

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

ÚLOHA STRACHU PŘI KATETRIZAČNÍCH
ABLACÍCH U PACIENTŮ S WPW
SYNDROMEM VERSUS AVNRT

Bakalářská práce

Autor práce: **Zuzana Grossová**

Vedoucí práce: **Mgr. Ivana Kupečková**

MUDr. Petr Pařízek, Ph.D.

2007

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

THE ROLE OF FEAR DURING CATHETER
ABLATION IN PATIENTS WITH WPW
SYNDROME COMPARED WITH THOSE
WITH AVNRT

Bachelor's thesis

Author: **Zuzana Grossová**

Supervisor: **Mgr. Ivana Kupečková**

MUDr. Petr Pařízek, Ph.D.

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové, 24. září 2007

.....

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji *Mgr. Ivaně Kupečkové a MUDr. Petru Pařízkovi Ph.D.* za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné připomínky a za čas, který tomu věnovali.

Dále bych ráda poděkovala svému manželovi za psychickou podporu a trpělivost během celého studia.

ÚVOD.....	6
CÍLE PRÁCE.....	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 Definice.....	8
1.1.1 Definice strachu	8
1.1.2 Definice úzkosti	8
1.1.3 Definice supraventrikulárních tachyarytmií	8
1.1.4 Definice AVNRT.....	8
1.1.5 Definice WPW syndromu.....	9
1.1.6 Definice EFV	9
1.2 Úzkost, strach a stres	10
1.3 Projevy úzkosti a strachu	11
1.3.1 Psychické projevy úzkosti a strachu	11
1.3.2 Fyzické projevy úzkosti a strachu.....	11
1.4 Supraventrikulární tachykardie.....	14
1.4.1 Symptomy SVT	14
1.4.2 Vyšetřovací metody SVT.....	14
1.4.3 Léčba SVT	15
1.4.4 Komplikace při katetrizační ablacii	16
1.5 Průběh hospitalizace při katetrizačních ablacích	18
1.5.1 Příjem na oddělení	18
1.5.2 Příprava na výkon	18
1.5.3 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta během zákroku	19
1.5.4 Péče o pacienty po výkonu	19
1.6 Role psychiky u pacientů trpících arytmiemi	20
1.7 Faktory ovlivňující míru strachu a úzkosti při RFA.....	21
1.7.1 Nemoc jako náročná životní situace	21
1.7.2 Hospitalizace.....	21
1.7.3 Informovanost.....	22
1.7.4 Chování zdravotnického personálu.....	23
2 EMPIRICKÁ ČÁST	24
2.1 Cíle průzkumu.....	24
2.2 Vzorek respondentů	24
2.3 Metodika výzkumu	24
2.4 Výsledky průzkumu.....	25
2.4.1 Vyhodnocení anamnestické části dotazníku.....	25
2.4.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku	26
2.4.3 Vyhodnocení rozdílu psychiky u pacientů s WPW a ANVRT.....	54
3 DISKUSE.....	57
4 ZÁVĚR	60
ANOTACE	61
Seznam literatury	63
Seznam grafů	65
Seznam tabulek.....	66
Seznam zkratk	67
Seznam příloh	68
Přílohy.....	69

ÚVOD

Ve zdravotnictví pracuji přibližně 12 let. Každý den přicházím do nemocnice se stejnou samozřejmostí, jako jiní lidé do svého zaměstnání. Avšak v momentě, kdy jsem nucena navštívit zdravotnické zařízení v roli pacienta, byť jen v rámci preventivních prohlídek, zmocňuje se mě zvláštní pocit. Moje mysl se soustředí na vnímání vlastního těla, sama sobě pokládám otázky, zda je opravdu vše v pořádku a zda se nedozvím nic špatného, mám sucho v krku, uvědomuji si tlukot svého srdce a cítím jakési vnitřní napětí.

Pacienti přicházející k nám na operační sál vědí, že jejich srdce nepracuje tak, jak má. Více či méně často vnímají rychlejší tep, mívají závratě, pocit nedostatku vzduchu, slabosti, někteří mohou na krátko ztratit i vědomí. Od nás očekávají vyřešení jejich problému pomocí jakéhosi zákroku, který si v nejlepším případě někteří z nich představují jako srdeční katetrizaci, jež je laické veřejnosti více známá.

V současné době dochází k masivní specializaci jednotlivých medicínských oborů a rozvoji nejrůznějších technologií. Na jedné straně to přináší bezesporu pokrok v léčbě jednotlivých onemocnění, na druhé straně však fakt, že nejen laická veřejnost, ale mnohdy i sami zdravotníci se nedokáží orientovat ve všech dostupných možnostech diagnostiky a léčby. To, co se pro někoho z nás stává rutinou, pro druhého je dosud nepoznaným.

V podvědomí lidí zainteresovaných v kardiologii panuje všeobecně názor, že pacienti trpící arytmiemi jsou více anxiózní. Dosud však není jednoznačně prokázáno, zda určitý typ osobnosti má spojitost s výskytem jistého typu arytmií nebo zda některé projevy arytmií mají vliv na psychiku osobnosti. Přesto je, podle mého názoru často neprávem, již předem pohlíženo na tyto pacienty jako na citlivější. Není to částečně vina nás zdravotníků, že přistupujeme k pacientovi jako k dalšímu výkonu v pořadí a nedokážeme se vcítit do myšlenek někoho, kdo má problémy se srdcem – nejdůležitějším orgánem v těle a nyní se odevzdává do našich rukou? Nedalo by se udělat něco víc pro pohodlí těchto pacientů?

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části je charakterizovat strach a jeho projevy v souvislosti s problematikou léčby arytmií pomocí radiofrekvenční katetrizační ablace (dále jen RFA). Přiblížit diagnostiku arytmií pomocí elektrofyzilogického vyšetření (dále jen EFV) a léčbu pomocí RFA. Pokusit se objasnit roli psychiky u pacientů trpících arytmiemi a zaměřit se na vytyčení potencionálních stresorů v souvislosti s RFA.

Cílem empirické části této práce je analýza příčin strachu u vybraného souboru pacientů s Atrioventrikulární nodální reentry tachykardií (dále jen AVNRT) či Wolff-Parkinson-White syndromem (dále jen WPW) v souvislosti s výkonem RFA. Zjistit zda existuje rozdíl v psychice mezi pacienty s AVNRT a WPW, jsou-li pacienti, u nichž byla diagnostikována AVNRT více anxiózní. Pokusit se identifikovat jak pacientům zlepšit psychickou pohodu během hospitalizace v souvislosti s RFA.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Definice

1.1.1 Definice strachu

„Strach a úzkost jsou součástí sebezáchovných mechanismů a hrají důležitou roli v zápase o přežití.“ (Honzák a kol., 2005, s. 16)

Strach je obava před něčím konkrétním, před určitým nebezpečím, má proto i velmi reálné obsahy dané pojetím ohrožující situace. Naše tolerance vůči podnětům vyvolávajícím strach se mění v závislosti na tom, zda jsme schopni kontrolovat jejich začátek a konec, nebo zda se alespoň domníváme, že tyto podněty jsou pod naší kontrolou. Vystupňovaný strach je prožíván jako hrůza, zděšení a má stresové účinky. Strach je aktivující, hrůza deaktivující. Ve stavu hrůzy se člověk cítí být bezmocný, bezradný, neví jak má jednat. (Trachtová, 2003, s. 145)

1.1.2 Definice úzkosti

Úzkost na rozdíl od strachu nemá předmět, je to obava před něčím neurčitým, před neznámou hrozbou. Má za určitých okolností adaptační význam, za jiných vede k destrukci chování.

Zvláštní forma úzkosti je takzvaná anticipační úzkost – strach a úzkost z možné ataky úzkosti a nepříjemných doprovodných tělesných změn. Nástup úzkosti se objevuje i v průběhu spánku, takže dochází k narušení spánkového cyklu. (Jobánková, 2000, s. 23)

1.1.3 Definice supraventrikulárních tachyarytmií

„SV tachyarytmie jsou souhrnným názvem pro tachyarytmie, které ve svém mechanismu využívají SA uzel, pracovní myokard síní, AV uzel a myokard přídatných drah. Z hlediska mechanismu není název přívlástek „supraventrikulární“ správný u AVRT, neboť tato arytmie nemůže existovat bez účasti komorového myokardu v reentry okruhu.“ (Fiala, 2005)

1.1.4 Definice AVNRT

„AVNRT je nejčastější pravidelná reentry supraventrikulární tachykardie. Mechanismem této arytmie je reentry okruh v oblasti AV uzlu. U tzv. typické formy se vzruch prográdně šíří

tzv. pomalou dráhou v oblasti Kochova trojúhelníku a zpět tzv. rychlou dráhou anteriorně od AV uzlu. U atypické formy je tomu obráceně.“ (Lukl, 2004, s. 101)

1.1.5 Definice WPW syndromu

Řadí se mezi supraventrikulární tachykardie a patří do souboru tzv. preexcitačních syndromů, při kterých existuje atypické vedení mezi síněmi a komorami. To je anatomickým podkladem pro reentry fenoménem vyvolanou tachykardií.

U syndromu WPW byla mikroskopicky nalezena anomální spojka převodního systému srdečního: obvykle mezi levou síní a levou komorou, ale někdy i mezi pravou síní a pravou komorou. (Hampton, 1997, s. 71)

1.1.6 Definice EFV

„Jedná se o soubor intrakardiálních katéetrových elektrofyziologických metod, sloužících k přesné diagnostice arytmií.

Hlavním smyslem elektrofyziologického vyšetření tachyarytmií je přesná diagnóza a lokalizace kritického místa arytmie vhodného k bezprostředně navazující terapeutické radiofrekvenční katéetrové ablacii. Elektrofyziologické vyšetření bradyarytmií je podružné, léčba se řídí především symptomy.“ (Lukl, 2004, s. 31)

1.2 Úzkost, strach a stres

Z definicí uvedených v předchozí kapitole vyplývá rozdíl mezi úzkostí a strachem. Zatímco strach je pro každého člověka velmi užitečnou emotivní reakcí vedoucí k jednání, díky němuž člověk přežívá, úzkost nemá tyto preventivní a profylaktické vlastnosti. Naopak ve vystupňované formě vede k řetězovým reakcím, jejichž celkový účinek člověku škodí. Člověk, který úzkost zakouší, si o sobě myslí, že neumí a je neschopný konstruktivně čelit reálnému nebezpečí. (Auger, 1998, s. 21)

Úzkost nemůžeme oddělit od pojmu stres. Ten ve svých důsledcích znamená mobilizaci dostupných sil a rezerv, které potřebujeme k okamžitému zvládnutí nebezpečné nebo ohrožující situace anebo k přežití krajně nepříznivých podmínek.

