výkonnost při tělesné zátěži (nevýkonnost, zadýchávání se, pocení atd.). Ve výjimečných případech může být FS bez projevů a může být náhodně diagnostikovaná na EKG nebo při některé z komplikací jako je mozková příhoda.

Jak se fibrilace síní diagnostikuje? K mezi nejdůležitější vyšetření patří EKG, které dovoli

stanovit diagnózu. Zkušený lékař může poznat FS podle pohmatu pulzu a měření krevního tlaku. U nemocných se záchvatovitou formou arytmie používáme různé formy tzv. ambulantního monitorování EKG. Pacient přitom nosí monitor EKG po dobu jednoho dne až týdne. Dále jsou k dispozici malé monitory, které si nemocný přiloží na hrudník pouze při potížích. Nejnovějším způsobem monitorování je tzv. implantabilní záznamník, který se zasíje za malého 2cm řezu pod kůži na hrudníku a dovoluje monitorování srdečního rytmu až po dobu 3 let.

Jaké může mít fibrilace síní klinické formy? FS se vyskytuje v různých formách. Na začátku onemocnění, je nejčastější tzv. forma **záchvatovitá** - arytmie náhle vznikne a po různé dlouhé době (minuty až hodiny) spontánně končí sama. U některých pacientů sama nikdy neskončí a musí být přerušena tzv. **kardioverzí** (výkon, který se používá k přerušení srdečních arytmií). Tehdy hovoříme o **perzistující** formě. Ta se někdy vyskytne u pacientů s původní záchvatovitou formou v delším trvání. Čím více epizod arytmie vznikne, tím ve svalovině síní přibývá změn – ty usnadňují udržení arytmie. Dochází ke změnám na úrovni funkce jednotlivých buněk, pak vznikají drobné jizvy ve svalovině a tím se vytvářejí podmínky pro přetrvávání arytmie. Proto u řady pacientů přijde stádium, kdy už arytmií nejde zrušit ani **kardioverzí** a arytmie přetrvává ve své **chronické** formě trvale.

Co to je kardioverze? Je to přerušení fibrilace síní (nebo jiné arytmie) pomocí léků nebo elektrického výboje. Při tzv. **medikamentózní kardioverzi** se podávají léky do žíly,

Příloha č. 4/2 – pokračování

Jaké jiné metody léčby to jsou? Je to především tzv. katetrizační ablace. Při této metodě se zavedou do srdce vpichem do cév v třísle a na krku ohebné nástroje, kterým říkáme katetry. Ty mohou snímat elektrické signály, stimulovat srdce. Pomocí ablačního katetru lze aplikovat do srdce vysokofrekvenční proud, který zahřívá tkáň, dokud nedojde k jejímu zničení. U FS je katetrizační odstranění velmi složité. Základem katetrizační ablace je obkroužení ústí plicních žil pomocí série drobných spálenin. Tak dojde k odizolování spouštěcích ložisek a arytmie nemůže vzniknout. Toto funguje u zachvatovitě FS. U perzistující formy FS je obvykle nutné doplnit ještě určité linie spálenin v levé nebo pravé síni. Pravděpodobnost recidiv arytmie je po úspěšném prvním výkonu 30–40 %. Proto se musí u těchto pacientů výkon opakovat. Existuje celá řada technických možností katetrizační ablace. O možném vzniku komplikací po ablací Vás poučí lékař.

Jak dlouho taková katetrizační ablace fibrilace síni trvá? Výkon trvá minimálně 3 hodiny, obvykle okolo 5 až 6 hodin. U dlouhotrvající arytmie může výkon trvat i 8 hodin. Výkony jsou hrazeny v rámci paušálních plateb pojištěnec jednotlivým nemocnicím, kde se tyto výkony provádějí.

Jsou i jiné metody katetrizační ablace? U některých pacientů, zejména pokud mají řadu jiných chorob (např. závažné srdeční selhání s výrazně zvětšenou levou síní) je možné provést jednoduché katetrizační přerušení vedení mezi síními a komorami. Poté je naimplantován kardiostimulátor, který ovládá činnost srdce. U pacientů se srdečním selháním se dnes

monitoruje se EKG a sleduje se, zda dojde k změně rytmu. Pokud je tento postup neúspěšný nebo pokud arytmie trvala delší dobu, provádí se elektrická kardioverze. Ta je prováděna i v případech, kdy pacient arytmií velmi špatně snáší a arytmie je provázána závažnými příznaky (např. srdeční selhání nebo šokový stav). Před elektrickou kardioverzí je nutné pacienta na pár minut uspat, čili navodit tzv. celkovou anestezii. To se provádí podáním anestetika do žíly a nemocný tak nevnímá bolestivý záskub svalů při elektrickém výboji.

