

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Ošetrovatelství

INFORMOVANOST PACIENTŮ S FIBRILACÍ SÍNÍ
O PREVENCI KOMPLIKACÍ

Bakalářská práce

Autor práce: Jolana Kotrčová

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kosaková

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Jolana Kotrčová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Informovanost pacientů s fibrilací síní o prevenci komplikací
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Kosaková
Cíl práce:	Zjistit míru informovanosti pacientů s fibrilací síní o jejich znalostech prevence komplikací.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou informovaností pacientů s fibrilací síní o prevenci komplikací, vzhledem k tomu, že je fibrilace síní nejčastější srdeční arytmií by bylo dobré zjistit míru informovanosti pacientů. Současný stav problematiky popisuje onemocnění fibrilace síní, klasifikaci fibrilace síní, rizikové faktory, léčbu, komplikace spojené s tímto onemocněním. Je zde probírána i antikoagulační léčba, která je klíčová v prevenci komplikací. Dále jsou zde kapitoly o doporučených vyšetřeních při zjištění fibrilace síní, edukace pacienta při propuštění z nemocničního zařízení, prevence a informovanost pacientů. Cílem práce je zjistit míru informovanosti pacientů s fibrilací síní o jejich znalostech prevence komplikací. Zvolená výzkumná metoda je kvantitativní výzkumné šetření. Sběr dat proběhl pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky byly respondentům distribuovány na Kardiologickém oddělení Nemocnice Jihlava. Výsledky budou znázorněny formou sloupcových grafů.

Klíčová slova

Edukace; edukační materiály; fibrilace síní; informovanost; komplikace; pacient; prevence

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of awareness of patients with atrial fibrillation about the prevention of complications, given that atrial fibrillation is the most common cardiac arrhythmia it would be good to find out the level of awareness of patients. The current situation of the issue describes the disease of atrial fibrillation, classification of atrial fibrillation, risk factors, treatment, complications associated with this disease. Anticoagulation therapy, which is crucial in preventing complications, is also discussed. There are also chapters on recommended investigations when atrial fibrillation is detected, patient education on discharge from hospital, prevention and patient awareness. The aim of this study is to determine the level of awareness of patients with atrial fibrillation about their knowledge of prevention of complications. The research method chosen is a quantitative survey research. The data collection was done by questionnaire survey. The questionnaires were distributed to the respondents at the Cardiology Department of Jihlava Hospital. The results will be presented in the form of bar graphs.

Keywords

Atrial fibrillation; awareness; complications; education; education materials; patient; prevention

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 29. dubna 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Kosakové za odborné rady, vstřícnost, ochotu a čas, který mi věnovala při tvoření této práce. Dále děkuji sestrám z oddělení kardiologie za pomoc při rozdávání dotazníku a všem respondentům za jejich spolupráci. Závěrem chci říci díky mé rodině, která je mou inspirací, podporou a motivací během studia i osobního života.

Obsah

Seznam grafů	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
Motivace	10
Cíl práce	10
1 Současný stav problematiky	11
1.1.1 Příčiny fibrilace síní	11
1.1.2 Prevalence a incidence	11
1.1.3 Prognóza	12
1.1.4 Morbidita a mortalita	12
1.2 Klasifikace fibrilace síní	12
1.3 Rizikové faktory	12
1.3.1 Rizika fibrilace síní	13
1.3.2 Symptomy u fibrilace síní	13
1.3.3 Důsledky fibrilace síní	14
1.4 Léčba fibrilace síní	14
1.4.1 Udržení sinusového rytmu u fibrilace síní	15
1.4.2 Kardioverze	15
1.5 Nefarmakologická léčba fibrilace síní	15
1.5.1 Katétrová ablace	16
1.5.2 Implantace kardiostimulátoru	16
1.5.3 Chirurgická léčba fibrilace síní	17
1.5.4 Elektrická kardioverze	17
1.6 Komplikace spojené s fibrilací síní	17
1.7 Antikoagulační léčba.....	18
1.7.1 Nová orální antikoagulancia	19
1.8 Doporučená vyšetření při zjištění fibrilace síní	19
1.9 Edukace pacienta při propuštění z nemocničního zařízení	20
1.10 Prevence	20
1.11 Informovanost pacientů	21
2 Výzkumná část.....	22
2.1 Metodika výzkumu	22
2.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	22
2.3 Průběh výzkumu	22
2.4 Zpracování dat	23
2.5 Výsledky výzkumu.....	23

3	Diskuze	32
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi	36
	Závěr	37
	Seznam použité literatury.....	39
	Seznam příloh	42

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentů	23
Graf 2: Pohlaví respondentů	24
Graf 3: Znalost pacientů o komplikacích spojených s fibrilací síní	24
Graf 4: Zastoupení respondentů užívající léky na ředění krve	25
Graf 5: Definice zdravého životního stylu podle respondentů	25
Graf 6: Hodnocení pacientů komunikace s lékařem.....	26
Graf 7: Nejčastější zdroje pacientů pro získávání informací.....	26
Graf 8: Dostatečná informovanost pacientů ohledně léčby.....	27
Graf 9: Edukace kardiologa o prevenci komplikací.....	27
Graf 10: Dostupnost informačních materiálů	28
Graf 11: Preferované způsoby sdělení informací	28
Graf 12: Počet respondentů v péči kardiologa	29
Graf 13: Dochází pacienti pravidelně na kontroly?	29
Graf 14: Užívání medikace pacientů dle doporučení.....	30
Graf 15: Změna životního stylu pacientů.....	30
Graf 16: Snaha pacientů o zlepšení zdravého životního stylu	31
Graf 17: Kouřící pacienti	31

Seznam zkratek

AV	Atrioventrikulární
BB	Betablokátor
CAA	blokátor vápníkových kanálů
CMP	Cévní mozková příhoda
DM	Diabetes mellitus
EF	Ejekční frakce
EKG	Elektrokardiografie
EKV	Elektrická kardioverze
FS	Fibrilace síní
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
ICD	Implantabilní kardioverter-defibrilátor
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IM	Infarkt myokardu
JIP	Jednotka intenzivní péče
LK	Levá síň
LS	Levá komora
NLZP	nelékařský zdravotnický personál
PM	Pacemaker, kardiostimulátor
SS	Srdeční selhání

Úvod

Tématem bakalářské práce je informovanost pacientů s fibrilací síní o prevenci komplikací. Vybrané téma je mi blízké, jelikož pracuji na oddělení kardiologie v Nemocnici Jihlava, kde jsou často hospitalizováni pacienti s tímto onemocněním. Fibrilace síní je pacientům diagnostikována velmi často, proto je pro mě zajímavé šetřením zjistit míru informovanosti pacientů o znalostech jejich diagnózy a prevenci komplikací.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část je zaměřena na současný stav problematiky, kde je vysvětleno onemocnění fibrilace síní jako nejčastější srdeční arytmie. Dále je popsána klasifikace fibrilace síní, rizikové faktory, léčba farmakologická a nefarmakologická. Jsou popsány komplikace spojené s fibrilací síní, doporučená vyšetření při zjištění onemocnění fibrilace síní. Je zde dále popsána edukace pacienta při propuštění z nemocničního prostředí, důraz na prevenci a posledním bodem je definice informovanosti pacientů. Druhá část práce se věnuje výzkumu, který probíhal na kardiologickém oddělení Nemocnice Jihlava, formou dotazníků, které byly rozdávány pacientům na tomto oddělení.

Motivace

Výběr tématu v oboru kardiologie pro mě bylo jasnou volbou, jelikož jak jsem již zmiňovala výše pracuji na tomto oddělení přes dva roky. Pacienti s fibrilací síní se u nás na oddělení velmi často vyskytují a jsou zde hospitalizováni i v důsledku vzniklých komplikací, které právě mohly vzniknout nedostatečnou informovaností. Zvolila jsem si proto toto téma, jelikož výsledky mohou přispět ke zlepšení informovanosti pacientů, a tím předejít možnému vzniku komplikací i opakované hospitalizaci.

Cíl práce

Hlavním cílem této práce bylo zjistit míru informovanosti pacientů s fibrilací síní o jejich znalostech prevence komplikací. Pro splnění tohoto cíle byly stanovené tři výzkumné otázky, které jsou podrobně rozebrány ve výzkumné části práce.

1 Současný stav problematiky

Fibrilace síní (FS) je porucha srdečního rytmu, která se vyznačuje rychlým a nepravidelným bušením síní. Síně, horní komory srdce, se pak stahují nekoordinovaně a neefektivně, čímž se snižuje jejich pumpovací funkce. Fibrilace síní patří k nejběžnější arytmii srdce. Její výskyt v populaci se zvyšuje vzhledem k prodlužování životního věku, zejména u pacientů trpících srdečními onemocněními. Onemocnění vyžaduje důkladné porozumění jejím různým příčinám a klinickým projevům. Je zásadní si uvědomit, že vhodná léčba musí být každému pacientovi individuálně přizpůsobená v závislosti na příčině, přidruženém riziku a symptomech. Výskyt fibrilace síní je pozorován mnohem častěji u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, srdečním selháním a arteriální hypertenzí. Přítomnost tohoto onemocnění zvyšuje morbiditu a mortalitu pacientů, zejména v důsledku tromboembolických komplikací. U hospitalizací spojených s poruchou srdečního rytmu je z 1/3 zodpovědná fibrilace síní. Pacient trpící fibrilací síní může i sám na sobě poznat nepravidelnost rytmu nebo může zkusit nahmatat na tepně u ruky svůj tep. Pro ujištění jedinec může navštívit svého praktického lékaře, který zajistí vyšetření EKG či 24hodinovou monitoraci (Fiala, Haman, Čihák 2021; Bennett, 2014; Šmíd, Rokyta, 2017; Miloš Táborský a kol., 2013; FLORENCE, 2015).

1.1.1 Příčiny fibrilace síní

O epidemii fibrilace síní se mluví ve vyspělých zemích, kde se velmi často vyskytují onemocnění jako hypertenze, ICHS, srdeční selhání a renální selhání. FS zvyšuje pravděpodobnost rozvoje dalších onemocnění, včetně srdečního selhání a cévních mozkových příhod. Příčiny u FS jsou často idiopatické. Jinak příčiny můžeme dělit jako kardiální, kam patří akutní a starý infarkt myokardu (IM), hypertenze, myokarditida a perikarditida, dilatační a hypertrofická kardiomyopatie, chlopenní vady, defekt septa síní, srdeční a hrudní chirurgie, konstruktivní perikarditida, sick sinus syndrom, AV junkční reentry tachykardie a Wolffův-Parkinsonův-Whiteův syndrom. Dále jsou pak nekardiální příčiny, ke kterým se řadí hypertyreóza, CHOPN, tumor plic, plicní embolie, hrudní infekce, abúzus alkoholu, obezita, vrcholový sportovní trénink a genetický výskyt, který je spíše vzácný (Vítkovec, Špinar, Špinarová, Ludka a kolektiv, 2018; Bennett, 2014).

1.1.2 Prevalence a incidence

V roce 2010 se celosvětově odhadovalo, že fibrilací síní trpí 20,9 milionu mužů a 12,6 milionu žen. Výskyt i prevalence této arytmie je vyšší v rozvinutých zemích. Očekává se, že do roku 2030 vzroste počet pacientů s FS v Evropské unii na 14–17 milionů a každoročně bude nově diagnostikována u 120 000–215 000 pacientů. Přibližně 3 % dospělých nad 20 let věku trpí FS. Prevalence je vyšší u starších osob a pacientů s onemocněními jako hypertenze, srdeční selhání, ischemická choroba srdeční (ICHS), chlopenní vady, obezita, diabetes mellitus nebo chronické onemocnění ledvin. Nárůst prevalence FS lze vysvětlit lepší detekcí asymptomatické formy, stárnutím populace a zvyšujícím se výskytem stavů, které k FS predisponují (Čihák, Haman, Táborský, 2016).

1.1.3 Prognóza

Prognóza je závislá na individuálních faktorech, nejobávanější komplikace je tvorba trombů. Dlouhodobá antikoagulační léčba má riziko nežádoucích účinků jako krvácení, vzácně se setkáváme s fatálními následky krvácení. FS s chronickým srdečním selháním má za následek zvýšenou mortalitu a časté hospitalizace pacientů (McManus, Rienstra, Benjamin, 2012).

1.1.4 Morbidita a mortalita

Fibrilace síní prokazatelně zdvojnásobuje celkové riziko úmrtí u žen a zvyšuje ho o 1,5násobně u mužů. Antikoagulační léčba dokáže významně snížit riziko úmrtí na cévní mozkovou příhodu, avšak úmrtí z jiných kardiovaskulárních příčin, jako je srdeční selhání nebo náhlá zástava srdce, se i u pacientů s FS léčených dle nejnovějších poznatků vyskytují poměrně často (Čihák, Haman, Tábořský, 2016).

1.2 Klasifikace fibrilace síní

Fibrilace síní má u většiny pacientů tendenci se zhoršovat. Začíná krátkými a nepravidelnými epizodami, které se postupně prodlužují a stávají se častějšími. U mnoha pacientů se pak vyvine trvalá forma FS. Podle klinického obrazu, trvání a spontánního ukončení epizod rozlišujeme pět typů FS. Nově diagnostikovaná fibrilace síní – jedná se o FS, která u daného pacienta dosud nebyla diagnostikována, a to bez ohledu na délku trvání arytmie, případně na přítomnost a závažnost symptomů s ní souvisejících. Paroxysmální fibrilace síní – spontánně se ukončující epizody FS, obvykle do 48 hodin (v ojedinělých případech do 7 dnů). Perzistující fibrilace síní – epizody jsou trvající déle než 7 dnů, ať už spontánně, nebo po kardioverzi. Dlouhodobě perzistující fibrilace síní – kontinuální fibrilace trvající déle než 1 rok při zvolené strategii kontroly rytmu. Permanentní fibrilace síní – akceptovaná pacientem i lékařem, u které se neprovádějí intervence zaměřené na regulaci srdečního rytmu. Pokud pacient trpí jak paroxysmální, tak perzistující FS, klasifikuje podle typu, který se u něj vyskytuje častěji (Čihák, Haman, Tábořský, 2016).