Úzkost je spojena se zvýšením pozornosti a vnímavosti k většímu počtu podnětů, s lepším zapamatováním mnoha detailů a jednotlivostí, stejně jako s rychlejším pochopením vztahu a uspořádání větších celků.

Stejně tak úzkost zvyšuje výkonnost i v tělesné sféře, protože somatická složka úzkosti je spojena s celkovým „nabuzením“ organismu, pohotovostí k rychlejší a náročnější aktivitě. Ty tělesné příznaky, které vnímáme za chorobných stavů jako nežádoucí symptomy (bušení srdce, zrychlený dech, svalové napětí atd.), jsou vlastně jakýmsi „předstartovním stavem“, východiskem proto, aby jedinec v nebezpečné situaci se mohl s nepřítelem utkat, nebo před ním co nejrychleji utéci. (Honzák, 1995, s. 11)

1.3 Projevy úzkosti a strachu

1.3.1 Psychické projevy úzkosti a strachu

Psychické projevy úzkosti jsou stejné jako projevy strachu. Liší se však tím, že při úzkosti není známa přesná příčina těchto nepříjemných pocitů, nebo tu jistá příčina je, ale ve srovnání s intenzitou reakce se jeví jako zcela malicherná, a tedy iracionální a nepochopitelná.

Úzkost je tedy krajně nelibým prožitkem, který v sobě zahrnuje především prvky strach, dále prvky ustrašeného očekávání ve vztahu k budoucnosti. Ta je vnímána nepříznivě až katastroficky (tzv. anticipační úzkost – strach, že budu mít strach). Jedním z prvních projevů úzkosti je útlum (inhibice) současného chování a zvýšení pozornosti k signálům možného ohrožení a současné zvýšení dráždivosti. Úzkost tedy znamená, že narůstá nervozita, od jisté úrovně se zhoršuje schopnost soustředit se a výkon klesá.

Úzkostný pohled demobilizuje všechny vlastní schopnosti řešit i banální situace. Tento stav někdy dosahuje takových rozměrů, že nepřipouští prakticky žádné konstruktivní řešení.

Při silnější úzkosti se může stát, že se myšlení ve velkém zmatku doslova zablokuje, člověk je „jako svázaný“ nebo „ztuhlý“, cítí se zahrnut do kouta, ze kterého není úniku, není schopen rozhodování, nemůže myšlenkově z místa, má pocit naprosté mentální a intelektuální paralýzy. (Honzák, 1995, s. 23)

1.3.2 Fyzické projevy úzkosti a strachu

Zvýšené svalové napětí bývá první pozorovatelnou známkou úzkosti. Původně je zamýšleno a určeno pro motorickou akci, již zmiňovaný útok nebo útek.

Naše stabilita stejně jako plynulost a harmonie našich pohybů jsou zajišťovány svalovými skupinami působícími v jistém smyslu proti sobě. Při úzkosti se všechny svaly dostávají do zvýšeného napětí, jehož výsledkem je nekoordinované přetahování navzájem, které se projevuje jako třes. Nejistá stabilita je často interpretována jako pocit závratí.

Druhým zásadním příznakem je zrychlená akce srdeční. Není nic neobvyklého naměřit při vysoké úzkosti 120 - 140 pulsů za minutu. Za standardních podmínek se tep zrychluje a zpomaluje v závislosti na vdechu a výdechu, tu a tam se objeví i nějaká jiná nepravidelnost rytmu. Tyto skutečnosti se během úzkostné aktivace výrazně zesilují. Můžeme říci, že počet nepravidelností se několikrát znásobí a zvýrazní.

Dalším příznakem je častá bolest na hrudi, vyskytující se v místě, kde podle obecného podvědomí je srdce umístěno. Ve skutečnosti je však bolest způsobena svalovým stahem kosterního svalstva hrudníku. Bolest může být palčivá, bodavá svíravá, může vystřelovat do krku nebo napříč hrudníkem mezi lopatky.

Dechové obtíže se úzce pojí s obtížemi srdečními. Úzkostný člověk trpí velmi často pocitem nedostatku vzduchu. Ten je vyvolán výše popsaným svalovým stahem hrudníku. Úzkostní lidé proto dýchají daleko intenzivněji a jsou proto mnohem více „okysličení“. To má ovšem za následek pokles CO_2 v krvi, který zapříčiní pokles hladiny vápníku důležité pro nervosvalový přenos. Při nedostatku vápníku se svaly stávají dráždivější, což je zpočátku pociťováno jako brnění, zejména v jemných svalech obličeje a v konečcích prstů na rukou i na nohou.

Zažívací a trávicí obtíže většinou nevyvolávají tak naléhavé obavy o život jako potíže srdeční a dechové, jsou však stejně nepříjemné. Patří k nim sucho v ústech, pocit „knedlíku v krku“, nutkání na zvracení, průjmy.

Při poplachové reakci se vyplavují do krevního oběhu zásoby energie zvláště v podobě krevního cukru a nenasycených mastných kyselin, aby byly k dispozici pro očekávanou intenzivní svalovou činnost. Pokud není využita, je opačnými mechanismy zase převáděna zpět do zásobních prostorů. Při tom může nastat stav přechodné nerovnováhy, který je prožíván jako velmi nepříjemný pocit slabosti, nadcházející mdloby, zhoršujících se závratí.

Ke kožním příznakům patří zvýšená potivost, a to bez ohledu na teplotu prostředí. Pokožka úzkostných lidí bývá trvale chladnější, zvláště chladné bývají ruce. V důsledku regulační nerovnováhy dochází však i k opačným extrémům, k místnímu překrvení, kdy se na kůži objeví červené skvrny. Náhlá úzkost může způsobit, že se dostanou do nerovnováhy také obranné imunitní pochody a objeví se opar. Závislost kožních onemocnění na úzkosti a stresu je známa nejen u takových onemocnění, jakými jsou ekzém či lupenka, ale u celé řady dalších.

K dalším tělesným projevům úzkosti, které můžeme jmenovat, patří bezesporu neuropsychické obtíže. Na prvním místě je to zvýšená pohotovost a dráždivost nervového systému, která se v záporné podobě projeví jako zvýšená nervozita. Vnímáme daleko větší množství signálů než v klidovém stavu a ne všechny dokážeme zpracovat, což může vytvořit doslova informační chaos. To se klinicky projeví pocitem neskutečnosti, jakéhosi nepříjemného odosobnění. Narůstá pocit nejistoty a bezmocnosti. Mohou se objevit i iluze.

Bolesti hlavy většinou vyvolává nepřiměřené svalové napětí. U lidí s chronickou úzkostí, a tedy s chronickým svalovým napětím, se objevují trvalé bolesti hlavy nejčastěji přirovnávané ke svírající se obruči kolem hlavy.

Taktéž bolesti v dolní části zad mohou být jak akutní reakcí na bezprostřední prožitek úzkosti, tak chronickou obtíží při dlouhotrvajícím úzkostném nastavení. Funkční blokády krční a bederní páteře nabývají časem charakteru neurologických obtíží. Při dlouhém trvání vedou k nesprávnému držení těla a přetěžování některých částí pohybového ústrojí. (Honzák, 1995)

1.4 Supraventrikulární tachykardie

Obě arytmie AVNRT i WPW syndrom, které jsou středem zájmu této práce, tvoří dohromady spolu se síňovou tachykardií, flutterem síní, fibrilací síní a neparoxysmální junkční tachykardií skupinu supraventrikulárních tachykardií (SVT). Z tohoto důvodu bych se o nich chtěla lehce zmínit.

Supraventrikulární arytmie vznikají na úrovni síní nebo atrioventrikulární junkce nad větvením Hisova svazku. Řadíme sem i arytmie, u kterých alespoň část reentry okruhu probíhá v této oblasti (tachykardie při akcesorní spojce). Komplex QRS v EKG je většinou normálně široký, s výjimkou raménkové blokády či preexcitace. (Bytešník, Čihák, 1999, s. 10)

Mezi nejčastější supraventrikulární (SV) arytmie patří paroxysmální supraventrikulární tachykardie. Klinickým termínem paroxysmální se označuje skupina arytmií, které mají společný klinický obraz: začínají náhle (skokem), se srdeční frekvencí 140 – 220/min a stejně náhle i obvykle končí.

1.4.1 Symptomy SVT

Záchvaty SV tachyarytmií se projevují různými příznaky, mezi něž patří palpitace, slabost, nevykonnost, závratě, polyurie, dyskomfort na hrudníku, dušnost, presynkopa a synkopa. V době mimo záchvat tachyarytmie většinou pacienti nemají žádné potíže. (Fiala, 2005)

Výše uvedené symptomy jsou typické hlavně pro pacienty trpící AVNRT. Ataky arytmie u pacientů s WPW bývají často krátké a končí spontánně nebo bývají terminovány samotným pacientem pomocí vagových manévru. Někteří pacienti mají časté setrvalé epizody arytmie, které je limitují v jejich pracovních aktivitách a snižují kvalitu jejich života. (Sandøe, Sigurd, 1991)

1.4.2 Vyšetřovací metody SVT

Charakter doprovodných potíží může napovědět, jakým typem arytmie pacient trpí. Z anamnézy lze hodnotit pravidelnost tachyarytmie, reakce na vagové manévry, přítomnost strukturálního postižení srdce, trvání tachyarytmie a individuální citlivosti pacienta. Synkopa je přítomna asi u 15 % pacientů se SVT. K rozhodnutí o další léčbě jsou důležité anamnestické informace, jako jsou počet a trvání jednotlivých záchvatů tachyarytmie, situace typické pro jejich vznik a celková doba výskytu tachyarytmie. (Fiala 2005)

Dalším vyšetřením je klidové standardní 12 svodové EKG. Jedná se o vyšetřovací metodu zaznamenávající pomocí elektrokardiografu bioelektrické potenciály srdečních buněk. Grafická křivka vznikající při záznamu je nezývána elektrokardiogramem. Změny potenciálů v činném srdci se zachycují pomocí snímacích elektrod a vodivých kabelů do složitého ústrojí elektrokardiografu a v podobě elektrokardiogramu jsou zaznamenávány na speciální papír nebo obrazovku (Kolář 1999).