Jak se fibrilace síni může léčit? Léčba FS je individuální a poměrně složitá. Spočívá v řadě postupů, které by měly být voleny podle formy FS a podle aktuálního stavu nemocného (věk, přítomnost dalších chorob, příznaky arytmie atd.). Zásadní rozhodnutí je, zda se máme snažit arytmií odstranit pomocí léků nebo jiných metod, nebo zda je možno ji ponechat a kontrolovat léky pouze rychlost s jakou se převádí na srdeční komory. Vzhledem k riziku vzniku krevní sraženiny je dále vždy nutno podle jednoznačných kritérií zajistit preventivní podávání léků proti sražení krve (buď aspirin nebo warfarin).

Jaké léky se k léčbě fibrilace síni používají? Tyto léky se nazývají antiarytmika, existuje jich celá řada. V současnosti se považují za nejúčinnější propafenon, sotalol a amiodaron (mohou potlačit arytmií až v 50–60 % případů). Účinnost léků se časem snižuje, mohou mít nežádoucí účinky. Podávání léků je prvním krokem. Pokud selže podávání alespoň jednoho nebo dvou léků, je možné přemýšlet o jiných metodách léčby.

stimulují obě komory (po zavedení 2 elektrod do pravé i levé komory). Tímto způsobem se sice neodstraní FS, ale zabrání se jejímu rychlému převodu na komory a kardiostimulátor reguluje pouze komorovou frekvenci. Studie prokázaly, že to vede k odstranění příznaků FS a k zlepšení kvality života nemocných.

Existuje i chirurgická ablace? Chirurgická ablace se provádí buď při operaci z jiného důvodu (např. při náhradě chlopně) a k tomu se doplní na otevřeném srdci izolace plicních žil a další ablační linie. Provádí se to pomocí radiofrekvenčního proudu nebo pomocí mrazení. Existují ale i metody, kdy se dá provést ablaci FS na běžícím srdci jako samostatný výkon – ten se např. dělá za videothorakoskopické kontroly (do hrudníku se zavedou 3 trubice o průměru okolo 1 cm a pomocí speciální optiky, která dovolí zobrazení tkáně se zavede okolo plicních žil speciální katetr). Tím se poté provede ablaci pomocí radiofrekvenčního proudu. Zkušenosti s touto formou ablaci je však málo a vyžaduje celkovou anestezii. To je hlavní rozdíl od katetrizační ablaci, která se provádí většinou pouze v místním znecitlivění, pouze z vpichů do třísel.

Zdroj: KAUTZNER, J. Fibrilace síni [online]. Institut klinické experimentální medicíny, klinika kardiologie [Cit. 2010-04-01]. Dostupný z: <http://www.klem-kardiologie.cz/bp-pacienty/co-u-nas-lecime/fibrilace-sini.html> LUKL, J. a spolupracovníci. Fibrilace síni. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-2788-4. www.obezsky.cz Odborný konzultant: MUDr. Ondřej Toman, Ph.D., Mgr. Bc. Pavla Kudyšová, Ph.D. Výpracovala: Andrea Vyšňovská, 4. ročník, FZV - UP v Olomouci, obor Ošetřovatelství, kombinované studium

Příloha č. 5/1 – Projekty, které se zabývají problematikou FS

RANDOMIZOVANÉ STUDIE

Studie PIAF

Studie PIAF s 252 nemocnými se symptomatickou FS měla jako primární cíl symptomy spojené s FS (palpitace a dušnost). Jako druhotný cíl zkoumala rozdíl v průměrné frekvenci při SR a FS, počet přijetí k hospitalizaci, změny v kvalitě života, zátěžovou toleranci a vedlejší účinky léků. Pacientům s kontrolou srdeční frekvence byl podáván diltiazem v kombinaci s digoxinem nebo betablokátory. Pacienti s kontrolou rytmu byli léčeni amiodaronem a eventuální elektrickou kardioverzí.