1.3 Rizikové faktory

K nejběžnějším rizikovým faktorům kardiovaskulárních onemocnění (KVO) patří kouření, hypertenze, dyslipidémie a diabetes mellitus. Tyto rizikové faktory mají značný vliv na rozvoj aterosklerózy v malých tepnách oproti velkým. Fibrilace síní bez příznaků představuje oproti symptomatické FS samostatný rizikový faktor pro cévní mozkovou příhodu a mortalitu. Observační studie naznačují, že FS zjištěná screeningem reaguje na léčbu obdobně jako FS diagnostikovaná v rámci běžné péče. Bylo prokázáno, že systematický screening zlepšuje rizikové faktory vzniku KVO. Doporučují se screeningová vyšetření jako pravidelné měření TK. Měření pulsu pomocí „chytrých“ hodinek a telefonu a jednosvodové EKG. Patří sem i kontrola lipidového souboru. Před zahájením léčby je důležité pacienty jasně informovat o rizicích a přínosech. Mnoho pacientů může doporučené zákroky odmítnout. Zásadní význam má zlepšení informovanosti (Tábořský, Kautzner, Linhart, Hatala, Gonçalvesová, Hlivák a kolektiv, 2021; Fiala, Haman, Čihák, 2020; Visseren, Mach, Smulders, Carballo et al., 2021).

Dle Fialy, Hamana a Čiháka (2020) do rizikových faktorů pro vznik FS můžeme zařadit etnický původ („non-Caucasian“), stárnutí, mužské pohlaví, genetiku a stárnutí. Onemocnění věnčitých tepen, srdeční selhání, akutní onemocnění, chirurgický zákrok, cévní onemocnění (subklinická ateroskleróza), (pre-)diabetes, fyzická inaktivita/intenzivní aktivita, lipidový profil, konzumaci alkoholu, kouření, obezita, obstrukční spánková apnoe, CHOPN, zánětlivé onemocnění, chronické onemocnění ledvin, chlopenní vady a hypertenzi. Chrishan, Prashanthan, Hans et al. (2016) uvádí, že svou velkou roli v rizikových faktorech pro vznik fibrilace hraje obezita, jelikož s ní souvisí i nedostatek pohybu, který vede k hypertenzi, hyperlipidemii a ateroskleróze. U pacientů trpících obezitou navíc epikardiální tuk snižuje efektivitu ablace.

1.3.1 Rizika fibrilace síní

FS přímo neohrožuje pacienta na životě, jejím hlavním rizikem je tvorba trombů (sraženin), z důvodu rychlých, neefektivních, nepravidelných stahů v srdečních síních. Tromby se pak mohou uvolnit do cévního řečiště a způsobit ucpání cévy v organismu. Nejčastější uzávěr vzniká v mozkové tepně, kde pak vzniká cévní mozková příhoda, která může nevratně poškodit některé mozkové funkce. Příznaky CMP jsou náhlá zmatenost provázená slabostí a ochrnutím a poruchou hybnosti končetin. Pacient, u kterého se rozvíjí CMP, může mít poruchu řeči nebo problém s porozuměním ostatních, dále může mít poruchu vidění, rozmazané nebo dvojité a náhlou silnou bolest hlavy. Vyšší riziko tvorby krevních sraženin nastává u pacientů s rizikovými faktory jako jsou věk nad 75 let, vysoký krevní tlak, předchozí výskyt CMP, DM, SS, onemocnění štítné žlázy, porucha funkce srdečních chlopní a rozšíření srdeční síně. Dalším velkým rizikem je oslabení stahu srdečního svalu, které vede k srdečnímu selhání, které vzniká při dlouhodobé dekompenzaci srdečního rytmu při TF nad 120 za minutu. SS se často projevuje dušností, únavou, sníženou aktivitou, vznikají otoky. Určití jedinci mohou trpět i nechutenstvím. (© Fakultní nemocnice Brno).

1.3.2 Symptomy u fibrilace síní

Mezi nejčastější příznaky FS, kteří na sobě pacienti pociťují jsou palpitace, jedná se o pocit nepravidelného srdečního rytmu. Dalším příznakem je dušnost, to je pocit ztíženého dechu. K dalším velmi častým symptomům patří únava, nízká výkonnost. Pacienti hůře tolerují namáhavé úkony. Pacienti často mohou pocítit bolesti na hrudi a mohou být náchylní ke kolapsovým stavům (© Fakultní nemocnice Brno).

Šimek (2020) uvádí, že příznaky fibrilace síní se u pacientů liší. Někteří pacienti nepociťují žádné obtíže, zatímco jiní trpí závažnými symptomy jako – vnímání nepravidelného a rychlého srdečního rytmu (palpitace), slabost, únavnost, nevykonnost a snížená tolerance fyzické zátěže, dušnost, tlak na hrudi, malátnost, nejistota při chůzi, rozvoj srdečního selhání, tromboembolické komplikace, jako je CMP, akutní uzávěry tepen a kognitivní deficit. Závažnost symptomů obvykle souvisí s frekvencí srdečních komor. Čím je frekvence komor vyšší, tím jsou symptomy silnější. Vliv věku – převodní kapacita AV uzlu, která ovlivňuje komorovou frekvenci, se s věkem snižuje. Proto se u starších pacientů častěji setkáváme s nižší frekvencí komor a mírnějšími symptomy, zatímco u mladších pacientů je frekvence komor obvykle vyšší a symptomy závažnější. Tachykardicko – bradikardický sick-sinus syndrom – u pacientů s formou sick – sinus syndromu se střídají paroxysmy fibrilace síní s rychlou komorovou frekvencí a bradykardie při sinusovém

rytmu. Tyto bradykardie jsou způsobeny poruchou tvorby a vedení vzruchu v sinusovém uzlu. Typické jsou dlouhé preautomatické pauzy při ukončení arytmií.

1.3.3 Důsledky fibrilace síní

Důsledky FS jsou úmrtí, které je 1,5 až 3,5násobně zvýšeno a souvisí s komorbiditami, srdečním selháním a CMP. Další důsledek je CMP kardioembolického původu a aterosklerózy. Dysfunkce LK/srdeční selhání, které je způsobeno zvýšenou tepovou frekvencí a nepravidelnými stahy komor. Kognitivní zhoršení/vaskulární demence, způsobena mikroembolismem. Deprese – v důsledku závažných symptomů a snížení kvality života a nežádoucích účinků léků. Snížená kvalita života u >60 % pacientů v důsledku zátěže FS, komorbiditách, medikaci a u osob se sklonem ke stresu. Hospitalizace z důvodu selhávání srdce nebo symptomů a komplikací souvisejících s léčbou (Fiala, Haman, Čihák, 2020).

1.4 Léčba fibrilace síní

Léčba FS je velmi komplexní a není jednotný vzorec pro tuto léčbu, jelikož každý pacient může mít jinou příčinu vzniku a jiný druh fibrilace. U nově diagnostikované FS se posuzuje 5 oblastí. V první oblasti se posuzuje hemodynamická nestabilita nebo omezující, závažné symptomy. Dále se hodnotí přítomnost spouštěcích faktorů a kardiovaskulárních onemocnění. Dále se řeší riziko vzniku CMP a potřeba antikoagulace. Je nutná kontrola nad srdeční frekvencí a v poslední řadě zhodnocení symptomů a rozhodnutí pro kontrolu rytmu. Před začátkem terapie je důležité vyloučit jinou příčinu, výběr léku a cílová terapie záleží na jednotlivém pacientovi, symptomech, ejekční frakci (EF) levé komory a hemodynamickém stavu. Při akutní kontrole frekvence u pacientů s FS se podává pacientům betablokátor (BB) či blokátor vápníkového kanálu (CAA) jako je metoprolol, esmolol a verapami. Dlouhodobá kontrola frekvence je důležitá pro snížení symptomů a pro prognózu. Nejčastěji se tedy u FS užívají již zmiňované betablokatory vzhledem k jejich dobré snášenlivosti pro pacienty. Nejčastější volbou betablokátoru je metoprolol 100–200 mg retardované formy denně a bisoprolol 1,25 - 20 mg jednou až dvakrát denně. Již zmiňované blokátory vápníkových kanálů udržují přiměřenou odpověď komor. Verapamil a diltiazem jsou užívány v dávkách 40–120 mg třikrát za den nebo 120–240 mg jednou až dvakrát denně u forem s postupným uvolňováním, v dnešní době je spíše upřednostňován verapamil. Při léčbě FS je velmi důležitá echografická kontrola srdce ke zjištění dlouhodobé frekvence. Na echografickém vyšetření se zkoumá ejekční frakce srdce, která je pro lékaře velmi důležitá z hlediska následující léčby. V současné době je lék digoxin na ústupu, jelikož jeho nevýhodou je, že neovlivní frekvenci FS při zátěži. Digoxin zůstává lékem do kombinace v případě nedostatečného BB či CAA. Digoxin se užívá v dávce 0,125- 0,25 mg za den. Lék amiodaron je lékem poslední volby vzhledem k jeho častým nežádoucím účinkům u pacientů s těžkou depresí funkce LK. Dlouhodobé užívání bradykardizující medikace je nutno provádět s ohledem na celkový stav pacienta s ohledem na EF LK. V léčbě FS se nejčastěji používá kombinovaná terapie BB CAA s digoxinem. Léčba s BB a CAA se nedoporučuje vzhledem k riziku vzniku bradikardií. V případě, že farmakologická léčba srdeční frekvence není dostatečně účinná, je indikována ablace AV uzlů a implantace kardiostimulátoru VVIR (paroxysmální fibrilace síní s DDDR funkcí AMS – automatické přepínání režimu na DDI nebo VVI v případě detekce síňové tachyarytmie v síňovém kanálu). Vzhledem k tomu, že pacient bude permanentně stimulován

v pravé komoře, je u pacientů s levostrannou dysfunkcí komory nutné zvážit implantaci biventrikulárního kardiostimulátoru PM nebo ICD. Tato strategie nezhoršuje prognózu pacientů a významně zmírňuje jejich symptomy (Špinar, Vítkovec, Ludka, Špinarová, 2018).

1.4.1 Udržení sinusového rytmu u fibrilace síní

Pacienti, kteří užívají antiarytmika mají dvakrát větší šanci na udržení sinusového rytmu. Kvůli proarytmogenním účinkům antiarytmik je důležitá monitorace EKG. Nejčastějším lékem je propafenon spolu s flecianidem, který v ČR není dostupný. Tyto léky mají prokázanou prevenci paroxysmů FS a podávají se pouze pacientům bez strukturálního onemocnění srdce. Sotalol se z důvodu maligních arytmií používá omezeně, stejně tak i dronedaron. Nejúčinnějším lékem je amiodaron, který vyžaduje důkladnou monitoraci (Špinar, Vítkovec, Ludka, Špinarová, 2018).

1.4.2 Kardioverze

U pacientů s akutní hemodynamickou nestabilitou se doporučuje elektrická kardioverze fibrilace síní k obnovení srdečního výdeje. Kardioverze FS, ať už elektrická (zevní elektrický výboj) nebo farmakologická (podání antiarytmik), je dále indikována u symptomatických pacientů s perzistující nebo dlouhodobě perzistující FS v rámci kontroly srdečního rytmu. Nicméně u obou druhů léčby je třeba myslet na řádnou antikoagulační léčbu pacienta. Elektrickou kardioverzi (EKV) je nutno provádět pouze při třítydenní účinné antikoagulační terapii, a to u FS trvající déle než 48 hodin. V případě déle trvající arytmie nejasného stáří se může EKV provést, pokud předem pacient absolvoval transezofageální echokardiografii k vyloučení intrakardiálních trombů. Farmakologická kardioverze spočívá v bolusovém podání antiarytmik a snaží se o znovunavrácení sinusového rytmu. Antiarytmika jsou aplikována nitrožilně na ambulanci nebo při hospitalizaci a monitorování srdečního rytmu. U pacientů, kteří jsou v domácí péči bez velké četnosti záchvatů arytmie lze jednorázově ve formě tablet podat antiarytmika. Existuje ovšem omezené spektrum antiarytmik s prokázaným kardiovertujícím účinkem. Nejpoužívanějším antiarytmikem je propafenon (1,5- 2 mg/kg i. v. během 10 minut 450–600 mg p. o.). Dalším antiarytmikem užívaným u pacientů se srdečním selháním mírného stupně a ICHS je vernakalant, který se podává formou infuze. Maximální dávka tohoto léku je v prvních 10 minutách 339 mg. Pokud k verzi do 15 minut po skončení infuze nedojde, lze podat druhou infuzi s tímto lékem, ale maximální dávka je 226 mg. Lék amiodaron (s dávkováním 5-7 mg/kg během 1-2 hodin, pak kontinuálně až 1200 mg za 24 hodin) se podává pacientům s depresí funkce LK a těžkým strukturálním poškozením srdce. Účinek amiodaronu nelze očekávat hned, projeví se až za desítky hodin, jeho výhodou je, že i zpomaluje tepovou frekvenci. I když kardioverze často znovu obnoví sinusový rytmus, jsou časté recidivy. Existují ovšem léky jako flecainid, amiodaron, sotalol, které arytmii mohou ukončit nebo zabránit znovunavrácení arytmie (Špinar, Vítkovec, Ludka, Špinarová, 2018; Bennett, 2014).

1.5 Nefarmakologická léčba fibrilace síní

Terapie FS vyžaduje spolupráci specialistů a lékaře primární péče. Základem je důkladný odběr pacientovi anamnézy a zhodnocení klinických symptomů. Léčebný postup zahrnuje tři body, které se spolu často kombinují. Prvním bodem je prevence CMP, která se zaměřuje na léčbu

antikoagulancii. Další bod je zmírnění symptomů a snaha o obnovení sinusového rytmu pomocí antiarytmik nebo elektrické kardioverze. Posledním, a to třetím bodem je miniinvazivní a invazivní chirurgická léčba (Kirchhof, et al., 2016).

Dle Fakultní nemocnice Brno (©2024) se u pacientů, u kterých se nedaří pomocí léků FS potlačit a u jedince, kterého arytmie výrazně omezuje, je doporučena léčba formou katetrové ablace, implantace kardiostimulátoru a chirurgická léčba.

1.5.1 Katéetrová ablace

Tento postup je volen, pokud se u jedince FS objevuje trvale a nepředpokládá se obnova sinusového rytmu. Ani pokud se tak nedaří kombinací léčiv dosáhnout optimální tepové frekvence (© Fakultní nemocnice Brno).

Katetrizační ablace je v současnosti nejúčinnější metodou v léčbě fibrilace síní v České republice. Pro tuto diagnózu bylo provedeno v roce 2020 bezmála 4000 těchto výkonů. Výkon se provádí zavedením katétru přímo do srdce a spočívá v aplikaci léčebné energie, nejčastěji se používá radiofrekvenční proud na místa vzniku arytmie v srdci. Cíl je zničit zdroj arytmie nebo zabránit šíření vzruchů podílejících se na udržení arytmie. U FS se jedná o hlavní zdroj typicky lokalizován v plicních žilách, které vedou okysličenou krev z plic do oběhu. Cílem je elektrická izolace plicních žil, ta pak brání v šíření fibrilační elektrické aktivity z plicních žil na pravou i levou síň. Úspěšnost výkonu je kolem 70–90 %. Lepší výsledek bývá u méně pokročilého druhu fibrilace síní, a to u paroxysmální. U pokročilých forem jako u perzistentní a dlouhodobě perzistující se ablace rozšiřuje i do míst pravé a levé srdeční síně. Pro lepší efekt tohoto druhu léčby je nutno ablaci opakovat v určitém odstupu času. Výkon obvykle probíhá v čase okolo 60-120 minut a provádí se v analgosedaci. Manipulace s katétre přímo v srdci vyžaduje stabilitu a přesnost, jelikož srdeční sval neustále pracuje a hrudník se hýbe vlivem dýchání, a to bývá často náročné (© Nemocnice Na Homolce, 2024).