Provedení ambulantního 24 hodinového EKG Holterovského monitorování je vhodné, jestliže jsou palpitace časté, tj. několikrát týdně, ale krátké. Jedná se o elektrokardiografickou metodu umožňující zaznamenávat po dobu 24 a více hodin elektrickou aktivitu srdce vyšetřované osoby při její obvyklé denní činnosti. Podstatou monitorování je přenos EKG od vyšetřované osoby do Holterovy jednotky, v níž se po dobu monitorování uchovává EKG v magnetopáskové nebo polovodičové paměti přístroje.

Elektrofyzilogické vyšetření je invazivní vyšetřovací metoda sloužící k upřesnění diagnostiky poruch srdečního rytmu a testování účinku zavedené antiarytmické léčby. Katétry sloužící ke snímání intrakardiálních signálů a stimulaci jednotlivých srdečních oddílů se zavádějí venózní (žilní) nebo arteriální (tepennou) cestou nejčastěji femorální a umisťují dle typu arytmie. Z výsledku vyšetření by měl vyplynout léčebný postup. Vyšetření se obvykle provádí za hospitalizace. (Kolář, 1999, s. 87)

Kromě elektrokardiografického vyšetření, které je v diagnostice supraventrikulárních tachyarytmií stěžejní, jsou při vyšetření pacientů nezbytné znalosti strukturálního stavu srdce získané ze zobrazovacích metod, především z echokardiografického vyšetření.

1.4.3 Léčba SVT

Antiarytmická léčba SV tachyarytmií není vždy podložena kontrolovanými randomizovanými studiemi a je do značné míry empirická. K prevenci tromboembolické komplikace je u některých monomorfních síňových tachyarytmií (flutter síní I. typu, síňové makroentry tachykardie) indikována protidestičková resp. antikoagulační léčba.

Chirurgická léčba supraventrikulárních tachyarytmií je v současné době rezervována většinou pro léčbu fibrilace síní pomocí obkružujících a lineárních lézí v levé srdeční síni. Provádí se obvykle jako součást kardiochirurgického výkonu, jehož hlavní indikace je jiná, např. operace chlopenní vady. Chirurgická léčba síňokomorových přídatných drah je v současnosti raritní, úspěšnost katetrizační ablace je v této oblasti téměř absolutní.

Katetrizační ablace v léčbě supraventrikulárních arytmí má dominantní postavení, jelikož se jedná o metodu, která dovede nemocného zcela vyléčit. Většinou bezprostředně navazuje na elektrofyziologické vyšetření. (Lukl, 2004, s. 91)

Podstatou katetrizační ablace je zničení malé části srdeční tkáně (myokardu, převodního systému), jež je zodpovědná za vznik arytmie (tzv. arytmogenní substrát). Zničení působí energie aplikovaná speciálním katétrem umístěným v blízkosti substrátu. (Kolář, 1999, s. 129)

Nejrozšířenějším typem katetrizační ablace je ablace pomocí radiofrekvenční energie, při které se obvykle používá unipolární zapojení, kde, podobně jako u unipolární kauterizace, je jednou elektrodou hrot katétru, zatímco druhá kožní elektroda s velkou plochou kontaktu s pacientem se obvykle lepí na záda pacienta. K provádění této metody na katetrizačním sále je třeba mít generátor radiofrekvenční energie, což je generátor střídavého proudu o frekvenci kolem 500 kHz, umožňující přesné dávkování radiofrekvenční energie, sledování impedance a teploty na hrotu katétru. Navigace říditelného ablačního katétru je při klasicky prováděných výkonech skiaskopická. K diagnostice konkrétního typu arytmie slouží mj. signál z dalších pomocných multipolárních elektrofyziologických katétrů v srdečních dutinách a k přesné lokalizaci vhodného místa ablace i elektrokardiografický signál z ablačního katétru. (Vančura, 2001, s. 51)

Kromě radiofrekvenční energie lze katetrizační ablací provádět například ultrazvukem, mikrovlnami, kryodestrukci či laserem. Strategie léčby katetrizační ablací je ovlivňována mechanismem tachyarytmie, přítomností strukturálního postižení srdce a lokalizací a rozsahem klíčového místa arytmie. Ablace může mít kurativní nebo paliativní charakter. Recidiva tachyarytmie je důsledkem zotavení tkáně cílené katetrizační ablací. Recidivy původní tachyarytmie i případné nově vzniklé tachyarytmie mohou být odstraněny další katetrizační ablací.

Až u 70 procent nemocných lze záchvat arytmie přerušit vagovými manévry. U mladších nemocných s velmi častými záchvaty arytmí se dává před antiarytmickou léčbou léky přednost katetrizačním ablačním léčebným metodám. (Fiala, 2005)

1.4.4 Komplikace při katetrizační ablací

Při indikaci katetrizační ablace je potřebné seznámit pacienty s rizikem některých komplikací, které mohou být potenciálně závažné, ale naštěstí jsou velmi vzácné. V literatuře se uvádí výskyt významnějších komplikací menší než 1%. Mezi nejběžnější patří krvácivé

komplikace v místě cévního přístupu a následná tvorba hematomu v místě vpichu. Ten se obvykle vstřebá bez následků.

Dále jsou to tromboembolické komplikace a výlev krve do perikardu se srdeční tamponádou. Rozhodování o ablacii je také ovlivněno polohou místa, které má být poškozeno při katetrizační ablacii. Katetrizační ablace AVNRT arytmií vycházející z blízkosti atrioventrikulárního uzlu, ačkoli méně než v 1%, může vést k poškození převodního srdečního systému s následkem nutnosti trvalé kardiostimulace. (Fiala, 2005) Riziko úmrtí v souvislosti s výkonem je zastoupeno v 0,1%.

1.5 Průběh hospitalizace při katetrizačních ablacích

1.5.1 Příjem na oddělení

Na našem pracovišti jsou pacienti od 18 let věku přijímáni k hospitalizaci na kardiologická oddělení, nejčastěji však na Antiarytmickou jednotku, v den nebo v předvečer výkonu. Na tomto oddělení se soustředí péče především o nemocné se srdečními arytmiemi. K dispozici je celkem 9 monitorovaných lůžek a 4 lůžka Denní kliniky, na kterých je zajišťována péče o pacienty přicházejících na ambulantní výkony. Pracuje zde stabilní tým vysoce specializovaných sester se zaměřením na arytmiologii a dva lékaři.

Po krátkém seznámení s oddělením, právy pacientů a poučení o režimových opatřeních oddělení obdrží pacient informovaný souhlas s výkonem, který obsahuje informace o povaze onemocnění, popis samotného vyšetření, výčet obecných a individuálních rizik vyplývajících z podstoupení výkonu a možné alternativní léčebné postupy. Jelikož se jedná o poměrně mladou metodu – první ablace byla v České republice provedena v roce 1992 na Klinice kardiologie IKEM a pacienti přicházejí z celé České republiky, mají poměrně rozdílné představy o tom, co je čeká. Nyní mají možnost probrat případné nejasnosti ohledně výkonu s příslušným ošetřujícím lékařem či sestrou. Sestra vyplní nezbytnou ošetrovatelskou dokumentaci a následuje přijetí lékařem na oddělení. Ošetrovatelská anamnéza je zaměřena především na informace, jejichž znalost je nezbytná k provedení výkonu. Jsou to například známé alergie, nezbytné vysazení antikoagulační a antiarytmické medikace, smyslové a fyzické handicapy, bolest a onemocnění proběhlá v nedávné době.

1.5.2 Příprava na výkon

Ačkoli jsou výkony prováděny pouze v lokální anestezii, vzhledem k možným komplikacím je příprava pacienta stejná jako na výkon v celkové anestezii. Pacient je lačný, má oholeny obě třísla, zavedený periferní intravenózní katétr, šperky a cennosti jsou uloženy do trezoru, je provedena kontrola vyjmutí případného umělého chrupu a stavu pokožky v oblasti místa vpichu.

Na našem pracovišti je k dispozici též klinický psycholog se zaměřením na kardiologii, z časových důvodů však obvykle nebývá využito jeho služeb při těchto výkonech. Roli psychologa tak zastává sestra, která vlídným slovem či pouhým vyslechnutím pomáhá zmírnit míru úzkosti pacienta.

1.5.3 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta během zákroku

Katetrizační ablace se provádějí v tzv. elektrofyziologických laboratořích, které jsou v případě našeho pracoviště součástí komplexu zahrnujícího též kardiostimulační sál. Na první pohled se však laboratoř od operačního sálu nijak zvlášť neliší, proto se často užívá i termín sál, sálek. Provoz v celém komplexu zajišťují stabilně 3 lékaři, 10 sester a 6 členů pomocného zdravotnického personálu.

Na sále přebírá péči sálová sestra, která nejprve ověří totožnost pacienta a zkontroluje dodržení správného předoperačního postupu popsáno výše. Poté uvede pacienta na sál, pomůže mu zaujmout pokud možno co nejpohodlnější polohu na operačním stole, připojí ho na monitorovací a ablační systém. Pacienti jsou z bezpečnostních důvodů k zabránění pádu fixováni k operačnímu stolu, neboť v průběhu výkonu může dojít k nutnosti použití krátkodobé celkové anestézie.

Někteří pacienti přicházejí naprosto klidní, u jiných můžeme již v úvodu pozorovat nejrůznější projevy strachu. Proto je sestra po celou dobu výkonu v kontaktu s pacientem a snaží se o zmírnění jeho obav. Veškeré činnosti, které provádí, slovně doprovází a zároveň neustále kromě fyziologických funkcí vyhodnocuje i psychický stav pacienta. Někteří pacienti si stěžují na problémy, jako jsou například bolest na hrudi, pocit na omdlení nebo bušení srdce a je velmi důležité odlišit, zda se jedná o projevy úzkosti, či mají-li dané symptomy nějakou souvislost se zhoršením zdravotního stavu. Doba trvání výkonu je různorodá, od několika desítek minut, až po několika hodinové výkony. Nelze ji předem spolehlivě stanovit, závisí však částečně na typu arytmie a metodě, která je pro daný výkon zvolena.