Studie STAF

Relativně malá studie STAF, ve které bylo zařazeno 200 pacientů na kontrolu srdeční frekvence betablokátory, digoxinem, blokátory kalciových kanálů nebo ablací AV uzlu a nemocní s kontrolou srdečního rytmu elektrickou kardioverzí, AA I. třídy nebo sotalolem u nemocných bez ICHS nebo amiodaronem u pacientů s ICHS nebo dysfunkcí levé komory. Prvním zkoumaným cílem bylo úmrtí, mozková mrtvice nebo TIA, systémová embolizace nebo kardiopulmonální resuscitace. Druhotným cílovým momentem bylo krvácení, synkopa, hodnocení kvality života, klidová srdeční frekvence a udržení SR na konci sledování.⁶⁵

Studie RACE

Studie RACE randomizovala 522 pacientů s perzistující FS na kontrolu srdeční frekvence Digoxinem, antagonisty kalcia nebo betablokátory a na kontrolu rytmu sotalolem nebo amiodaronem po elektrické kardioverzi. Sdruženým prvotním cílem byla kardiovaskulární mortalita, tromboembolické komplikace, hospitalizace pro SS, implantace kardiostimulátoru, závažné krvácení nebo závažné vedlejší účinky léků. Všichni nemocní brali antikoagulancia.

⁶⁵ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 89–90.

Příloha č. 5/2 – pokračování

Studie HOT-CAFE

Zde bylo zařazeno 205 nemocných s perzistující FS na kontrolu srdeční frekvence digoxinem, betablokátory, antagonisty kalcia nebo jejich kombinací, popřípadě ablací AV uzlu a na kontrolu srdečního rytmu elektrickou kardioverzí a AA I. nebo II. třídy. Sdruženým primárním cílem bylo úmrtí, tromboembolie nebo výrazné krvácení. Mezi druhotné cíle patřily srdeční frekvence, udržení SR a vysazení antiarytmik.

Studie AFFIRM

Tato nejrozsáhlejší studie randomizovala 4060 nemocných s paroxysmální, perzistující FS a s rizikovými faktory pro CMP nebo úmrtí. Na kontrolu srdeční frekvence (digoxin, betablokátory, antagonisté kalcia nebo jejich kombinace) a na kontrolu srdečního rytmu (elektrická kardioverze + AA I. nebo III. třídy). Prvotním cílem zkoumání bylo úmrtí jakéhokoliv původu. Sdruženým druhotným cílem bylo úmrtí, CMP, větší krvácení a srdeční zástava.

Studie PAF 2

V této studii bylo zařazeno 137 pacientů s vysoce symptomatickou FS po ablaci AV uzlu a implantací kardiostimulátoru, 68 nemocných u nichž se snažili udržet SR propafenonem, flekainidem, sotalolem nebo amiodaronem a 69 pacientů bez antiarytmické léčby. Nemocní bez antiarytmik měli vyšší výskyt chronické FS. Pacienti s antiarytmickou terapií měli zase častější výskyt SS a byli častěji hospitalizováni. V mortalitě, kvalitě života, tromboembolických příhodách se obě sledované skupiny nelišily.

Studie AF - CHF

Ve studii AF - CHF bylo randomizováno 1376 pacientů s NYHA klasifikací II -IV, ejekční frakcí nižší než 35 % a FS na kontrolu srdečního rytmu nebo frekvence spolu s optimální základní farmakoterapií SS. Nemocným s kontrolou srdeční frekvence byly podávány betablokátory a Digoxin, popřípadě byla provedena ablace AV uzlu s následnou implantací kardiostimulátoru. Pacienti s kontrolou srdečního rytmu byli léčeni antiarytmiky (hlavně amiodaronem) spolu s elektrickou kardioverzí.

Příloha č. 5/3 – pokračování

Všichni nemocní brali antikoagulantia a byli sledováni minimálně po dobu 2 let. Primárním cílem výzkumu bylo porovnání kardiovaskulární mortality u obou strategií léčby. ⁶⁶

Závěry plynoucí z výše uvedených studií :

- prognóza vzhledem k hlavním primárním cílovým momentům je u obou léčebných strategií srovnatelná
- u nemocných s kontrolou rytmu byl zaznamenán trend k vyšší mortalitě (AFFIRM), také byli signifikantně častěji hospitalizováni (PIAF, STAF, HOT-CAFE, AFIRM, PAF 2), u těchto nemocných byla taky častější implantace kardiostimulátoru (RACE), měli také tendence k vyššímu výskytu tromboembolických stavů po ukončení antikoagulační léčby (RACE, AFFIRM). Tito nemocní měli také výrazně častější výskyt vedlejších účinků léčby (PIAF)
- u nemocných s kontrolou srdečního rytmu ve dvou studiích (PIAF, HOT-CAFE) byla dokázána signifikantně vyšší tolerance zátěže
- kvalita života u obou strategií léčby se neliší
- kardiovaskulární mortalita se u obou strategií léčby neliší ani u pacientů se SS. ⁶⁷

⁶⁶ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 90–92.

⁶⁷ Srov. LUKL, J. a spolupracovníci, *Fibrilace síní*, s. 92.