Katetrizační ablace prokazuje vyšší efektivitu v udržení sinusového rytmu a zlepšení kvality života pacientů ve srovnání s antiarytmickou medikací. Tato doporučení stanovují indikace k ablaci u paroxysmální a perzistentní fibrilace síní, avšak záměrně vynechávají striktní rozlišení perzistentní FS dle délky trvání (nad 12 měsíců). U perzistentní FS je důležité zohlednit úspěšnost ablace (délka trvání FS, věk pacienta, velikost a strukturální remodelace levé síně) a individuální situaci pacienta (Fiala, Haman, Čihák, 2020).

1.5.2 Implantace kardiostimulátoru

U pacientů trpících zejména jinou řadou chorob, především závažným srdečním selháním s výrazně zvěřenou LS, je možnost provedení jednoduchého katetrizačního přerušení vedení mezi síněmi a komorami. Následuje implantace kardiostimulátoru, který reguluje srdeční rytmus. U pacientů se srdečním selháním se dnes stimulují obě komory zavedením dvou elektrod. Fibrilace síní sice není odstraněna, ale její přenos na komory je blokován a kardiostimulátor reguluje pouze komorovou frekvenci. Studie potvrzují, že tento přístup vede k ústupu symptomů fibrilace síní a ke zlepšení kvality života pacientů (Kautzner, ©2015–2024).

1.5.3 Chirurgická léčba fibrilace síní

Chirurgický zákrok tzv. MAZE procedura se provádí jako zákrok u operací srdce z jiné indikace např. operace chlopenních vad. Zákrok omezuje blokády na plicních žilách i na zadní stěně levé síně a řadě linií. Při řádném provedení má velikou úspěšnost (Šimek, 2020).

Během procedury MAZE je přístup zajištěn otevřením hrudníku. Cílem zákroku je zajištění správného rytmu srdce a obnovení funkce síní. Procedura se provádí v přesně definovaných transmárních ablačních lézích, což znamená, že prochází celou stěnou. Současné schéma zákroku spočívá v izolaci plicních žil a fragmentace levé síně. Jako nejčastější místo pro vznik trombů je ouško levé síně, často je tedy sneseno nebo uzavřeno. Důsledek chirurgického zákroku je tvoření elektricky nevodivé tkáně, která zamezuje přenosu vzruchů, které jsou podklad pro vznik FS. Na zákrok se používají různé druhy energie, nejčastěji však hypotermické a hypertermické zdroje, tzv. kryoablace a radiofrekvenční ablace. Obvykle se tento výkon provádí jako součást jiného. Znamená to, že se běžný kardiochirurgický výkon prodlouží přibližně o 10–20 minut (©2024 FN HK).

1.5.4 Elektrická kardioverze

EKV je cílené ukončení fibrilace síní zevním synchronizovaným stejnosměrným výbojem. Provádí se v krátkodobé celkové anestezii, která je pacientovi podána nitrožilně. Zákrok je prováděn na specializovaném pracovišti, jelikož vyžaduje monitoraci srdečního rytmu, vzhledem ke komplikacím, které mohou nastat, jako významné bradykardie. Podmínkami k provedení tohoto výkonu je lačnění pacienta a předlčení amiodaronem po dobu několika týdnů a antiarytmiky jako, flekainid, propafenon, sotalol, které zvyšují úspěšnost kardioverze (Špinar, Vítkovec, Ludka, Špinarová, 2018).

1.6 Komplikace spojené s fibrilací síní

Systémová embolizace – Při fibrilaci síní může vzniknout stáza krve v oušku levé síně, která vede k tvorbě trombů a jejich systémové embolizaci. Největší obavou je vznik CMP. FLORENCE, 2015 uvádí, že pokud se krevní sraženina uvolní ze srdce do mozku, vytvoří tam překážku a okysličená krev nemůže proudit dále, proto pacienti s FS musí doživotně brát léky na ředění krve, aby tyto léky případně vznikající sraženinu rozpustily. Sovová, Sedlářová (2014) uvádí, že v důsledku průniku embolu do mozkových tepen vzniká CMP, která se dělí ischemickou CMP, transitorní ischemickou ataku (TIA) a může být způsobeno i mozkové krvácení. Může ovšem dojít i k embolizaci do končetin či břišních orgánů. Embolus se také může vmést do některé z koronárních tepen, a tím způsobit akutní infarkt myokardu (AIM), který je charakterizován nekrotizací myokardu. K AIM může dojít nejen embolií do koronární tepny, ale může mít příčiny jako trauma a disekci aorty či následek nestabilní AP. Nekróza myokardu může postihnout celou stěnu myokardu – transmární, nebo subendokardiální – nekróza postihuje určitou část. nekróza je dále nahrazena vazivem v různém rozsahu, a to nazýváme infarktovou jizvou. A v této oblasti může vzniknout aneurysma. Při postižení myokardu 20–40 % může propuknout u pacienta srdeční selhání nebo šok. Riziko systémové embolizace může být sníženo antagonisty vitamínu K, warfarinem, inhibitory trombinu, dabigatranem, inhibitory faktoru Xa, apixabanem a kyselinou acetylsalicylovou, který je výrazně méně účinná než předchozí léky (Bennett, 2014).

K embolizačním komplikacím můžeme přiřadit i synkopy, což je přechodná ztráta vědomí, kterou jsou pacienti s FS ohroženi, může k ní dojít z extrakardiálních příčin jako plicní embolie. (Skalická, Táborský, a kol., 2022)

Srdeční selhání – Srdeční selhání a fibrilace síní jsou úzce spjatá onemocnění. Fibrilace síní se u pacientů se srdečním selháním vyskytuje častěji, a to v závislosti na stupni srdečního selhání v rozmezí 10-25 %. Zároveň může fibrilace síní sama o sobě srdeční selhání zhoršovat, a v některých případech ho i přímo vyvolávat. U části pacientů se srdeční selhání a dysfunkce levé komory projeví pouze v důsledku fibrilace síní (Čihák, Heinc, Haman a kol., 2011).

SS je definováno jako abnormální neschopnost srdce zajistit dostatečný přívod krve metabolicky aktivním tkáním nebo, že je srdce nuceno zvýšit tlak v plicích, aby zvýšilo dostatečný přívod krve. Projevuje se sníženou tolerancí fyzické aktivity. Hlavním projevem je dušnost, únava a svalová slabost, díky těmto symptomům vzniká nízká tolerance jakékoli aktivity. Systolické SS je spojeno se sníženou EF LK, ale ne všichni pacienti mohou mít dysfunkci LK. I pacienti s normální EF mohou mít příznaky SS. Diastolické SS je porucha plnění pravé nebo levé komory srdeční vede ke zvýšení plicních tlaků vede k rozvoji příznaků systémové a plicní kongesce při zachovalé či normální systolické funkci srdečních komor. To označujeme za srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí levé komory. Nejčastější příčinou SS je ICHS (Málek F., Málek I, 2018).

1.7 Antikoagulační léčba

Při indikaci podání antikoagulační léčby, je používán výpočet rizikového skóre jako je CHADS2 nebo HASBLED (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

Pacientům s fibrilací síní pomáhá s rizikovým faktorem tvorby trombů antikoagulační léčba, tedy podáváme léky, které snižují krevní srážlivost (© Fakultní nemocnice Brno).

K nejznámějším antikoagulanciím patří warfarin a heparin. V nedávné době nám byla představena nová orální antikoagulancia – NOAC (new oral anticoagulants). Tyto nová antikoagulancia mají výhodu v tom, že jejich uživatelé nemusí pravidelně docházet na kontrolu krevní srážlivosti. Antikoagulancia chrání pacienty s FS před vznikem komplikací, například před CMP. Nová antikoagulancia nejen, že snižují riziko kardioembolizace, tak dosahují stabilní účinné léčebné dávky, udržují tuto dávku v terapeutických mezích. Vylučují významné riziko předávkování se a minimalizují riziko pro vznik závažných komplikací. V současnosti jsou oproti warfarinu bezpečnější na užívání (Národní zdravotnický informační portál, 2024; Bauer, 2013).

Nejdéle používaným antikoagulanciem byl nefrakcionovaný heparin (UFH), dnes jsou jím nahrazené v mnoha indikacích nízkomolekulární hepariny (LMWH), které se aplikují do podkoží a má více kontrolovatelný účinek nežli heparin. Pro srovnání UFH zabraňuje přeměně fibrinogenu na fibrin, snižuje koagulační potenciál, LMWH účinkuje působením faktoru Xa (FXa) přeměňuje protrombin na trombin. Velkým zlomem v léčbě nových perorálních antikoagulancií bylo zavedení kumarinů – antagonistů vitamínu K. Kumariny vládly po dobu šedesáti let, ale jejich užívání si vyžádalo řadu omezení pro pacienta. V posledním desetiletí přišla, jak byla již zmiňována nová perorální antikoagulancia. Jsou to přímé inhibitory trombinu či FXa, proto tyto přípravky mohou být označovány i jako DOAC (direct oral anticoagulants) (Michalcová, Penka, Buliková, a kol., 2016).

1.7.1 Nová orální antikoagulancia

Dabigatran etexilát (Pradaxa®) – patří k přímým inhibitorům trombinu. Nejvyšší hladina léku v krvi je za 30 minut až 2 hodiny po perorálním podání. Poločas rozpadu, tedy doba, za kterou se polovina léku vyloučí z organismu, je 12 až 14 hodin. U pacientů s nedostatečnou funkcí ledvin se poločas rozpadu prodlužuje. Vylučování probíhá z 80 % ledvinami. Vazba na bílkoviny v krvi je nízká, takže v případě potřeby je možné lék odstranit z organismu dialýzou.

Rivaroxaban (Xarelto®) – je přímý inhibitor FXa. Nejvyšší koncentrace léku v krvi je dosaženo 2–4 hodiny po jeho podání. Poločas rozpadu, je u mladších osob 5–9 hodin a u starších osob 11–13 hodin. Přibližně 33 % léku se vylučuje močí v nezměněné formě. Lék se silně váže na plazmatické bílkoviny.

Apixaban (Eliquis®) – patří k inhibitorům FXa. Nejvyšší koncentrace v krvi je dosaženo 3–4 hodiny po užití. Poločas rozpadu je přibližně 12 hodin. Vylučování probíhá z 25 % v ledvinách. Vazba na plazmatické bílkoviny je silná.

Výhody NOAC: perorální podávání je pohodlnější než injekční aplikace. Fixní dávky – není nutné upravovat dávku v závislosti na laboratorním monitoringu. Další výhodou je rychlý nástup účinku. Začínají působit rychle, čímž snižují riziko tromboembolických komplikací. K dalším výhodám lze zařadit absenci dietních omezení.

Nevýhody NOAC: první nevýhodou může být vyšší cena, dále nedostupnost specifických antidot. V případě předávkování neexistují specifické antidota pro přímé inhibitory FXa. A v poslední řadě problematika laboratorního zhodnocení v určitých situacích (Michalcová, Penka, Buliková, Zavřelová, Štěpařová, 2016).

1.8 Doporučená vyšetření při zjištění fibrilace síní

- EKG (elektrokardiogram) je základní vyšetřovací metodou v kardiologii, tudíž i pro fibrilaci síní
- odběr krve – u odběrů krve krom základních vyšetření jako zjišťování funkce jater, ledvin, stavu vnitřního prostředí, krevní srážlivosti a počtu krvinek by se lékař měl zaměřit na vyšetření funkce štítné žlázy, na stanovení hormonů
- RTG snímek hrudníku, který nám poskytne údaj o velikosti srdce a tvaru hrudníku, event. o postižení plic
- EKG „Holterovské“ monitorování – při tomto typu monitoringu je pacient napojen na EKG elektrody 24-48 hodin, během kterých jsou event. zachyceny poruchy rytmu
- echokardiografie (ECHO) – jedná se o ultrazvukové vyšetření srdce, na kterém se posuzuje velikost srdečních oddílů, funkce srdečních chlopní a stažlivost srdečního svalu
- transthorakální (TTE) – vyšetřuje se ultrazvukovou sondou na hrudníku
- transezofageální (jícnová, TEE) – vyšetření ultrazvukovou sondou, která musí být zavedena pacientovi do jícnu
- zátěžové EKG – je doporučeno pacientům, u kterých se objevuje poruchy rytmu při zátěži i pokud mívají bolesti na hrudi (© Fakultní nemocnice Brno)

1.9 Edukace pacienta při propuštění z nemocničního zařízení

Edukace pacienta při propuštění by měla spočívat ve vyhýbání se rizikovým faktorům a zaměření se na zdravý životní styl. To znamená pacienta edukovat v oblasti pohybové aktivity, nekouřit aktivně ani pasivně. Omezení pití alkoholu. Důležité preventivní opatření je i vyhýbání se stresu. Stresové situace nás totiž mohou nabádat i ke špatné životosprávě. Snížit příjem živočišných tuků a upřednostnit rostlinné oleje. Prospěšná je jakákoliv pohybová aktivita (Thóťová, Chloubová, Prokešová a kol., 2019).

Úprava stravy může hrát klíčovou roli v prevenci fibrilace síní. Nadměrná konzumace soli může vést k hypertenzi a zvýšit tak riziko FS. Kofein, stimuluje srdeční frekvenci a může narušit rytmus, je dalším faktorem, na který by si pacienti měli dávat pozor. I mírné množství alkoholu může vyvolat epizodu FS, a proto je vhodné jeho konzumaci omezit, případně se jí zcela vyhnout. Existuje prokázaná souvislost mezi fibrilací síní a psychickými potížemi, jako jsou deprese a úzkost. FS zvyšuje riziko duševních poruch, a naopak deprese a úzkost předurčují k rozvoji FS v budoucnu. Zároveň existují důkazy o tom, že péče o duševní zdraví může snižovat riziko FS a dalších srdečních onemocnění. Proto je důležité aktivně pečovat o své duševní zdraví, ať už s pomocí odborníka, nebo formou sebepečce, jako je jóga a cvičení. V případě podezření na depresi je vhodné vyhledat pomoc psychologa či psychiatra, kteří zajistí potřebné vyšetření a léčbu. Pro prevenci vzniku komplikací je nutno edukovat pacienty v těchto zmíněných oblastech, a to konkrétně v oblasti změny životního stylu, snížení stresu, dodržování diety a léčby. Měli bychom edukovat o rizicích možných komplikací, které již byly zmíněny a které mohou nastat, pokud pacient nebude dodržovat léčbu a snahu o zlepšení svého životního stylu (Everyday health, 2022).