Po skončení výkonu sestra obvykle extrahuje zavaděče pro katétry z třísla pacienta a místo vpichu komprimuje.

1.5.4 Péče o pacienty po výkonu

Po návratu z operačního sálu pacienti dodržují několikahodinový klid na lůžku, jehož délka závisí na typu výkonu. Sestra monitoruje fyziologické funkce, kontroluje místo vpichu a zajišťuje veškeré pacientovi potřeby. Na přání pacienta podává analgetika dle ordinace lékaře.

Po nezbytně nutné době pacient smí opustit lůžko a obvykle druhý den odchází do domácího ošetření vybaven propouštěcí zprávou a poučen o dalších režimových opatřeních.

1.6 Role psychiky u pacientů trpících arytmiemi

Nemoci oběhové soustavy patří k nejrozšířenějším chorobám v populaci. Tato skupina chorob tvoří velký zdravotní a ekonomický problém. Vztah mezi psychopatologií a kardiovaskulárními chorobami je prokázán zejména v typu osobnosti, emoční reaktivitě, ale i k závažnějším psychopatologickým symptomům. Závažným faktem, který ze sledování vyplývá, je například fakt, že výskyt komorbidní deprese má vztah k mortalitě jedinců postižených srdečními chorobami. (Anders, Kitzlerová, Kautzner, Dohnalová, 2003, s. 12)

V poslední době se věnuje pozornost hledání vzájemného vztahu arytmií a psychických poruch doprovázených anxiózně-depresivními symptomy. Na základě některých studií tak bylo zjištěno, že pacienti s SVT mohou být charakterizováni jako psychologicky více afektovaná skupina s větší prevalencí depresivních symptomů a pozoruhodným podílem pacientů s komorbidní anxiózní poruchou. (Archonti, 2003, s. 269).

V podvědomí kardiologické populace též panuje názor, že toto tvrzení platí nejvíce pro pacienty s AVNRT, avšak studie srovnávající psychopatologické symptomy u pacientů s AVNRT a AVRT tento názor zatím nepotvrdily.

1.7 Faktory ovlivňující míru strachu a úzkosti při RFA

Řada výkonů, které pacient musí v nemocnici podstoupit, je u něho spojena s nepříznivými pocity, bolestí, obavami a strachem. Je to především strach z bolesti, výsledku výkonu a nesoběstačnosti. Existuje celá řada faktorů, které mají na míru strachu a úzkosti vliv. Jak se projeví, záleží především na typu osobnosti, věku a předešlých zkušenostech jedince.

1.7.1 Nemoc jako náročná životní situace

Nemoc svým průběhem nebo ve svých důsledcích výrazně snižuje kvalitu života. Pro nemocného je tedy jeho choroba obvykle těžkým břemenem, zátěží a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s očekáváním zdravotníků stejně jako členů rodiny, přátel a spolupracovníků. (Jobánková, 2000, s. 51)

Tento výrok platí nejen pro onemocnění, která řadíme do kategorie tzv. nevléčitelných onemocnění nebo těžkých tělesných postižení, ale též pro onemocnění chronická a omezující člověka v jeho aktivitách jakými mohou být bezesporu i arytmie. Pacienti trpící arytmiemi, mají své zástupce ve všech věkových kategoriích. Symptomatologie tohoto onemocnění je též pestrá. Z tohoto důvodu se můžeme setkat jak s pacienty asymptomatickými, například u WPW syndromu, kde je pouze náhodně zjištěna abnormalita v záznamu EKG, tak s pacienty, jež arytmie pro svoji bohatou symptomatologii omezuje natolik, že nejsou nadále schopni vykonávat své dosavadní zaměstnání.

Bolest je též úzce spjata s nemocí. Má sice varovný charakter, poukazuje na to, že něco není pořádku, v každém případě představuje pro člověka negativní emotivní zážitek. Výkon RFA je standardně prováděn v lokální anestezii a pacient je celou dobu při vědomí. Proto je celkem logické, že pacienti mají strach z bolesti. Mnozí pacienti téměř nevnímají jednotlivé aplikace pomocí radiofrekvenčního proudu, ale musíme si uvědomit, že ke zničení arytmogenní tkáně je zapotřebí poměrně vysoké teploty a případná bolest musí být respektována.

1.7.2 Hospitalizace

Je obvykle pro pacienty zážitkem nového druhu. Mnohé se mění – nejen v pacientovi (v jeho těle), ale i v jeho psychice. Je nutné si uvědomit, že pacienti přicházející k RFA mnohdy žijí plnohodnotným, aktivním životem. Nyní se dostávají do nemocničního prostředí, kde se stávají závislí na druhých lidech, mění se jejich životní rytmus v souladu s režimem v nemocnici a musejí dělat činnosti, jež neumí a neovládají. Zároveň se ocitají v relativní

sociální izolaci, v poměrně neznámém prostředí plným cizích lidí. Okruh zájmu pacienta se podstatně zužuje především na zdravotní stav a jeho změny. Emocionální stav pacienta charakterizuje v první řadě celý soubor negativních citů – strach a obavy, bolest, nejistota. (Křivohlavý, 2002, s. 52)

Hospitalizace z důvodu RFA patří sice mezi krátkodobé, pacienti však zažijí i pocit totální nesoběstačnosti, kdy po výkonu upoutání na několik hodin na lůžko jsou k uspokojování veškerých potřeb odkázáni výhradně na ošetřující personál. Pro mnohé, jinak zcela zdravé pacienty, se často stává hospitalizace v souvislosti s katetrizační ablací první zkušeností s pobytem v nemocnici.

1.7.3 Informovanost

Jak již bylo řečeno, míra informovanosti pacientů přicházejících k RFA je různorodá, neboť částečně závisí i na aktivitě samotného pacienta. Informace jsou sdělovány prostřednictvím odesílajícího lékaře, informovaného souhlasu s výkonem, ošetřujícím lékařem a sestrou.

Jak uvádí Křivohlavý, v některých pokusech byl srovnáván vliv dvou druhů informací – tzv. procesuálních a emocionálních. V prvním případě byli pacienti věcně informováni o technických detailech zdravotního výkonu. Ve druhém případě byli pacienti seznamováni s pravděpodobným emocionálním stavem, který daný výkon v jeho různých fázích provází. Ukázalo se, že informace týkající se emocí, s nimiž by měl pacient počítat, mají na pacienta větší vliv než tzv. procesuální, technické a věcné informace. I když ho zprvu více vzruší, přece jen v dlouhodobé perspektivě pacientovi pomáhají situaci lépe zvládat.

Za důležité považují zmínit též fakt, že mnozí pacienti přicházejí pouze k EFV pro nejasnou symptomatologii a na základě tohoto vyšetření se prakticky na operačním sále rozhoduje o dalším léčebném postupu v podobě RFA, který ihned navazuje na vyšetření. Ačkoli informovaný souhlas obsahuje informace jak pro EFV tak pro RFA, jsou některé informace poměrně citlivé. Jako příklad mohu uvést souhlas pacienta s implantací trvalého kardiostimulátoru v případě jedné z komplikací při radiofrekvenční ablací AVNRT. Z tohoto důvodu jsou pacienti informováni neustále i v průběhu výkonu a na jejich přání může být výkon v jakékoliv fázi ukončen.

Dalšími zdroji informací se můžou stát jiní pacienti, přátelé, literatura či internet, ovšem míra validity těchto informací je různá a ne vždy příznivě ovlivní psychiku pacienta.

1.7.4 Chování zdravotnického personálu

Chování zdravotnického personálu na všech úrovních má nepochybně velký vliv na míru stresu a úzkosti pacientů. Ti přicházejí do cizího prostředí a právě zdravotnický personál by se zde měl stát jakýmsi průvodcem. Jak již bylo několikrát zmíněno, příprava na výkon i samotná hospitalizace se odehrává ve velmi krátké době, přesto je nutné vytvořit klidnou atmosféru, nechat prostor pacientovi na zpracování nových informací, srozumitelně vysvětlit jednotlivé kroky provázející celou hospitalizaci, poskytnout potřebnou emoční i sociální podporu. Při přípravě na zákrok je potřeba zachovávat soukromí pacientů a na citlivé sdělování informací.

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle průzkumu

Cílem výzkumu byla zjištění těchto informací:

1. Analýza příčin strachu u vybraného souboru pacientů s AVNRT či WPW v souvislosti s výkonem katetrizační ablace.
2. Zjistit, zda existuje rozdíl v psychice mezi pacienty s AVNRT a WPW, jsou-li pacienti, u nichž byla diagnostikována AVNRT více anxiózní.
3. Pokusit se identifikovat, jak pacientům zlepšit psychickou pohodu během hospitalizace v souvislosti s katetrizační ablací.

2.2 Vzorek respondentů

Výzkum se uskutečnil u pacientů, kteří se podrobili RFA a byli hospitalizováni na odděleních kardiologie nemocnice Na Homolce v období od října 2006 do června 2007. Jednalo se o soubor pacientů s diagnózami AVNRT a WPW. Všichni respondenti podstoupili zákrok poprvé.

Vzorek respondentů původně tvořilo 120 pacientů, z nichž bylo 10 pacientů vyloučeno pro neodevzdání či nesprávné vyplnění dotazníku. Ze zbylých 110 respondentů bylo 57 pacientů s diagnózou AVNRT z toho 21 mužů (tj. 37%) a 36 žen (tj. 63%), 53 pacientů s WPW z toho 30 mužů (tj. 57%) a 23 žen (tj. 43%). Nejnižší přípustná věková hranice byla 18 let.

2.3 Metodika výzkumu

Výzkum byl proveden v rozmezí říjen 2006 až červen 2007 na oddělení kardiologie v nemocnici Na Homolce. Dotazníky byly distribuovány na příslušná oddělení po dohodě s hlavní sestrou (viz Příloha 1), s vrchní sestrou kardiologie a staničními sestrami příslušných oddělení.