1.10 Prevence

Prevence znamená předcházení nežádoucímu jevu. Představuje soubor opatření a činností, které předcházejí nemocem a nežádoucím jevům. Prevence je v ošetrovatelství a lékařské péči základem. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální. Primární prevence je před samotným vznikem onemocnění, to znamená, že její cíl je zabránit vzniku onemocnění. Spočívá v edukaci o zdravém životním stylu a předcházení a časném vyhledávání rizikových faktorů. Sekundární prevence se využívá až po vzniku nemoci. Základ je včasná diagnostika a léčba. Činnosti této prevence směřují k cíli zabránění vzniku komplikací, trvalých následků a přechodu nemoci do chronického stádia. V rámci sekundární prevence bychom se měli zaměřit na screeningová vyšetření a preventivní prohlídky. Terciální prevence navazuje na předešlou péči, pokud nenastalo uzdravení, má za cíl obnovit zdraví nemocných a zajistit optimální fungování organismu. Zaměřuje se především na rehabilitaci a následnou péči. Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., 2011 je uvedeno, že zdravotnický pracovník motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe a tuto kompetenci všeobecná sestra může plně využívat v preventivních činnostech, a to i u kardiovaskulárních onemocnění (Thóťová, Chloubová, Prokešová a kol., 2019).

1.11 Informovanost pacientů

Informovanost pacientů naplňuje právo pacienta a je klíčovým aspektem péče o zdraví. Umožňuje pacientům aktivně se podílet na rozhodování o diagnostice a léčbě, čímž bere zodpovědnost za vlastní zdraví. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen sdělit pacientovi všechny relevantní informace o jeho zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu (§ 31 zákona o zdravotních službách) (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2024).

Zdravotní péče je provázána s respektováním práv pacientů, která jsou zakotvena v legislativě, a to především v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Současně s těmito právy nese pacient i zodpovědnost za dodržování určitých povinností (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2024).

2 Výzkumná část

Cíl bakalářské práce:

Cílem mé bakalářské práce je zjistit míru informovanosti pacientů s fibrilací síní o jejich znalostech prevence komplikací.

Výzkumné otázky:

Jakou úroveň znalostí mají pacienti s fibrilací síní o prevenci komplikací?

Jaké faktory mají vliv na rozdíly v informovanosti pacientů s fibrilací síní?

Jaký je postoj pacientů s fibrilací síní k léčebnému programu?

2.1 Metodika výzkumu

V praktické části mé bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkumné šetření. Důvodem pro tuto volbu byla vhodnost vysokého počtu respondentů, pro dosažení zvoleného cíle zjištění informovanosti. Sběr dat proběhl pomocí nestandardizovaného dotazníku (Příloha A). Každý dotazník se skládá z 15 otázek, kde jsou všechny otázky uzavřené. Většina otázek je s možností jednoho výběru. Ve dvou otázkách je možno zakroužkovat více odpovědí, konkrétně v otázce číslo 1 a 4. Otázka č.1–4 jsou podotázkami pro první výzkumnou otázku. Otázky jsou zaměřeny na úroveň znalostí pacientů s fibrilací síní o jejich znalostech komplikací. Otázky č. 5–9 se zaměřují na druhou výzkumnou otázku, kde zjišťuji, jaké faktory mají vliv na rozdíly v informovanosti pacientů. Otázky č. 10–15 se zabývají třetí výzkumnou otázkou, kde je zjišťován postoj pacientů k léčebnému programu. V úvodu dotazníku je respondentům představena má osoba, účel dotazníkového šetření, informace o anonymitě, jak budou informace zpracovány a poděkování respondentům.

2.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Cílovou skupinou respondentů tohoto výzkumu byli pacienti ve věku od 40 a méně let do 81 a více let, kteří měli fibrilaci síní a byli hospitalizováni v nemocnici na Kardiologickém v Nemocnici Jihlava p. o. Dotazník byl předán pacientům, kteří již mají komplikace způsobené tímto onemocněním, nebo přišli plánovaně k výkonu odstranění fibrilace síní nebo k jinému kardiologickému výkonu a zároveň mají přetrvávající/chronickou formu této nemoci. Celkem bylo distribuováno 110 dotazníků, které měly návratnost 104.

2.3 Průběh výzkumu

Při tvoření otázek tohoto dotazníku jsem čerpala dle mých zkušeností, které jsem získala při pracovním úvazku na kardiologickém oddělení. Dotazník byl vytvořen v únoru 2024 a po schválení náměstkyní ošetrovatelské péče Mgr. Hanou Hladíkovou začal probíhat výzkum v období od února do dubna téhož roku. Potvrzená žádost o výzkumu je přiložena jako Příloha B. Výzkum probíhal na odděleních kardiologie konkrétně na oddělení Kardiologie A, Kardiologie B a na Kardiologické JIP. Dotazníky byly rozdávány NLZP a část dotazníků byla rozdávána mnou. Pomoc během vyplňování dotazníku byla poskytnuta pacientům se zhoršeným zrakem nebo

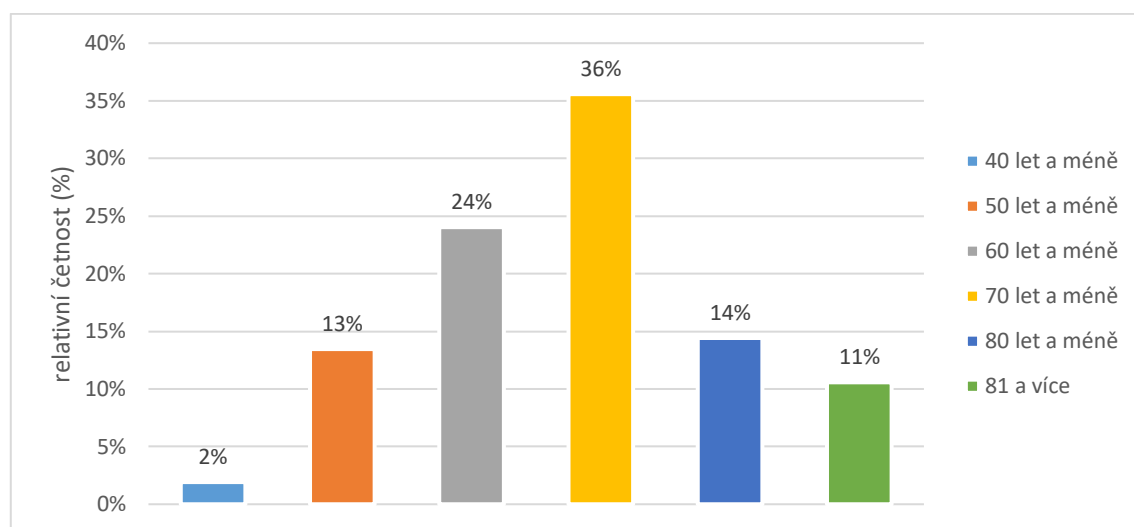
pacientům vyššího věku, kteří s vyplněním potřebovali pomoci. Za dobu probíhajícího výzkumu jsem se setkala velmi zřídka s odmítnutím vyplnění dotazníku. Obecně pacienti projevili velkou ochotu při vyplňování dotazníku a setkala jsem se i s milým napsaným vzkazem na konci dotazníku od respondenta, kde mi přeje úspěšné zakončení studia.

2.4 Zpracování dat

Zpracování dat z dotazníkového šetření proběhlo pomocí programu Microsoft 365 Word a Microsoft 365 Excel.

2.5 Výsledky výzkumu

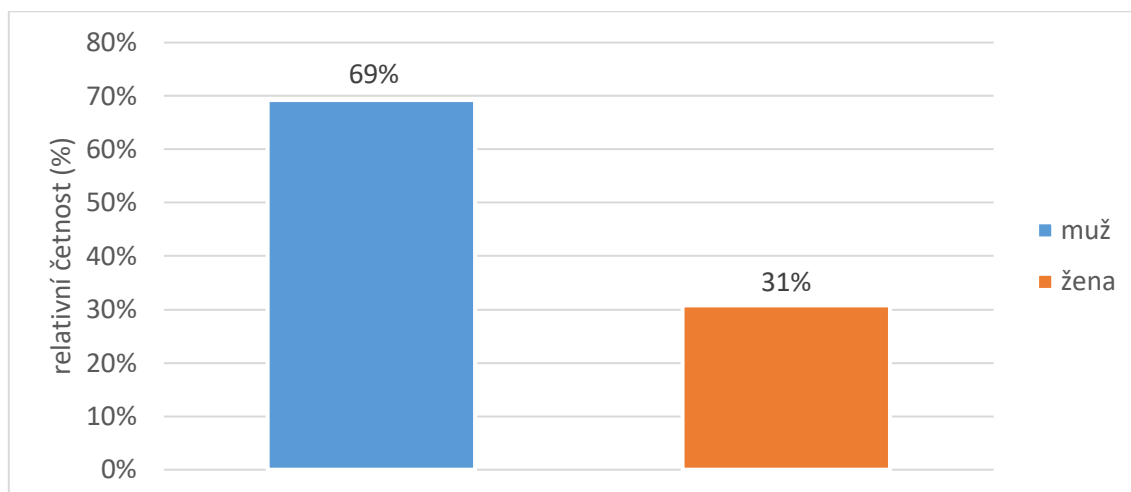
Otázka: Věk respondentů



Graf 1: Věk respondentů

V prvním grafu lze vyčíst, že největší věkové zastoupení respondentů bylo ve věku 70 let a méně, a to s počtem 37 (36 %) respondentů. Druhá nejvíce zastoupená věková kategorie je 60 let a méně, tedy 25 (24 %) respondentů. Dále je věkové zastoupení 80 let a méně, což je 15 (14 %) respondentů. Další zastoupenou věkovou skupinou je 50 let a méně, z celkového počtu tedy 14 (13 %) respondentů. Předposlední věkovou skupinou je 81 a více, která má zastoupení 11 (11 %) respondentů. Nejméně zastoupenou skupinou se stala 40 let a méně, s počtem 2 (2 %) respondentů.

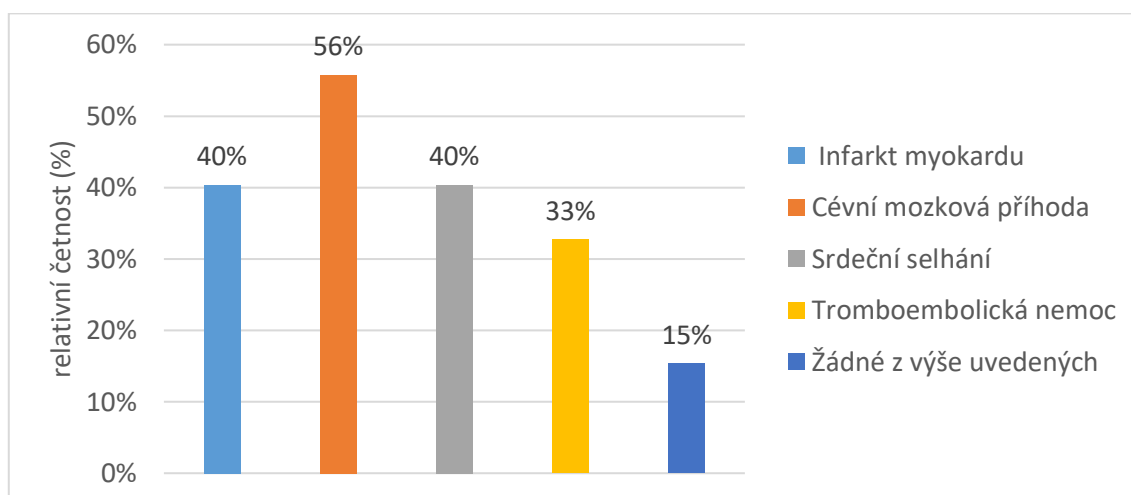
Otázka: Pohlaví respondentů



Graf 2: Pohlaví respondentů

V tomto grafu vidíme větší zastoupení mužů, konkrétně 73 (69 %). Zastoupení žen v tomto výzkumu je 32 (31 %) z celkového počtu respondentů, který činil počet 104.

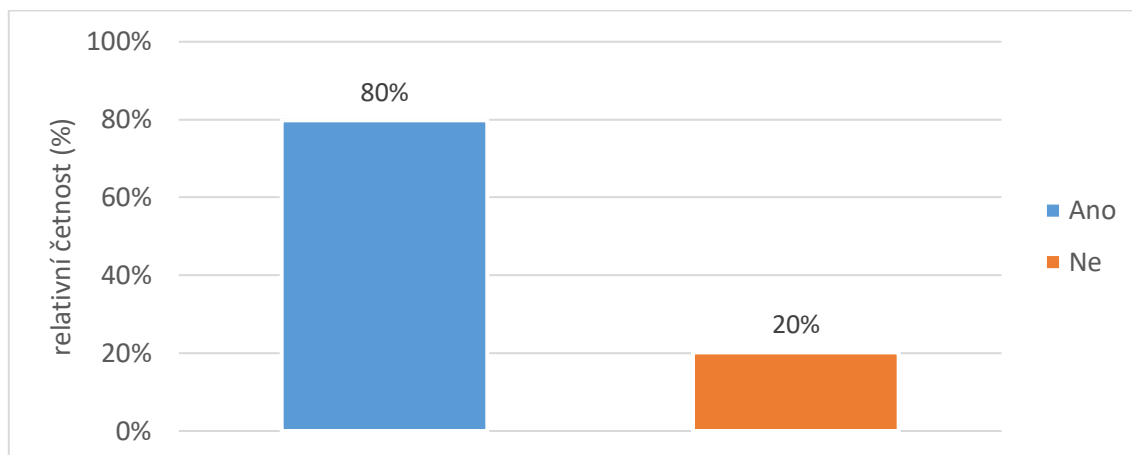
Otázka č. 1: Jaké komplikace znáte spojené s fibrilací síní? (více možných odpovědí)



Graf 3: Znalost pacientů o komplikacích spojených s fibrilací síní

Tento graf znázorňuje znalost dotazovaných 104 respondentů, jaké jsou jim známy komplikace spojené s fibrilací síní. Tázaní respondenti měli možnost odpovědět více než jednu uvedenou možnost, proto uvedená procenta nedávají součet 100 %. Největší počet respondentů odpovědělo možnost b) cévní mozková příhoda a to celkem 58 respondentů (56 %). Druhé místo v grafu společně zaujímá možnost a) infarkt myokardu a možnost c) srdeční selhání, takto odpovědělo u obou odpovědí 42 respondentů (40 %). Třetí, nejčastěji opakovanou odpovědí byla odpověď d) tromboembolická nemoc, kterou označilo 34 respondentů (33 %). 16 respondentů (15 %) odpovědělo, že žádné z uvedených komplikací neznají.

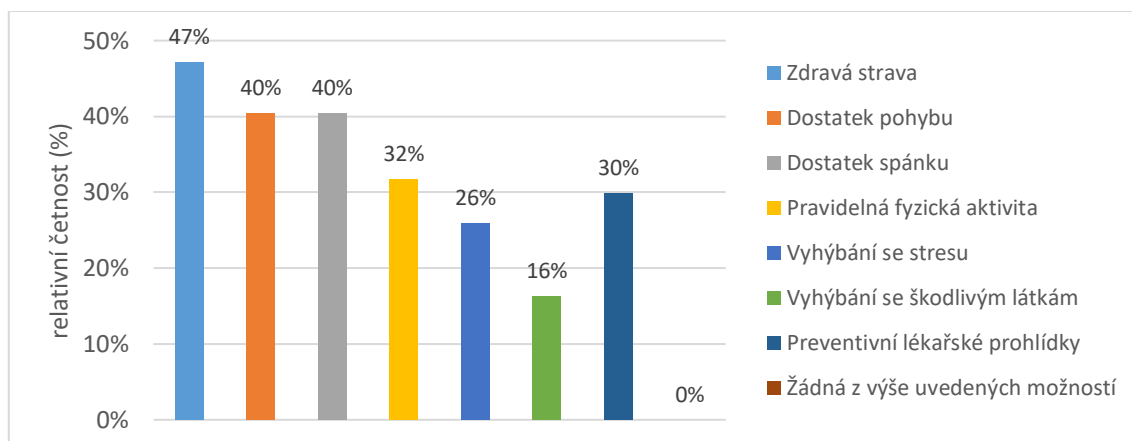
Otázka č. 2: Užíváte léky na ředění krve?



Graf 4: Zastoupení respondentů užívající léky na ředění krve

83 (80 %) respondentů odpovědělo, že užívají léky na ředění krve, zbylých 21 (20 %) respondentů léky na ředění krve neužívá.

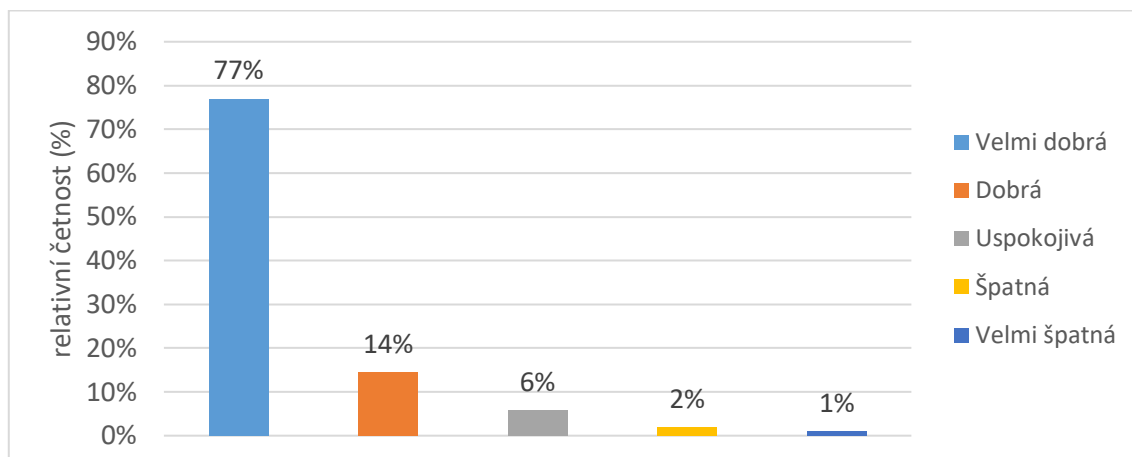
Otázka č. 3: Co si představíte pod zdravým životním stylem? (více možných odpovědí)



Graf 5: Definice zdravého životního stylu podle respondentů

Na tuto otázku opět mohli respondenti označovat více možností, proto tedy součet procent nedává 100 %. Z celkového počtu 104 respondentů označilo nejvíce respondentů odpověď a) zdravá strava, tedy 49 (47 %). Druhá nejčastější odpověď byla odpověď b) dostatek pohybu a c) dostatek spánku, tyto odpovědi dosáhly stejného počtu respondentů tedy 42 (40 %). V tomto grafu třetí pozice dosáhla odpověď d) pravidelná fyzická aktivita, kterou označilo 33 (32 %) respondentů. Jen o dva respondenty méně tedy 31 (30 %) respondentů označilo odpověď g) preventivní lékařské prohlídky. 27 (26 %) respondentů považuje za zdravý životní styl odpověď e) vyhýbání se stresu. Odpověď f) vyhýbání se škodlivým látkám vybral počet 17 (16 %) respondentů. Žádný z počtu 104 respondentů neoznačil odpověď h) žádná z výše uvedených.

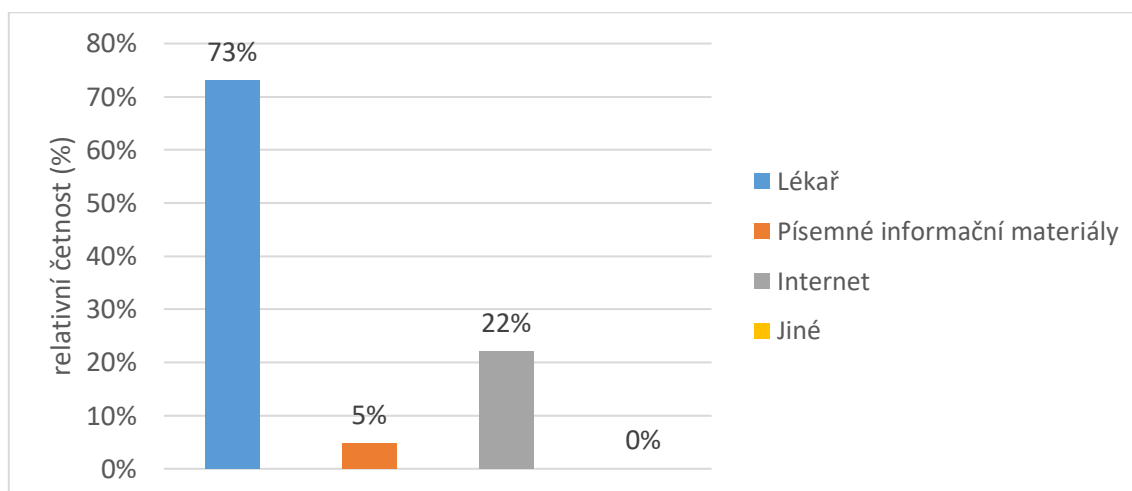
Otázka č. 4: Jak hodnotíte komunikaci s lékařem?



Graf 6: Hodnocení komunikace s lékařem

80 (77 %) respondentů ohodnotilo komunikaci s lékařem jako velmi dobrou. 15 (14 %) vyhodnotilo komunikaci s lékařem jako dobrou. 6 (6 %) jako uspokojivou. 2 (2 %) jako špatnou. Pouhý jeden (1 %) respondent se setkal s velmi špatnou komunikací. Můžeme tedy vyvodit, že téměř naprostá většina se setkala s velmi dobrou komunikací s lékařem.

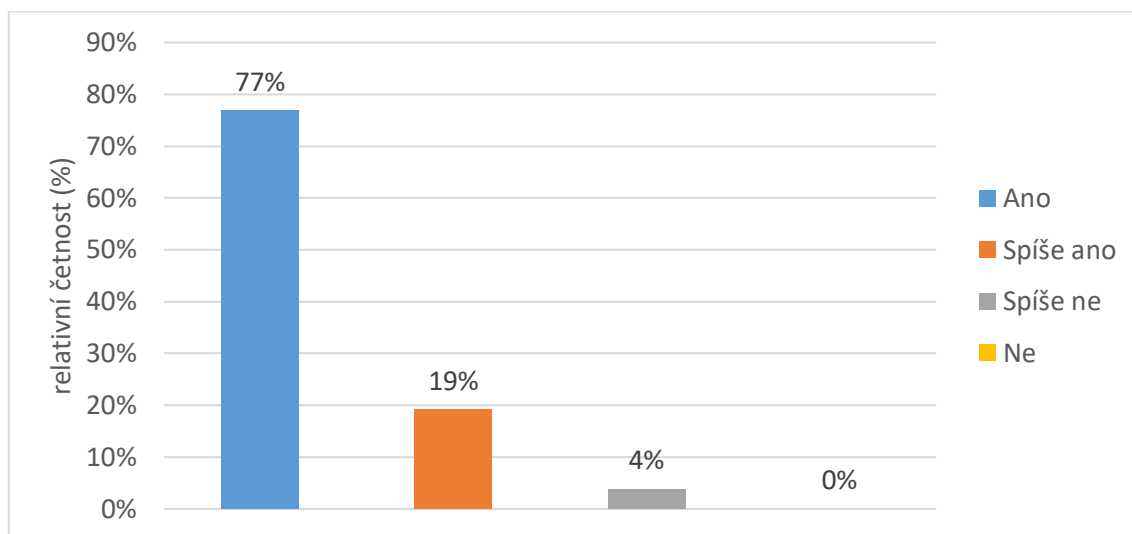
Otázka č. 5: Jaký zdroj pro získávání informací nejčastěji používáte?



Graf 7: Nejčastější zdroje pacientů pro získávání informací

V tomto grafu je nejvíce zastupovanou odpovědí odpověď a) lékař, tuto odpověď celkem ze 104 respondentů označil počet 76 (73 %). S výrazným rozdílem byla na druhém místě označována odpověď c) internet a to počtem 23 (22 %) respondentů. Z celkového počtu si našla malé zastoupení odpověď b) písemné informační materiály, tuto možnost označilo pouhých 5 (5 %) respondentů. Žádný respondent neuvedl možnost d) jiné.

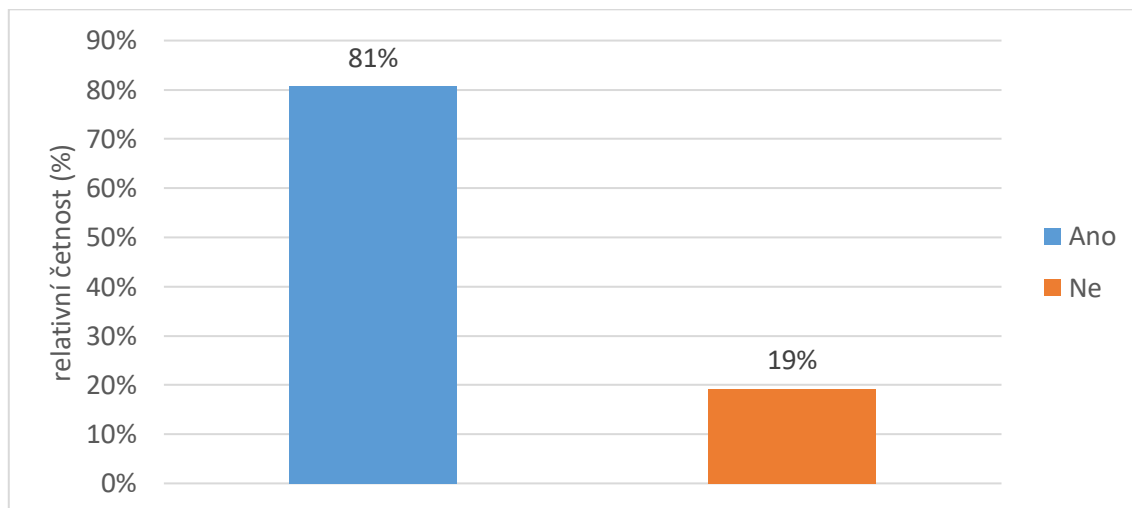
Otázka č. 6: Jste podle Vás dostatečně informován o vaší léčbě fibrilace síní?



Graf 8: Dostatečná informovanost pacientů ohledně léčby

Většina respondentů z počtu dotazovaných 104 označila odpověď ano, s počtem 80 (77 %) respondentů. Můžeme tedy říci, že většina respondentů je dostatečně informována o jejich léčbě. Respondenti, kteří označili odpověď, že jsou spíše informováni má zastoupení 20 (19 %) respondentů. Pouze 4 (4 %) označili, že spíše informováni nejsou. Nikdo z dotazovaných neoznačil odpověď ne.

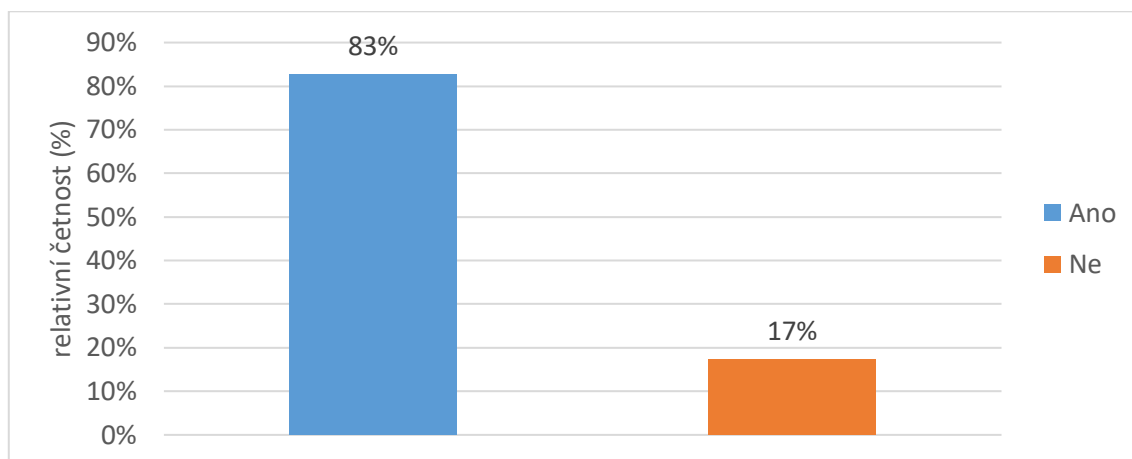
Otázka č. 7: Edukoval vás váš kardiolog/lékař o prevenci komplikací?



Graf 9: Edukace kardiologa o prevenci komplikací

Počet respondentů, kteří byli edukováni kardiologem činil počet 84 (81 %) respondentů z počtu 104 dotazovaných. Tento počet označil odpověď ano. Odpověď ne označilo 20 (19 %) dotazovaných.