Ke sběru dat jsem použila dotazník (viz Příloha 2), který jsem si vypracovala samostatně za pomoci uvedené literatury (viz seznam literatury). Vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci byl dotazník respondentům zadáván v několikahodinovém odstupu od výkonu v době, kdy mohli již opustit lůžko. Dotazník byl anonymní. Abych anonymitu dodržela, vraceli pacienti

dotazník do schránky určené pro dotazník spokojenosti, která je umístěna na viditelném místě na jednotlivých odděleních. Dotazník obsahuje 5 otázek, které se týkají anamnestických údajů. Vlastní dotazník tvoří 20 otázek. U každé odpovědi mohli respondenti zaškrtnout pouze jednu odpověď. Výjimkou byla otázka č. 8, kde byla možnost označit i více odpovědí. Některé otázky byly koncipovány tak, aby zmapovaly, jak arytmie zasahuje do života pacientů, jak ji vnímají a zda ovlivňuje jejich psychiku. Jiné otázky měly za úkol zmapovat faktory, které v souvislosti s hospitalizací pacientů pro RFA mohou ovlivnit míru strachu a zjistit, jakým způsobem může zdravotnický personál změnit přístup k těmto pacientům, aby zmírnil jejich strach. Zvláštní pozornost byla věnována prožívání bolesti v běžném životě a vnímání bolesti během zákroku. Dotazník zahrnoval též skupinu otázek hodnotících psychiku pacientů.

Z celkového množství 120 distribuovaných dotazníků se jich vrátilo 116, z nichž bylo nutno ještě vyřadit 6 nesprávně vyplněných. Jednotlivé odpovědi na otázky ze zbylých 110 dotazníků byly vyhodnoceny a procentuálně vyjádřeny pomocí grafů. Výsledky procent jsou zaokrouhleny na celá čísla.

2.4 Výsledky průzkumu

2.4.1 Vyhodnocení anamnestické části dotazníku

Vzorek respondentů tvořilo 57 pacientů s diagnózou AVNRT, z toho 21 mužů (tj. 37%) a 36 žen (tj. 63%), 53 pacientů s WPW, z toho 30 mužů (tj. 57%) a 23 žen (tj. 43%). Nejnižší přípustná věková hranice byla 18 let.

Věkové kategorie byly ve skupině pacientů s AVNRT zastoupeny procentuálně takto: 18 – 30 let 16%, 31 – 45 let 26%, 46 – 60 let 40%, 61 – 75 let 9%, 76 let a více 9%. Ve skupině pacientů s WPW to bylo: 18 – 30 let 28%, 31 – 45 let 36%, 46 – 60 let 28%, 61 – 75 let 8%, kategorie 76 let a více nebyla zastoupena.

Nejvíce respondentů bylo pracujících v počtu 67 (tj. 61%), studujících bylo 17 (tj. 15%), invalidních důchodců bylo 10 (tj. 9%) a starobních důchodců 16 (tj. 15%).

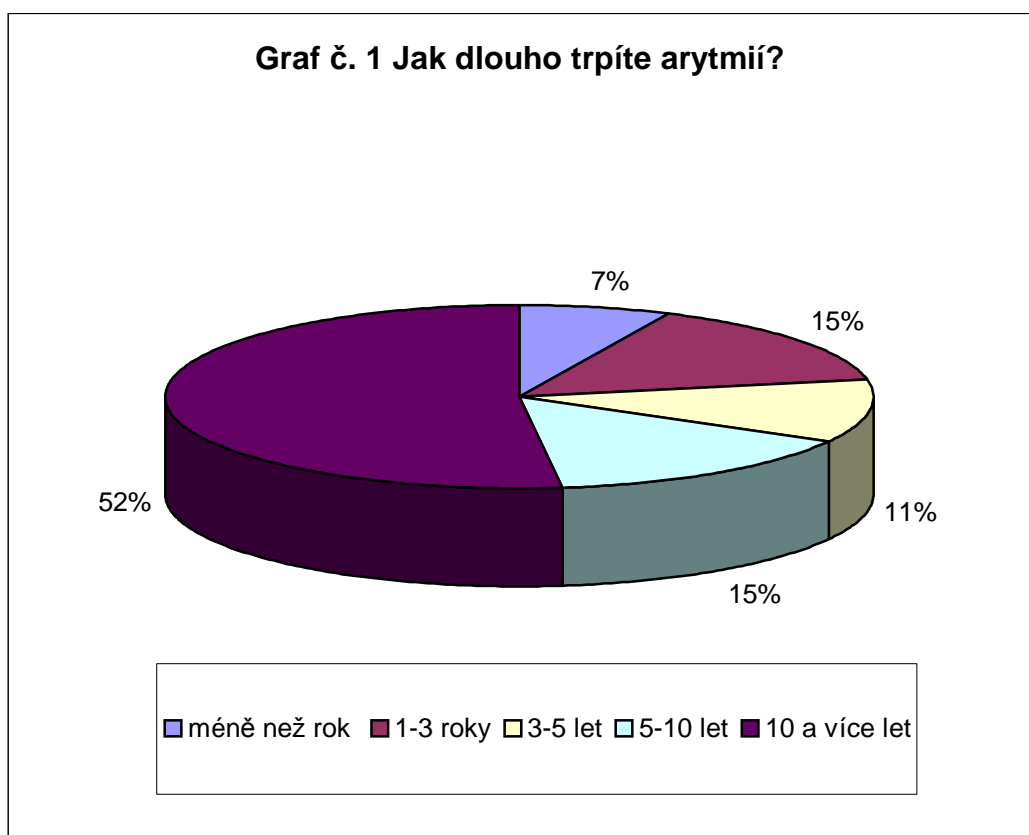
Jako nejvyšší ukončené vzdělání maturitu udávalo 65 respondentů, vysokou školu 23 respondentů, vyučen/a 16 respondentů, vyšší školu 3 respondenti, taktéž základní vzdělání udávali 3 respondenti.

2.4.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku

Otázka č. 1

Jak dlouho trpíte arytmií?

- méně než rok
- 1 – 3 roky
- 3 – 5 let
- 5 – 10 let
- 10 a více let



Tabulka č. 1 Jak dlouho trpíte arytmií?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
méně než rok	8	7%
1-3 roky	16	15%
3-5 let	12	11%
5-10 let	17	15%
10 a více let	57	52%
celkem	110	100%

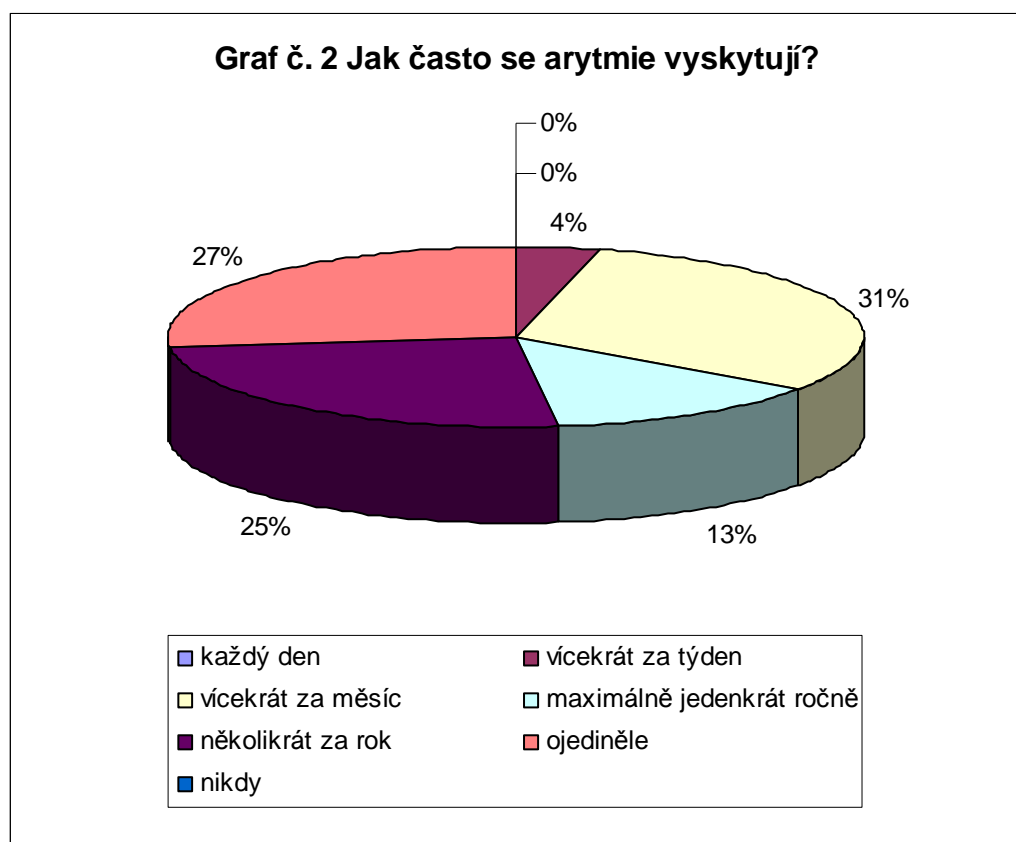
Komentář:

Méně než rok trpí arytmií 8 respondentů (tj. 7%), 1 – 3 roky 16 respondentů (tj. 15%), 3 – 5 let 12 respondentů (tj. 11%) a 5 – 10 let 17 respondentů (tj. 15%). Nejpočetnější skupinu představují respondenti trpící arytmií 10 a více let a to v počtu 57 (tj. 52%). Zajímavé je, že tato skupina je největším počtem respondentů zastoupena u obou typů arytmií. U AVNRT z celkového počtu 57 to představuje 34 (tj. 60%) a u WPW z celkového počtu 53 respondentů 23 (tj. 43%).

Otázka č. 2

Jak často se arytmie vyskytují?

- každý den
- vícekrát za týden
- vícekrát za měsíc
- maximálně 1 x za rok
- několikrát za rok
- ojedinele
- nikdy



Tabulka č. 2 Jak často se arytmie vyskytují

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
každý den	0	0%
vícekrát za týden	4	4%
vícekrát za měsíc	34	31%
maximálně jedenkrát ročně	14	13%
několikrát za rok	28	25%
ojediněle	30	27%
nikdy	0	0%
celkem	110	100%

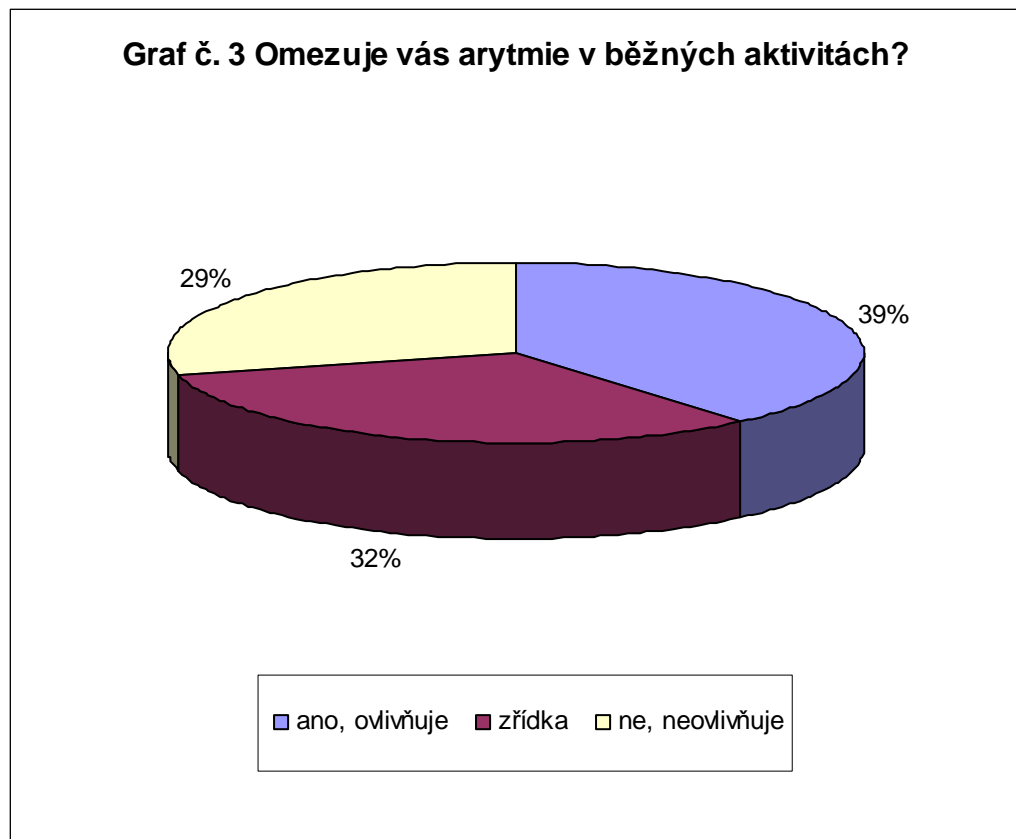
Komentář:

Na otázku, zda se arytmie vyskytuje vícekrát za týden, odpověděli pouze 4 respondenti (tj. 4%), 14 (tj. 13%) jich odpovědělo, že trpí arytmií maximálně jedenkrát ročně. Největší skupiny tvořili pacienti trpící arytmií vícekrát za měsíc 34 respondentů (tj. 31%), několikrát do roka 28 (tj. 25%) a ojedinele 30 (tj. 27%). Odpověď každý den a nikdy nevyužil žádný respondent. Procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí se téměř shodovalo u pacientů trpících AVNRT i WPW.

Otázka č. 3

Omezuje vás arytmie v běžných aktivitách?

- ano
- zřídka
- ne



Tabulka č. 3 Omezuje vás arytmie v běžných aktivitách?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
ano	43	39%
zřídka	35	32%
ne	32	29%
celkem	110	100%

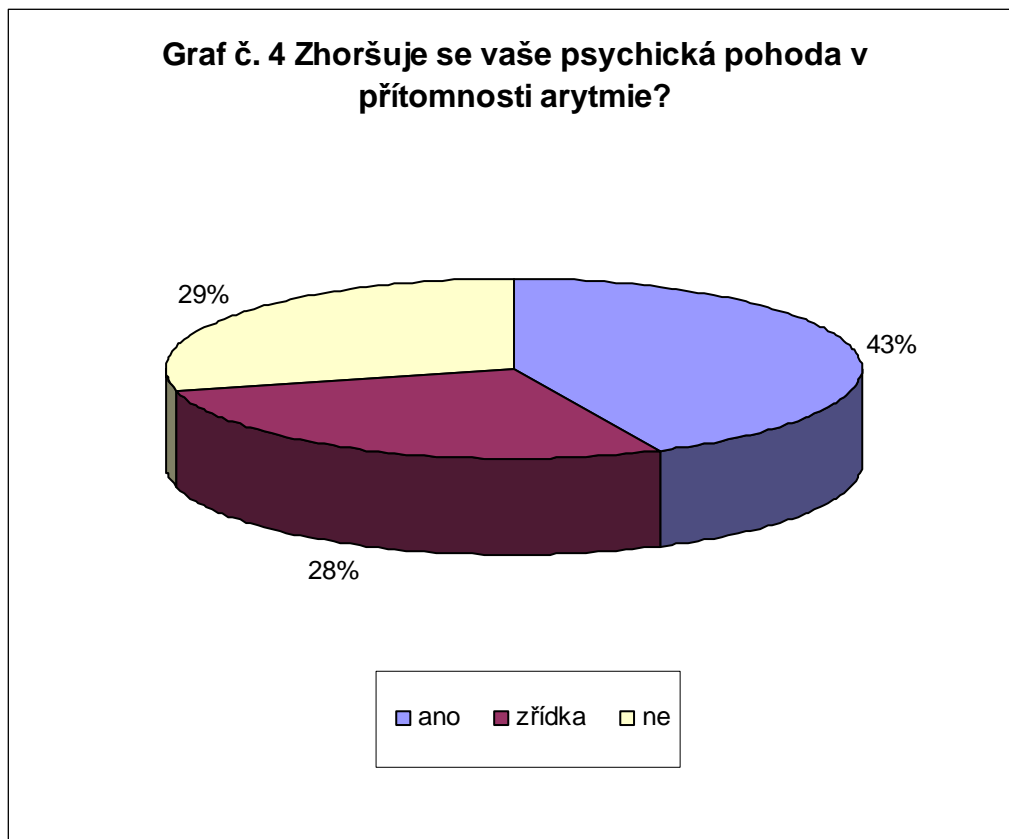
Komentář:

Arytmie omezuje v běžném životě 43 (tj. 39%) respondentů, zřídka omezuje 35 (tj. 32%) respondentů a pouze 32 (tj. 29%) respondentů se necítí být omezováno v běžném životě. V souboru AVNRT pacientů nejvíce využilo možnost odpovědi zřídka 26 (46%), u WPW odpověď ano využilo 27 respondentů (tj. 51%).

Otázka č. 4

Zhoršuje se Vaše psychická pohoda v přítomnosti arytmie?

- ano
- ne
- zřídka



Tabulka č. 4 Zhoršuje se vaše psychická pohoda v přítomnosti arytmie?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
ano	47	43%
zřídka	31	28%
ne	32	29%
celkem	110	100%

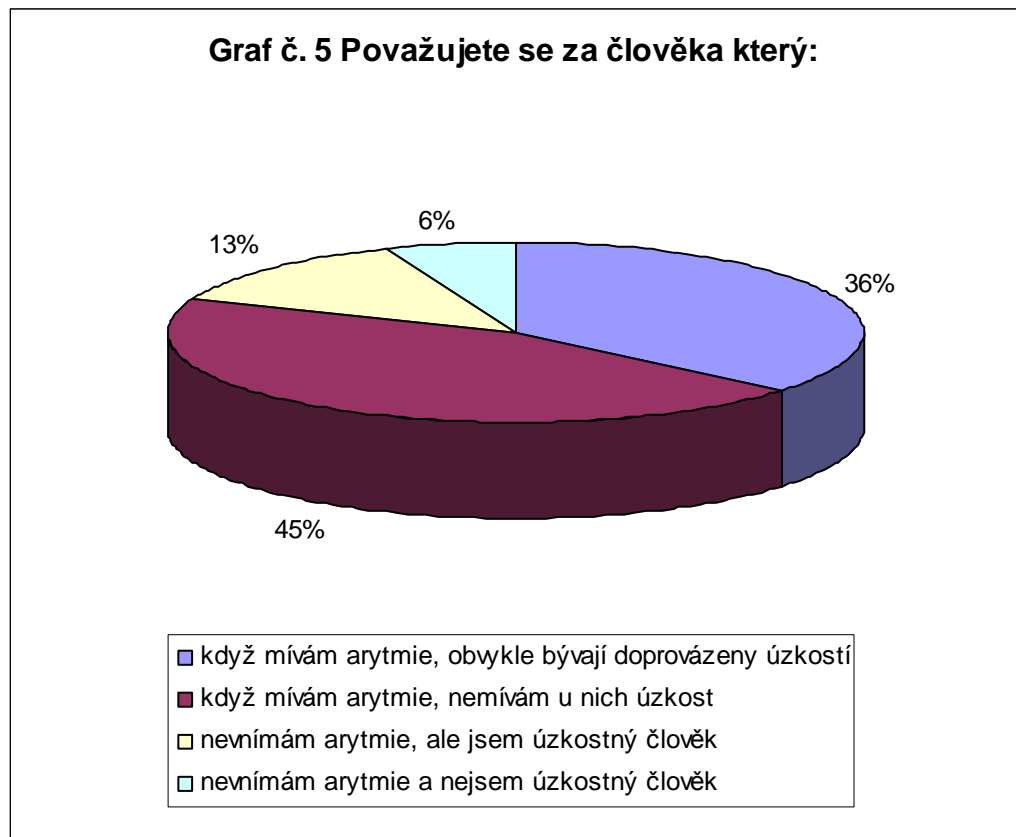
Komentář:

Psychická pohoda se zhoršuje v přítomnosti arytmie u 47 (tj. 43%) respondentů, zřídka u 31 (tj. 28%) a nezhoršuje se u 32 (tj. 29%) respondentů. V souboru pacientů s AVNRT bylo 12 (tj. 21%) odpovědí ano a 28 (tj. 49%) zřídka. Zatímco v souboru pacientů WPW bylo 35 (tj. 66%) odpovědí ano a pouze 3 (tj. 6%) odpovědí zřídka.