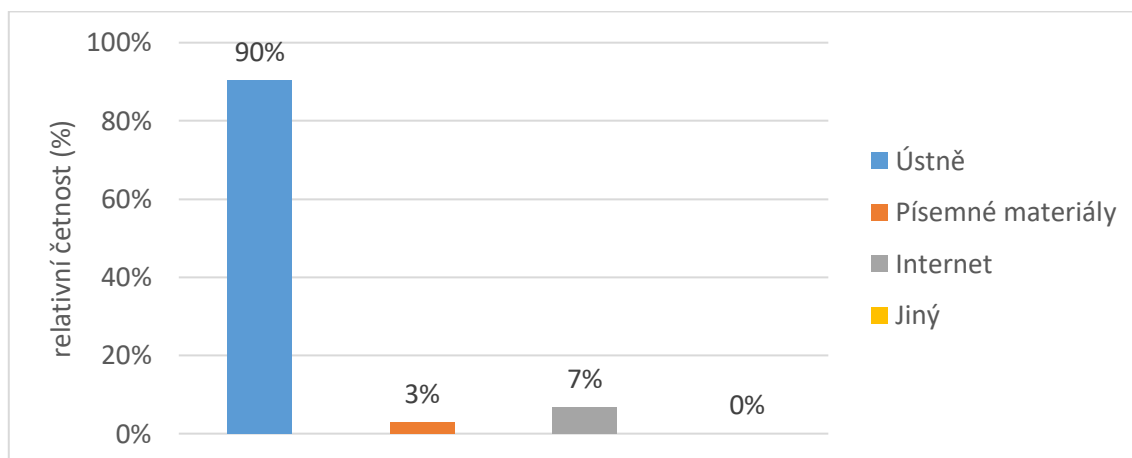
Otázka č. 8: Máte dostatek informačních materiálů?



Graf 10: Dostupnost informačních materiálů

Na první pohled lze vidět, že většinou respondentů z počtu 104 odpovědělo, že mají dostatek informačních materiálů, tedy odpověď ano označilo 86 (83 %) respondentů. Odpověď ne označilo 18 (17 %) respondentů, tedy menšina. Větší počet respondentů považuje za to, že má tedy dostatek informačních materiálů.

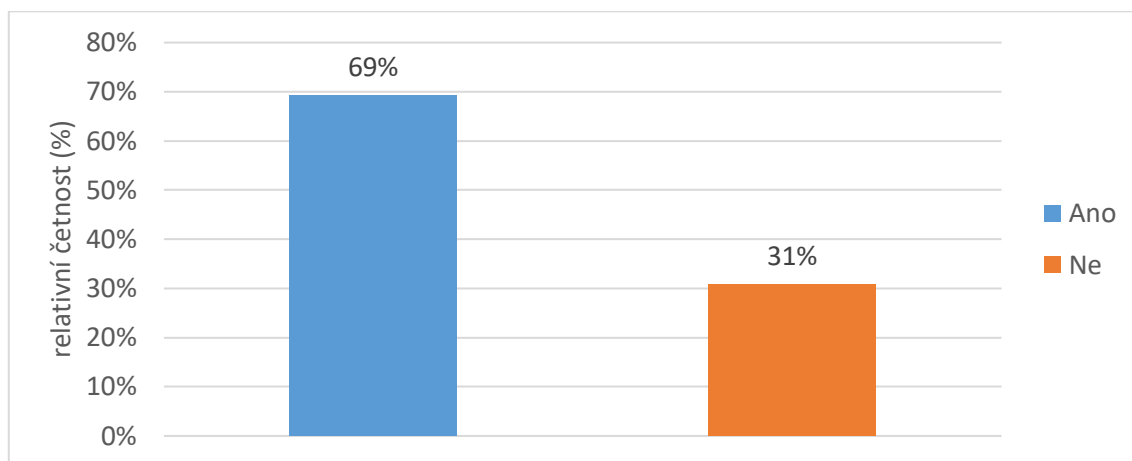
Otázka č. 9: Jaký způsob sdělení informací preferujete?



Graf 11: Preferované způsoby sdělení informací

S velkým přehledem lze vidět, že respondenti nejvíce preferují ústní sdělení informací. Odpověď a) ústně označilo celkem 94 (90 %) respondentů. Preference internetu má zastoupení 7 (7 %) respondentů, tedy označení odpovědi c) internet. Odpověď b) písemné materiály označili pouze 3 (3 %) dotazovaní respondenti z celkového počtu 104. odpověď d) jiný neodpověděl nikdo.

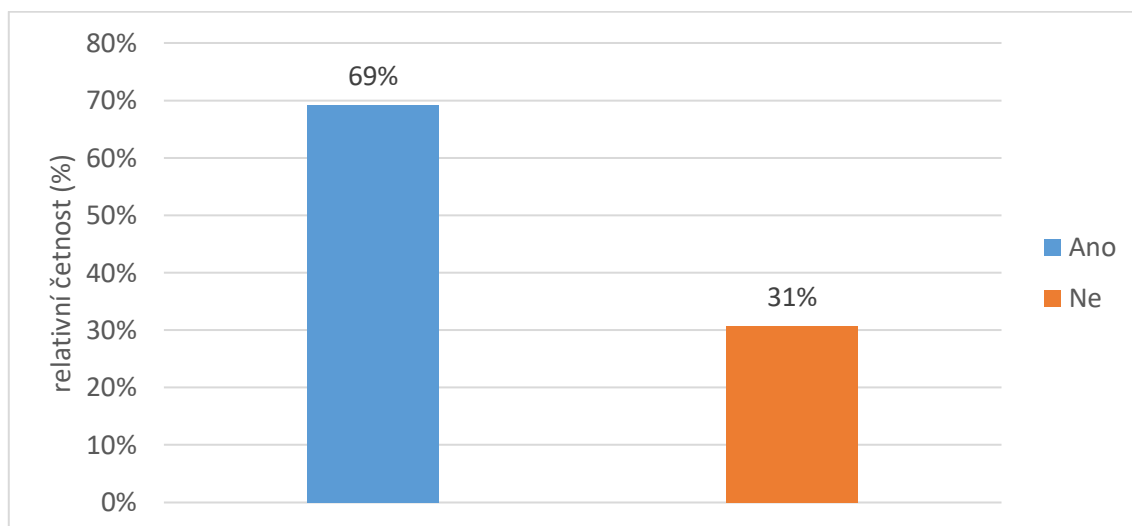
Otázka č. 10: Máte svého kardiologa?



Graf 12: Počet respondentů v péči kardiologa

Na tuto otázku odpovědělo ano z počtu respondentů 104 celkem 72 (69 %) respondentů. Počet respondentů, kteří nemají svého kardiologa činí 32 (31 %). Tento počet označil odpověď ne.

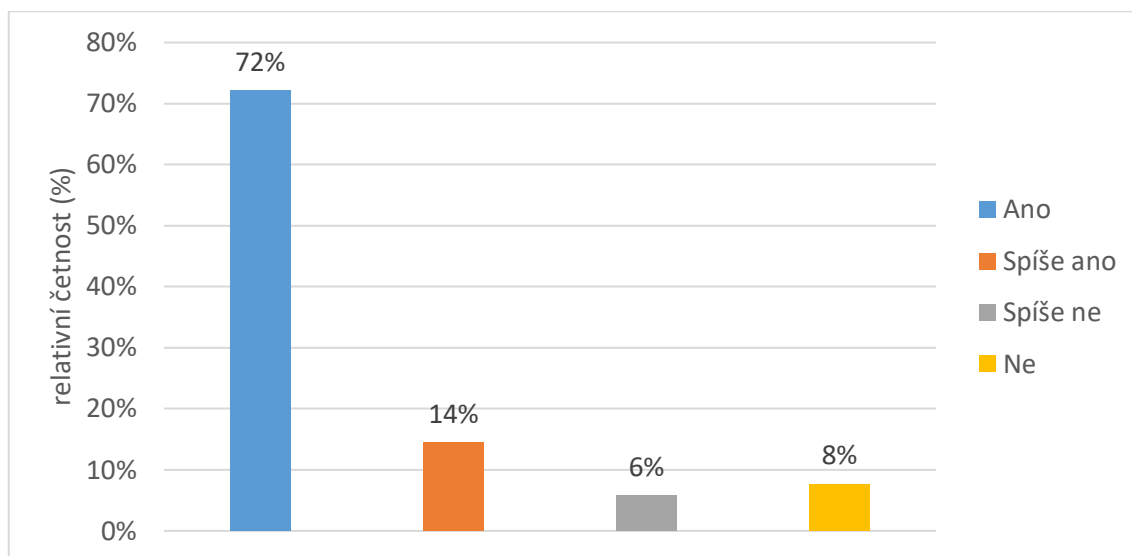
Otázka č. 11: Docházíte pravidelně na kontroly ke kardiologovi?



Graf 13: Dochází pacienti pravidelně na kontroly?

Z dotazovaných 104 respondentů dochází na pravidelné lékařské prohlídky počet 72 (69 %) respondentů. Ne označilo 32 (31 %) respondentů. Můžeme usoudit, že dle předchozího grafu na prohlídky dochází každý respondent, který je dispenzarizován u svého kardiologa.

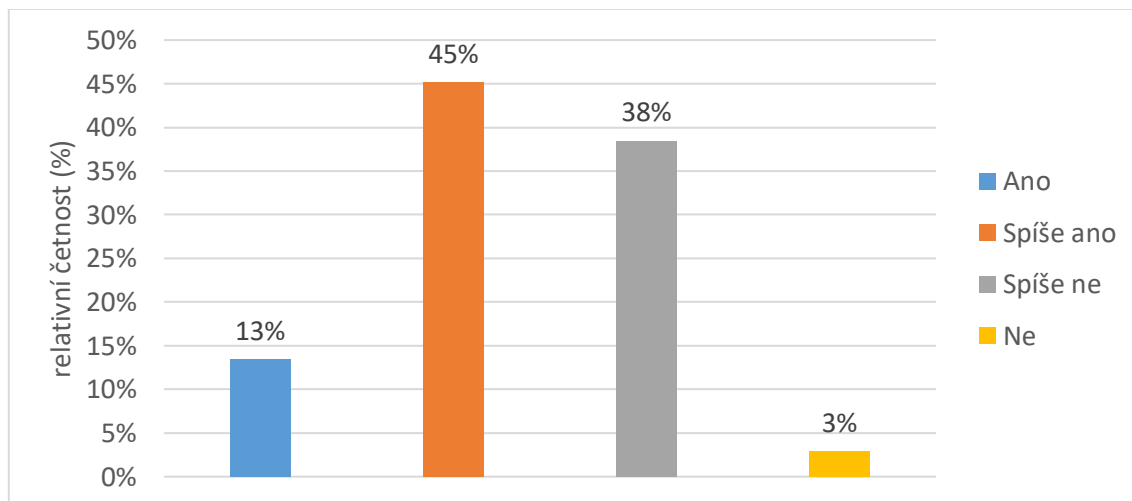
Otázka č. 12: Užíváte medikaci přesně dle doporučení lékaře/kardiologa?



Graf 14: Užívání medikace pacientů dle doporučení

75 (72 %) respondentů, tedy největší zastoupení získala odpověď ano. Tedy většina z dotazovaných 104 respondentů užívá medikaci, dle doporučení lékaře. Odpověď spíše ano označilo 15 (14 %) respondentů, tato odpověď je druhou nejčastější. 8 (8 %) respondentů označilo ne, tedy těchto 8 respondentů neužívá medikaci dle doporučení lékaře, tato odpověď je označovaná na třetím místě z uvedených čtyřech odpovědí. Zbýlých 6 (6 %) respondentů označilo spíše ne.

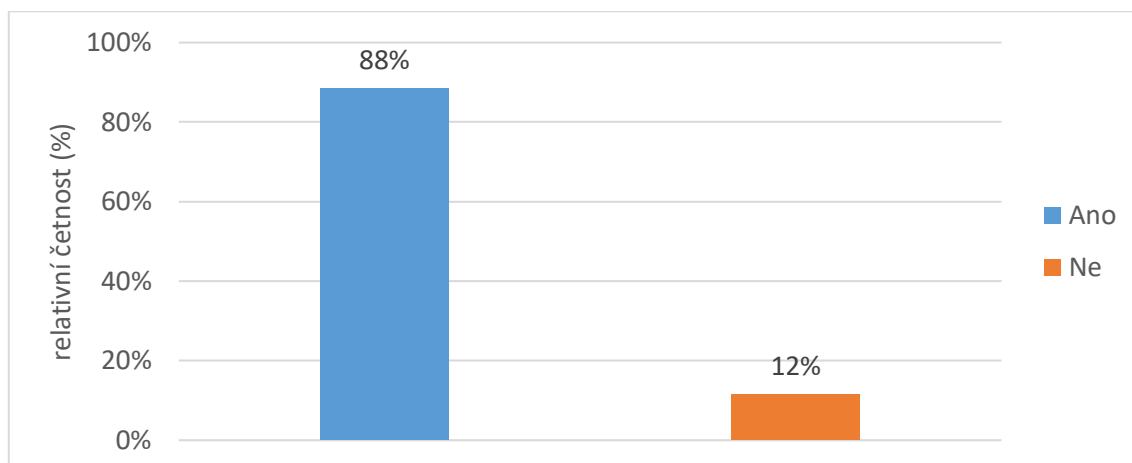
Otázka č. 13: Změnili jste nějakým způsobem svůj životní styl?



Graf 15: Změna životního stylu pacientů

Odpověď spíše ano označilo nejvíce respondentů tedy 47 (45 %) z celkem 104 dotazovaných. Těsně označovalo počet 40 (38 %) respondentů odpověď spíše ne. Ano označilo 14 (13 %) respondentů. Poslední 3 (3 %) respondenti označili odpověď ne.

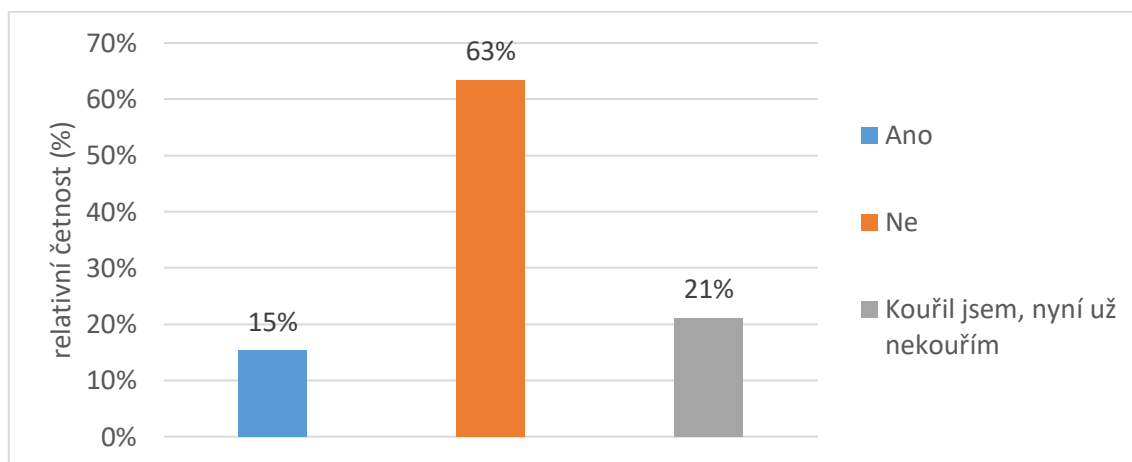
Otázka č. 14: Snažíte se o zlepšení svého životního stylu? / Dodržujete správnou životosprávu?



Graf 16: Snaha pacientů o zlepšení zdravého životního stylu

Tento graf znázorňuje snahu respondentů o zlepšení svého životního stylu, tuto snahu označili odpovědí ano počet 92 (88 %) respondentů. Naopak odpověď ne označilo 12 (12 %) respondentů, lze tento počet tedy z celkového počtu 104 považovat za ty, co se o zlepšení své životosprávy nesnaží.

Otázka č. 15: Kouříte?



Graf 17: počet respondentů, kteří kouří

Zde početní skupina 66 (63 %), tedy největší zastoupení respondentů označila odpověď ne, že nekouří. 22 (21 %) respondentů označilo odpověď kouřil jsem, nyní už nekouřím. Poslední zastoupení si získala odpověď ano, a to s počtem 16 (15 %) respondentů. Na první pohled lze vyčíst, že z celkového počtu 104 respondentů převládá zastoupení nekuřáků.

3 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti pacientů s fibrilací síní o jejich znalostech prevence komplikací. Pro splnění tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky. Výzkumné šetření probíhalo formou kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku, který jsem sama vytvořila. Výzkum probíhal zcela anonymně a byl rozdáván pacientům hospitalizovaných na kardiologickém oddělení Nemocnice Jihlava, p. o. Ve výzkumné části byla data zpracována od 104 respondentů z tohoto oddělení.

Výzkumná otázka č. 1: Jakou úroveň znalostí mají pacienti s fibrilací síní o prevenci komplikací?

V úvodu dotazníku jsou první dvě otázky demografického charakteru, byly začleněny z důvodu možného vlivu na informovanost pacientů. U otázky na věk respondenti mohli označit odpovědi v rozsahu od 40 let a méně až do 81 let a více. V této otázce byla nejčastější odpověď 70 let a méně, a to s počtem 37 (36 %) respondentů. Na druhém místě byl věk 60 let a méně, to konkrétně odpovědělo 25 (24 %) respondentů. Nejméně zastoupenou skupinou se stala skupina 40 let a méně, s počtem 2 (2 %) respondentů. Lze tedy vyvodit, že nejčastěji se onemocnění fibrilace síní objevuje u věkových kategorií od 51 let do 70 let. Druhá otázka v dotazníku byla zaměřena na pohlaví respondentů. V mém výzkumu vyšlo, že častěji zastupované pohlaví s daným onemocněním je pohlaví mužské. Konkrétní zastoupení mužského pohlaví bylo 73 (68 %) respondentů. Ženy byly zastoupeny v počtu 32 (31 %) respondentek. Dufková (2023) ve své diplomové práci uvádí, že dle jejího výzkumu FS se častěji setkáváme u žen než u mužů. Já v mém výzkumu uvádím opak. Turakhia, Shafrin, Bognar, et al. (2018) ve výzkumu uvádí průměrný věk výskytu fibrilace síní 56-79 let, což se v mém výzkumu velmi shoduje. Zastoupení mužského pohlaví v tomto výzkumu bylo 57 % a zastoupení žen bylo 43 %. V tomto výzkumu tedy převažovalo pohlaví mužské, což je i ve shodě s mým výsledkem.

Otázka č. 1 zjišťovala, jaké komplikace spojené s fibrilací síní znají respondenti. V této otázce respondenti mohli odpovědět na více než jednu uvedenou možnost. Na výběr měli možnosti a) infarkt myokardu, b) cévní mozková příhoda, c) srdeční selhání, d) tromboembolická nemoc, e) žádné z výše uvedených. Počet 58 (56 %) respondentů, tedy nejvíce odpovědělo, že znají cévní mozkovou příhodu. Shodně respondentů označilo odpovědi infarkt myokardu a srdeční selhání a to počet 42 (40 %) respondentů. Tromboembolickou nemoc označilo 34 (33 %) respondentů. A 16 (15 %) respondentů označilo, že nezná žádnou komplikaci spojenou s daným onemocněním. Dalo by se s přehledem říci, že naprostá většina zkoumaného vzorku respondentů zná alespoň 1 komplikaci a to konkrétně 88 (85 %) respondentů.

Otázka č. 2 se respondentů ptala, zdali užívají léky na ředění krve, odpověď ano jsem získala od 83 (80 %) respondentů. Ne odpovědělo zbylých 21 (20 %). Tato otázka byla v mém výzkumu velmi důležitou, jelikož antikoagulační terapie v léčbě onemocnění fibrilace síní je naprosto klíčovou v prevenci komplikací. Proto bych výsledek této otázky zhodnotila kladně, jelikož léky na ředění krve užívá většina respondentů. Dufková (2023) ve svém šetření zjišťovala, zda respondenti užívají pravidelně předepsanou antikoagulační léčbu. odpověď ano zaznamenala u 75,91 %. Odpověď spíše ano uvedlo 21,17 % respondentů. Stejný počet odpovědí získala možnost spíše ne a ne, kterou uvedlo 1,46 % respondentů. Tyto naše dvě položené otázky jsou velmi podobné a s výsledkem jsme téměř ve shodě.

Otázka č. 3 byla zaměřena co si respondenti představí pod zdravým životním stylem. Zde byla možnost označit více odpovědí. Možnosti, které měli možnost označovat byly a) zdravá strava, b) dostatek pohybu, c) dostatek spánku, d) pravidelná fyzická aktivita, e) vyhýbání se stresu, f) vyhýbání se škodlivým látkám, g) preventivní lékařské prohlídky, h) žádná z výše uvedených možností. Nejvíce respondentů se shodlo, že si pod tímto pojmem představí zdravou stravu a to konkrétně 49 (47 %) respondentů. Shodný počet 42 (40 %) respondentů dále označil dostatek pohybu a spánku. Pravidelnou fyzickou aktivitu označilo 33 (32 %) respondentů. Preventivní lékařské prohlídky byly čtvrtou nejčastěji označovanou možností, kterou označilo 31 (30 %) respondentů. Vyhýbání se škodlivým látkám pak označilo 17 (16 %) respondentů. Nikdo z vybraného vzorku 104 respondentů nevybral možnost, kde nesouhlasí s žádnou z nabízených možností. Ani polovina respondentů se v žádné z nabízených odpovědí neshodla na jedné konkrétní. Žádná z uvedených odpovědí si nezískala poloviční shodu celkového počtu respondentů. Tudíž můžeme vyvodit, že představy respondentů o zdravém životním stylu nejsou jednotné, avšak lze usoudit, že každý respondent odpověděl správně na tuto otázku, protože všechny možnosti spadají pod pojem zdravý životní styl. Jen je na každém jedinci, čemu v daném výběru dává přednost pro své zdraví.

Otázka č. 4 se ptala respondentů na hodnocení komunikace s lékařem. 80 (77 %) respondentů odpovědělo, že hodnotí komunikaci velmi dobře, že jim lékař věnoval dostatek času, srozumitelně vysvětlil diagnózu a léčbu a dostali prostor k položení dotazů. 15 (14 %) respondentů hodnotilo komunikaci jako dobrou, 6 (6 %) respondentů hodnotilo uspokojivě, 2 (2 %) respondenti hodnotili jako špatnou, a pouhý jeden respondent se setkal velmi špatnou komunikací. S tímto výsledkem jsem spokojena, jelikož většina respondentů hodnotila komunikaci kladně. Je zde i počet respondentů, co označil komunikaci uspokojivou až velmi špatnou, což mě velmi mrzí, ale je to jen malé procento. Doufám, že se nadále budou respondenti setkávat jen s dobrou komunikací, protože to může poukazovat i na vliv informovanosti pacientů, vzhledem k tomu, že jim lékař bude věnovat dostatek času a dostanou i prostor k položení dotazů.

Výzkumná otázka č.2: Jaké faktory mají vliv na rozdíly v informovanosti pacientů s fibrilací síní?

Otázka č. 5 zjišťovala, jaký zdroj pro získávání informací respondenti nejčastěji používají. Jednoznačně u respondenti volí sdělení informací přímo od lékaře, konkrétně tak odpovědělo 76 (73 %) respondentů. 23 (22 %) respondentů primárně vyhledává informace na internetu. Písemné informační materiály zvolilo pouhých 5 (5 %) respondentů. Žádný z respondentů nezvolil možnost pro jiné získávání informací. Lze vyvodit, že naprostá většina respondentů dává přednost sdělením informací lékařem, před volbou internetu či písemnými materiály.

Otázka č. 6 se ptala respondentů, zdali jsou dostatečně informováni o jejich léčbě fibrilace síní. Ano odpovědělo 80 (77 %), spíše ano odpovědělo 20 (19 %), spíše ne označili pouze 4 respondenti a odpověď ne neoznačil nikdo. S tímto výsledkem jsem spokojena, jelikož většina respondentů odpověděla, že jsou dostatečně informováni.

Otázka č. 7 se dotazovala respondentů na edukaci od jejich ošetřujícího kardiologa či lékaře. Počet respondentů, kteří byli edukováni činil 84 (81 %). Zbýlých 20 (19 %) respondentů označil, že edukováni nebyli. V této otázce byla více než polovina edukována, což poukazuje na vysoký počet informovanosti pacientů o komplikacích i prevenci. Ale je stále třeba tuto informovanost ještě zlepšit.

Otázka č. 8 byla zaměřena na to, jestli mají respondenti dostatek informačních materiálů. Tato otázka se téměř shodovala s odpověďmi s otázkou č. 7. Odpověď ano označilo 86 (81 %) a odpověď ne označilo 18 (19 %) respondentů. Závěr je tedy dost podobný tím, že většina pacientů má dostatek informačních materiálů, a to by mohlo znamenat i to, že často mohou odpovědi na své otázky hledat právě na internetu či v písemných materiálech, které mohou dostat například formou letáku u svého lékaře.

Otázka č. 9 byla položena respondentům, jaký způsob sdělení informací preferují. Tato otázka je velmi podobná s otázkou č. 5 ovšem ta byla spíše zaměřena na to, kde tyto informace respondenti vyhledávají. Tato otázka se ptá odkud pacienti chtějí primárně získat informace. Zde jsou i výsledky velmi podobné, ale o něco více respondentů zde zvolilo ústní podání informací a to konkrétně 94 (90 %) respondentů. 7 (7 %) respondentů by volilo primárně internet, což můžeme chápat i jako, že si informaci vyhledají ještě dříve, než by jim tyto informace sdělil lékař. 3 (3 %) upřednostňují písemné informační materiály. Žádný z respondentů neuvedl, že by preferoval jinou možnost způsobu sdělení informací.

Výzkumná otázka č.3: Jaký je postoj pacientů s fibrilací síní k léčebnému programu?

Otázka č. 10 zjišťovala kolik respondentů má svého kardiologa. Z celkového počtu respondentů má svého kardiologa celkem 72 (69 %) respondentů. 32 (31 %) respondentů kardiologa nemá.

Otázka č. 11 zkoumala, zdali respondenti pravidelně dochází na kontroly ke kardiologovi. Výsledky byly naprosto shodné s otázkou č. 10 tedy 72 (69 %) dochází na kontroly a 32 (31 %) nedochází pravidelně na kontroly. Z tohoto můžeme vyvodit, že každý respondent, který je v péči kardiologa pravidelně dochází na kontroly.

Otázka č. 12 se dotazovala respondentů na užívání medikace dle doporučení kardiologa či lékaře. 75 (72 %) respondentů uvedlo, že ano. 15 (14 %) uvedlo, že spíše ano, 8 (8 %) uvedlo, že ne a spíše ne označilo 6 (6 %) respondentů. Vzhledem k otázce č. 6, kde jsem se respondentů ptala na dostatečnou informovanost o léčbě, ano odpovědělo 80 (77 %), spíše ano odpovědělo 20 (19 %) respondentů, tak medikaci dle doporučení užívá o několik respondentů méně i vzhledem k vyšší informovanosti. Dufková (2023) se dotazovala respondentů ve svém šetření na pravidelnost užívání léků. V její práci ano odpovědělo 75,91 %, spíše ano 21,17 %, spíše ne 1,46 a ne 1,46 %. S Dufkovou (2023) se v odpovědi ano téměř shodujeme ona uvádí 75 % mně vyšlo 72 %, odpověď spíše ano je u Dufkové (2023) 21,17 %, mne vyšlo 15 %, což je opět velmi podobný výsledek. Dále uvádí Dufková (2023) u odpovědi spíše ne, a ne stejný výsledek a to 1,14 %. Z mého šetření u těchto odpovědí vyšlo 8 % a 6 %. V této otázce se naše výsledky o moc neliší, jsou velmi podobné.

Otázka č. 13 měla zaměření na změnu životního stylu vzhledem k onemocnění. Ano odpovědělo 47 (45 %) respondentů. Druhý nejvyšší počet odpovědí získala odpověď spíše ne, tak odpovědělo 40 (38 %) respondentů, což mě velmi překvapilo i přesto, že výsledky k otázkám ohledně informovanosti a edukace byly poměrně vysoké. Spíše ano označilo 14 (13 %) respondentů. Odpověď ne volili 3 (3 %) respondenti. Většina respondentů tedy změnila svůj životní styl, ale vzhledem k vysokému počtu respondentů, kteří spíše svůj životní styl nezměnili je potřeba pacienty v tomto ohledu více edukovat.

Otázka č. 14 se ptala na snahu respondentů o zlepšení životního stylu nebo dodržování správné životosprávy, zde odpovědělo 92 (88 %) respondentů, že ano. Ne odpovědělo zbylých 12 (12 %). V této otázce ale drtivá většina respondentů projevila snahu o zlepšení životního stylu.

Otázka č. 15 je finální otázkou dotazníku, kde se ptám respondentů, jestli kouří. Tato otázka je úzce spjatá se správnou životosprávou. Výsledky dopadly tak, že 66 (63 %) respondentů nekouří, 22 (21 %) odpovědělo, že kouřili, nyní už nekouří a počet kouřících respondentů je 16 (15 %).

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Onemocnění fibrilace síní je nejčastější arytmií, která v posledních letech získala velký nárůst. Pojí se s řadou rizikových faktorů a možných komplikací, pokud pacienti nebudou dodržovat doporučené léčebné postupy a zajímat se o svůj životní styl jsou ohroženi závažnými komplikacemi, které je ohrožují na životě. Proto je důležité, aby především lékaři či konkrétně kardiologové informovali a edukovali svoje pacienty o jejich onemocnění, léčbě a hrozících komplikacích. Proto byl mou osobou vytvořen edukační leták pro pacienty, kde je stručně charakterizováno onemocnění fibrilace síní, způsoby prevence komplikací, co sledovat a kdy navštívit svého lékaře. Tento leták by mohli využívat kardiologové či praktičtí lékaři ve svých ambulancích, aby vedli pacienty k dodržování léčby a předcházeli hrozícím komplikacím. Pacienti dle mého výzkumu ovšem preferují ústní sdělení, ale často se stává, že nemusí pochytit všechny informace, co jim lékař sdělil, a proto vždy mohou pacienti nahlédnout do tohoto letáku, kde mají vypsane základní informace. Vytvořený edukační leták by mohl být využit i pro pacienty nejen v ambulantní péči, ale i na různých odděleních v nemocnicích, kde by ho pacienti mohli dostávat ze stejného důvodu při propuštění do domácí péče. Z praxe mnohdy lékaři nemají dostatek času a může se stát, že i lékař nemusí sdělit pacientovi dopodrobna všechny informace, proto by tento leták mohl být v praxi velkým přínosem. Z výzkumu usuzuji, že by bylo vhodné zaměřit se na oblast edukace o léčebném programu. Pacienti s fibrilací síní by měli obdržet srozumitelné a snadno dostupné edukační materiály o prevenci komplikací. Tyto materiály by měly být psány srozumitelnou formou a obsahovat informace o nejčastějších komplikacích, důležitosti užívání léků na ředění krve a zásadách zdravého životního stylu. Pacienti s fibrilací síní by měli mít možnost individuálního poradenství s lékařem, sestrou nebo jiným kvalifikovaným zdravotníkem. V rámci poradenství by pacienti měli získat informace o prevenci komplikací, zodpovědět své dotazy a získat podporu při zavádění zdravého životního stylu. Využití webových stránek, mobilních aplikací a dalších informačních technologií může pacientům s fibrilací síní usnadnit přístup k informacím o prevenci komplikací. Tyto technologie by měly být snadno použitelné a obsahovat spolehlivé a aktuální informace. Pacienti by měli mít možnost účastnit se programů podpory zdravého životního stylu, které by jim pomohly s úpravou stravy, zvýšením fyzické aktivity a zvládáním stresu. Tyto programy by měly být vedeny odborníky a přizpůsobeny individuálním potřebám pacientů.

Z mého šetření vyplývá, že pacienti jsou poměrně informováni, ale je co zlepšit. Zavedení těchto doporučení by mohlo zlepšit informovanost pacientů o prevenci komplikací, vést je ke zdravému životnímu stylu, dodržovat nastavený léčebný program, a tím komplikacím předcházet.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala informovaností pacientů s fibrilací síní o prevenci komplikací. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti pacientů s fibrilací síní o jejich znalostech prevence komplikací.

Bakalářská práce je dělena do dvou částí, a to na současný stav problematiky a výzkumnou část. V první kapitole je popsáno onemocnění fibrilace síní, která je nejčastější srdeční arytmií a která může způsobit závažné komplikace při nedodržení léčby. Jsou zde popsány rizikové faktory, kterým bychom se s ohledem na prevenci měli věnovat. Věnuji se zde i popisu toho, jak se fibrilace síní léčí, je zde popsána farmakologická a nefarmakologická léčba. Důležitá kapitola je přímo o komplikacích spojených s fibrilací síní. V návaznosti na tuto kapitolu je popsána antikoagulační léčba, která je úzce spjatá s onemocněním fibrilace síní. Dále jsou zde zmíněny doporučená vyšetření při zjištění FS. Následující velmi významná kapitola je věnována edukaci pacienta při propuštění z nemocničního prostředí. Tato kapitola je v pobírané problematice velmi důležitou, a i přínosnou pro praxi, a to i další kapitola o prevenci. Závěrem problematiky je rozebrána informovanost pacientů.

Výzkumná část práce se věnuje zpracování získaných dat. Výzkumné šetření probíhalo formou kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku, který jsem sama vytvořila. Výzkum probíhal zcela anonymně a byl rozdáván pacientům hospitalizovaným na kardiologickém oddělení Nemocnice Jihlava, p. o. Ve výzkumné části byla data zpracována od 104 respondentů z tohoto oddělení. Výsledky jsou zobrazeny pomocí sloupcových grafů.

První výzkumná otázka zjišťovala, jakou úroveň znalostí mají pacienti s fibrilací síní o prevenci komplikací. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že pacienti s fibrilací síní jsou poměrně informováni o prevenci komplikací. Většina respondentů (85 %) znala alespoň jednu komplikaci spojenou s fibrilací síní. Nejčastěji znali cévní mozkovou příhodu (56 %), infarkt myokardu a srdeční selhání (shodně 40 %). Tromboembolickou nemoc znalo 33 % respondentů a 15 % respondentů nevědělo o žádné komplikaci. Většina respondentů (80 %) užívala léky na ředění krve, což je důležitá součást prevence komplikací. Pacienti si pod pojmem zdravý životní styl představovali nejčastěji zdravou stravu (76 %), dostatek pohybu (73 %) a vyhýbání se stresu (68 %). Většina pacientů ohodnotila komunikaci s lékařem za velmi dobrou, proto komunikace s lékařem může mít dobrý vliv na znalosti pacientů o komplikacích, jelikož jim lékař vše vysvětlil a většina pacientů měla prostor i na položení otázky. V první výzkumné otázce byla zjišťována úroveň znalostí ohledně komplikací, která je poměrně vysoká, ale je zde ovšem rezerva, která je potřeba zlepšit.

Ve druhé výzkumné otázce jsou zjišťovány, jaké faktory mají vliv na rozdíly v informovanosti pacientů s fibrilací síní. Nejčastěji jako zdroj pro získání informací pacienti volili lékaře. Tento faktor má očividný dobrý vliv na pacienty, který závisí i na předešlé otázce o komunikaci s lékařem, kde nám bylo potvrzeno, že komunikace bývá velmi dobrá. V této výzkumné otázce dle zjištěných výsledků považujeme za nejdůležitější faktor edukaci lékaře, protože pacienti nedávají takovou váhu tomu, co si najdou na internetu či v písemných materiálech. I přesto, že informačních materiálů mají dostatek, stále preferují způsob sdělení od lékaře, na kterého se nejvíce spoléhají a důvěřují tomu, o čem je informuje.

Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, jaký je postoj pacientů k léčebnému programu. Zde byly výsledky i k předešlé poměrně vysoké informovanosti poněkud horší, což mě velmi překvapilo. Stále je jisté procento konkrétně 31 % pacientů, co nemá svého kardiologa. Je to dáno pravděpodobnou mezerou v informovanosti pacientů. Či by se snad mohlo jednat i o nedostatek volných míst v kardiologických ambulancích. V této oblasti je tedy třeba zlepšení. Se shodnými výsledky je i pravidelnost docházení na kontroly. Ovšem můžeme říci, že pacienti, kteří mají svého kardiologa dochází i pravidelně na kontroly, v tomto ohledu jsou výsledky výborné. Co se týče užívání medikace je zde jistá řada pacientů, která na užívání medikace neklade veliký důraz, a to i ohledně změny životního stylu, kde sice část respondentů svůj životní styl moc nezměnila, ale většina se snaží. Postoj pacientů k léčebnému programu je oblastí, kde je potřeba největšího zlepšení.

Fibrilace síní je závažné onemocnění, které může vést k závažným komplikacím. Informovanost pacientů o prevenci komplikací je důležitou součástí péče o pacienty s fibrilací síní. Pacienti by měli být poučeni o tom, jaká jsou rizika komplikací, jak těmto komplikacím předcházet. Pacienti by měli být také podporováni v zavádění zdravého životního stylu, který zahrnuje zdravou stravu, dostatek pohybu a zvládání stresu. Cíl práce považuji za splněný.

Seznam použité literatury

- ©Nemocnice Na Homolce, 2024. *Fibrilace síní*, [online]. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-kardiovaskularni-program/11635-kardiologie-kar/informacni-portal-pro-pacienty/16.2-fibrilace-sini>.
- Antikoagulační léčba, 2024. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-04-07]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/819>.
- Antikoagulancia, 2024. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-04-04]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/821>.
- BAUER, Jiří, 2013. Nová antikoagulancia v prevenci kardioembolických iktů u pacientů s nevalvulární fibrilací síní. [online]. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 5. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-5/nova-antikoagulancia-v-prevenci-kardioembolickych-iktu-u-pacientu-s-nevalvularni-fibrilaci-sini-41389>.
- BENNETT, David H., 2014. *Srdeční arytmie: praktické poznámky k interpretaci a léčbě*. Praha: Grada. ISBN 9788024751344.
- ČIHÁK, Robert, Luděk HAMAN a Miloš TÁBORSKÝ, 2016. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Summary of the document prepared by the Czech Society of Cardiology. [online]. *Cor et Vasa*. 58 (6). [cit. 2024-04-05]. ISSN 0010-8650. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.crvasa.2016.11.005>.
- ČIHÁK, Robert, Petr HEINC, Luděk HAMAN, Martin FIALA, Petr NEUŽIL a Ondřej Toman, 2011. Fibrilace síní. [online]. *Cor et Vasa*. vol. 53, iss. Suppl., p. 27-52. [cit. 2024-04-06]. Dostupné z: <https://doi.org/doi: 10.33678/cor.2011.193>.
- DUFKOVÁ, Kamila, 2023. *Pohled pacienta na antikoagulační terapii při onemocnění fibrilace síní*. [online]. [cit. 2024-18-04]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/f3fvq/Diplomova_prace_Dufkova.pdf
- FIALA, Martin, Luděk HAMAN a ČIHÁK Robert, 2021. Doporučení ESC pro diagnostiku a léčbu fibrilace síní, 2020. Souhrn dokumentu připravený Českou kardiologickou společností. [online]. *Cor et Vasa* 63 (2) [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.33678/cor.2021.038>.
- FN Brno, ©2024. *Fibrilace síní*. [online]. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/fibrilace-sini/t5071>.
- CHRISHAN, Joseph Nalliah, Sanders PRASHANTHAN, Hans KOTTKAMP & Jonathan M. KALMAN, 2016. The role of obesity in atrial fibrillation. [online]. *European Heart Journal*. roč. 37, č. 20, s. 565–1572. [cit. 2024-04-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv486>.
- Informovanost pacientů, 2024. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-04-07]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/18>.

- Katetrová ablace fibrilace síní, © 2024. [online]. *Fakultní nemocnice Brno* [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/brozura-katetrova-ablace-fibrilace-sini/f3094>.
- KAUTZNER, Josef, Institut klinické a experimentální medicíny ©2015–2024. *Fibrilace síní*. [online]. [cit. 2024-04-07]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/fibrilace-sini/a-436/>.
- KIRCHHOF, Paulus et al., 2016. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. [online]. *European Heart Journal*. 37(38):2893-2962. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: doi: 10.1093/eurheartj/ehw210.
- MÁLEK, Filip a Ivan MÁLEK, 2018. *Srdeční selhání*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3823-2.
- MAZE procedura, © 2024 [online]. *Fakultní nemocnice Hradec Králové*. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/kch/fibrilace-sini/chirurgicka-lecba-fibrilace-sini/maze-procedura>.
- MCMANUS, David D., Michiel RIENSTRA & BENJAMIN, Emelia J., 2012. An Update on the Prognosis of Patients with Atrial Fibrillation. [online]. *Circulation*. e143 – e146 (10). ISSN 1524-4539. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.129759>.
- MICHALCOVÁ, Jana, Miroslav PENKA, Alena BULIKOVÁ, Jiřina ZAVŘELOVÁ a Andrea ŠTĚPÁNOVÁ, 2016. Nová – přímá perorální antikoagulancia: aktuální přehled. [online]. *Vnitřní lékařství*. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2016/10/08.pdf>.
- Nepravidelný srdeční rytmus může způsobit mrtvici, varují lékaři, 2015. [online]. *FLORENCE: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. [cit. 2024-04-07]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/nepravidelny-srdecni-rytmus-muze-zpusobit-mrtvici-varuji-lekari/>.
- Práva a povinnosti pacientů, 2024. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-04-07]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1075-prava-a-povinnosti-pacientu>.
- SKALICKÁ, Hana a Miloš TÁBORSKÝ, 2022. *Ambulantní kardiologie v praxi: snadno a s přehledem*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3129-7.
- SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ, 2014. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství*. 2., rozš. a dopl. vyd. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4823-8.
- ŠIMEK, Jan, 2020. Fibrilace síní pro praktické lékaře. [online]. *Medical tribune*. [cit. 2024-04-06]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/fibrilace-sini-pro-practicke-lekare/>.
- ŠMÍD, Jiří a Richard ROKYTA, 2017. Atrial fibrillation and its relation to cardiac diseases and sudden cardiac death. *Cor et Vasa* [online]. 59 (4), [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.crvasa.2017.06.005.
- TÁBORSKÝ, Miloš, 2013. *Fibrilace síní: novinky v léčbě 2013*. Asclepius (Axonite CZ). Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-904899-3-6.

- TÁBORSKÝ, Miloš, Josef KAUTZNER, Aleš LINHART, Robert HATALA, Eva GONCALVESOVÁ et al., 2021. *Kardiologie: Svazek I-V*. [online]. Grada Publishing. [cit. 2024-04-01]. ISBN 978-80-271-1439-9.
- TÓTHOVÁ, Valérie, Ivana CHLOUBOVÁ, Radka PROKEŠOVÁ a kolektiv, 2019. *Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2197-7.
- TURAKHIA, Mintu P., Jason SHAFRIN, Katalin BOGNAR et al. 2018. [online] Estimated prevalence of undiagnosed atrial fibrillation in the United States. *PLOS ONE* **13**(4): e0195088. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195088>
- VISSEREN, Frank L J, François MACH, Yvo M SMULDERS, David CARBALLO et al., 2021. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). [online]. *European Heart Journal*. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>.
- VÍTKOVEC, Jiří, Jindřich ŠPINAR, Lenka ŠPINAROVÁ a Ondřej LUDKA, 2018. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0624-0.
- What Is Atrial Fibrillation? Symptoms, Causes, Diagnosis, Treatment, and Prevention, 2022. [online]. *Everyday Health*. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: <https://www.everydayhealth.com/atrial-fibrillation/guide/>.

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Potvrzená žádost o povolení výzkumu

Příloha C – Informační leták