Otázka č. 5

Považuji se za člověka, který:

- když mívám arytmie, obvykle bývají doprovázeny úzkostí
- když mívám arytmie, nemívám u nich úzkost
- nevnímám arytmie, ale jsem úzkostný člověk
- nevnímám arytmie a nejsem úzkostný člověk



Tabulka č. 5 Považujete se za člověka, který:

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
když mívám arytmie, obvykle bývají doprovázeny úzkostí	40	36%
když mívám arytmie, nemívám u nich úzkost	49	45%
nevnímám arytmie, ale jsem úzkostný člověk	14	13%
nevnímám arytmie a nejsem úzkostný člověk	7	6%
celkem	110	100%

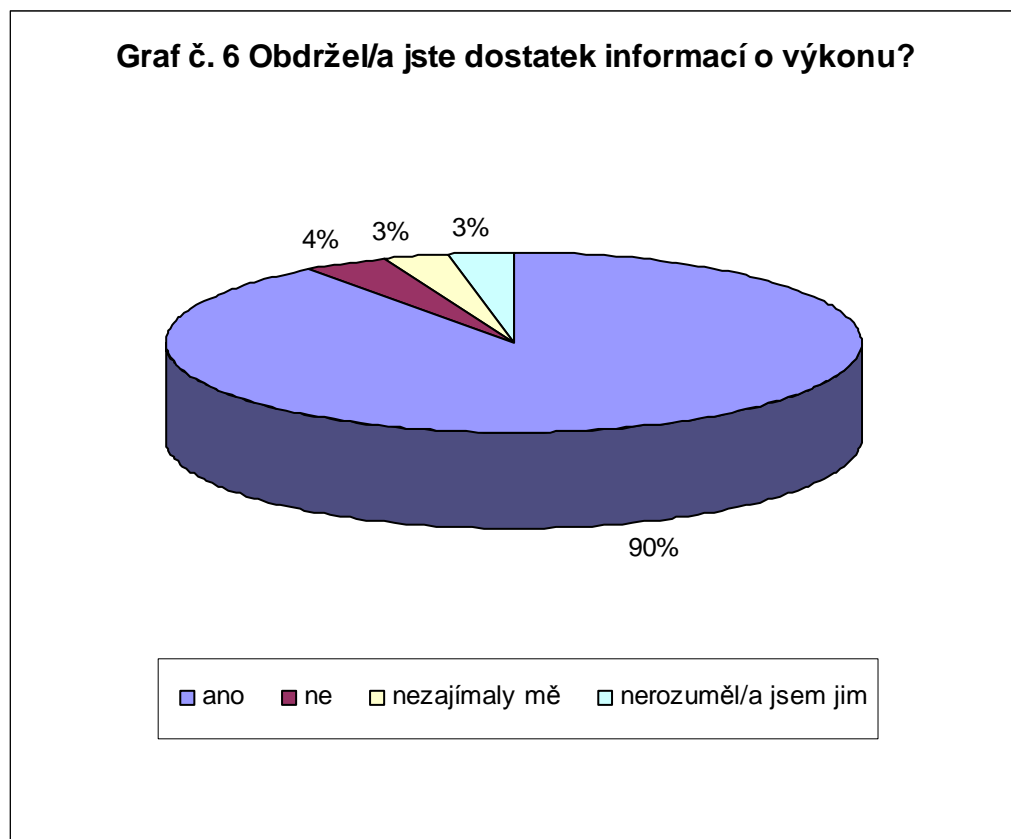
Komentář:

Za člověka, který když mívá arytmie, jsou obvykle doprovázeny úzkostí se považuje 40 (tj. 36%) respondentů avšak 49 (tj. 45%) respondentů nemívá úzkost při výskytu arytmie. Nevnímá arytmii, ale přesto je úzkostných 14 (tj. 13%) respondentů. Pouze 7 (tj. 6%) respondentů nevnímá arytmie a nepovažuje se za úzkostného člověka. Překvapivé je, že v souboru AVNRT se nejvíce respondentů 32 (tj. 56%) považuje za člověka, který, když má arytmii, nebývá úzkostný, zatímco v souboru pacientů s WPW bylo nejčastější odpovědí: když mívám arytmie, obvykle bývají doprovázeny úzkostí. Takto odpovědělo 29 (tj. 55%) respondentů. Ze souboru pacientů AVNRT to bylo jen 11 (tj. 19%) respondentů.

Otázka č. 6

Obdržel/a jste dostatek informací o výkonu?

- ano
- ne
- nezajímaly mě
- nerozuměl/a jsem jim



Tabulka č. 6 Obdržel/a jste dostatek informací o výkonu?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
ano	99	90%
ne	5	4%
nezajímaly mě	3	3%
nerozuměl/a jsem jim	3	3%
celkem	110	100%

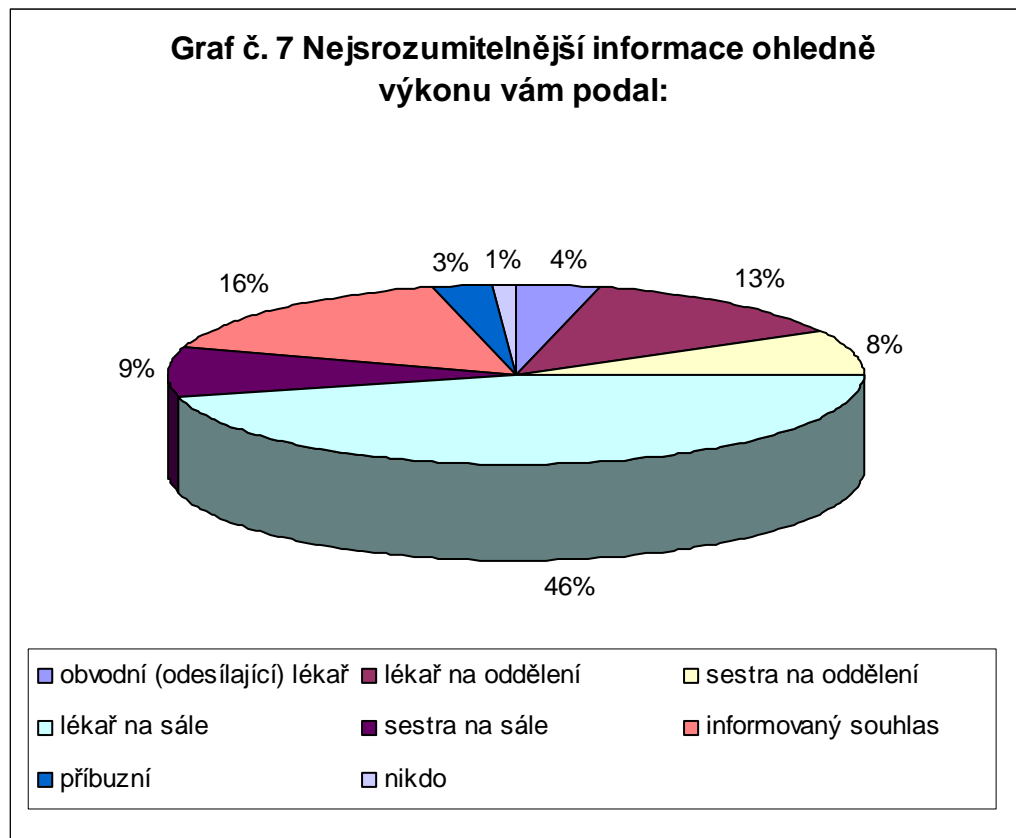
Komentář:

Naprostá většina respondentů 99 (tj. 90%) odpověděla, že obdrželi dostatek informací o výkonu, pouze 5 (tj. 4%) neobdrželo dostatek informací, 3 (tj. 3%) respondentů se o informace nezajímalo, taktéž 3 (tj. 3%) respondentů informacím o výkonu nerozumělo.

Otázka č. 7

Nejsrozumitelnější informace ohledně výkonu Vám podal:

- obvodní (odesílající) lékař
- lékař na oddělení
- sestra na oddělení
- lékař na sále
- sestra na sále
- informovaný souhlas
- příbuzní
- nikdo



Tabulka č. 7 Nejsrozumitelnější informace ohledně výkonu vám podal:

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
obvodní (odesílající) lékař	4	4%
lékař na oddělení	14	13%
sestra na oddělení	9	8%
lékař na sále	51	46%
sestra na sále	10	9%
informovaný souhlas	18	16%
příbuzní	3	3%
nikdo	1	1%
celkem	110	100%

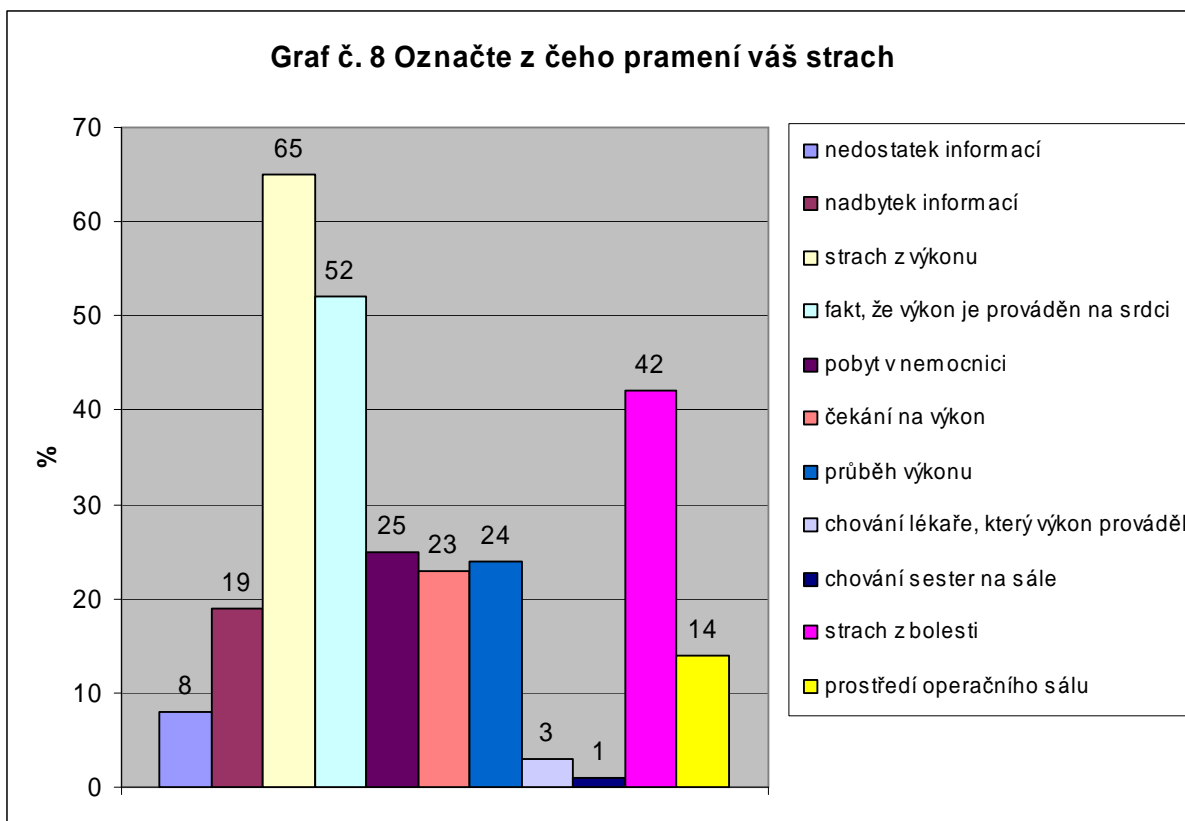
Komentář:

Nejsrozumitelnější informace ohledně výkonu podle 51 (tj. 46%) respondentů podal lékař na sále, dále to byl podle 18 (tj. 16%) dotazovaných informovaný souhlas. Lékař na oddělení podal nejsrozumitelnější informace 14 (tj. 13%) respondentů a sestra na sále 10 (tj. 9%) respondentů. Za zamyšlení stojí, že srozumitelné informace od obvodního (odesílajícího) lékaře obdrželi pouze 4 (tj. 4%) respondentů. O jednoho respondenta méně, tedy 3 respondenti (tj. 3%) odpověděli, že jim nejsrozumitelnější informace podali příbuzní. Odpovědi nikdo využil 1 respondent (tj. 1%).

Otázka č. 8

Označte, z čeho pramení váš strach (můžete označit i více možností)

- nedostatek informací
- nadbytek informací
- strach z výkonu
- fakt, že výkon je prováděn na srdci
- pobyt v nemocnici
- čekání na výkon
- průběh výkonu
- chování lékaře, který výkon prováděl
- chování sester na sále
- strach z bolesti
- prostředí operačního sálu



Tabulka č. 8 Označte, z čeho pramení váš strach

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
nedostatek informací	9	8%
nadbytek informací	21	19%
strach z výkonu	71	65%
fakt, že výkon je prováděn na srdci	57	52%
pobyt v nemocnici	28	25%
čekání na výkon	25	23%
průběh výkonu	26	24%
chování lékaře, který výkon prováděl	3	3%
chování sester na sále	1	1%
strach z bolesti	46	42%
prostředí operačního sálu	15	14%
celkem	110	100%

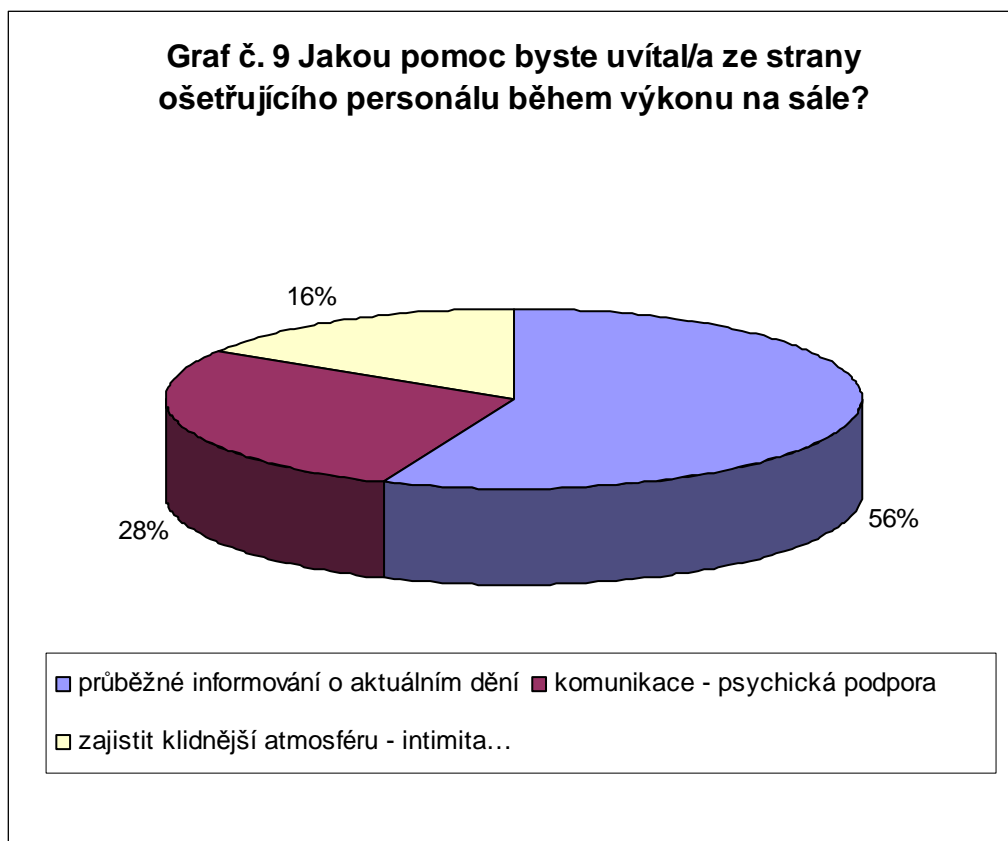
Komentář:

Strach z důvodu nedostatku informací udává 9 (tj. 8%) respondentů, strach v důsledku nadbytku informací označilo 21 (tj. 19%) respondentů, strach z výkonu 71 (tj. 65%) respondentů, strach do souvislosti s faktem, že výkon je prováděn na srdci dává 57 (tj. 52%) respondentů, strach související s pobytem v nemocnici udává 28 (tj. 25%) respondentů, čekání na výkon stresovalo 25 (tj. 23%) respondentů, průběh výkonu označilo 26 (tj. 24%) respondentů, chování lékaře, který výkon prováděl označili 3 (tj. 3%) respondentů, chování sester na sále 1 (tj. 1%) respondentů, strach z bolesti označilo 46 (tj. 42%) respondentů a strach způsobený vlivem prostředí operačního sálu označilo 15 (tj. 14%) respondentů.

Otázka č. 9

Jakou pomoc byste uvítal/a ze strany ošetřujícího personálu během výkonu na sále?

- průběžné informování o aktuálním dění
- komunikace – psychická podpora
- zajistit klidnější atmosféru – intimita...



Tabulka č. 9 Jakou pomoc byste uvítal/a ze strany ošetřujícího personálu během výkonu na sále?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
průběžné informování o aktuálním dění	61	56%
komunikace – psychická podpora	31	28%
zajistit klidnější atmosféru – intimita...	18	16%
celkem	110	100%

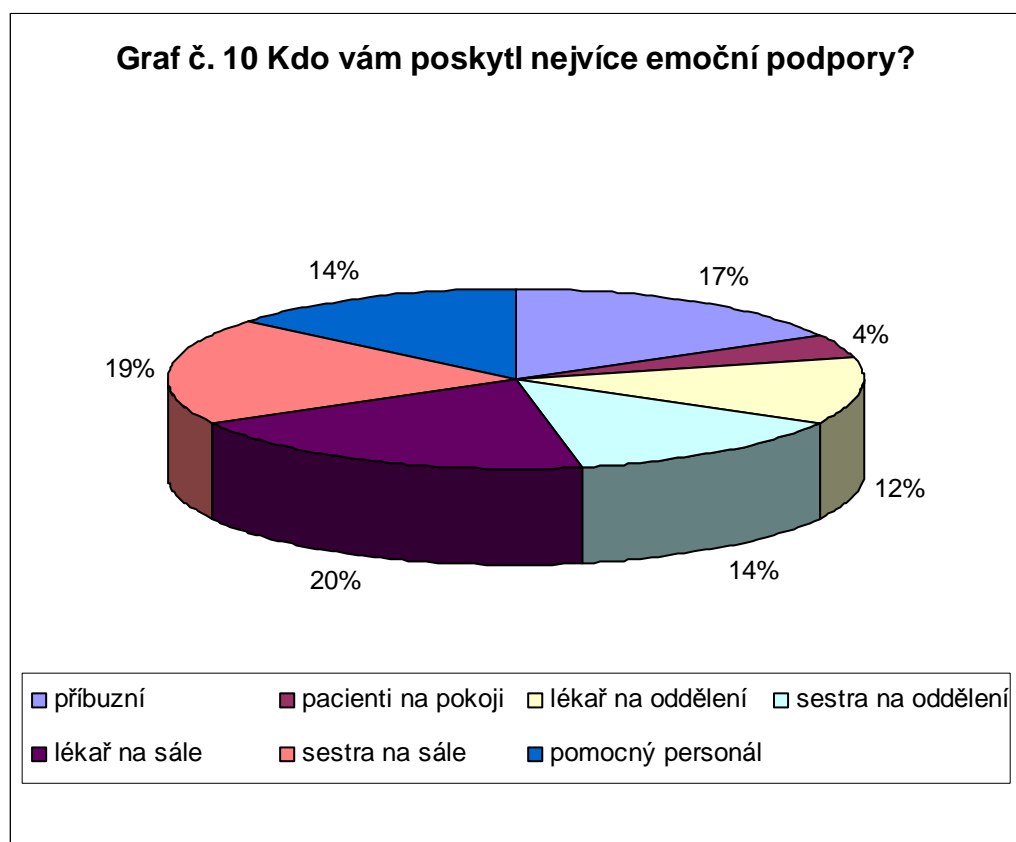
Komentář:

Během výkonu průběžně informovat o aktuálním dění by chtělo 61 (tj. 56%) respondentů, lepší komunikaci ve smyslu psychické podpory by uvítalo 31 (tj. 28%) respondentů a 18 (tj. 16%) by si přálo zajištění klidnější atmosféry.

Otázka č. 10

Kdo vám poskytl nejvíce emoční podporu?

- příbuzní
- pacienti na pokoji
- lékař na oddělení
- sestra na oddělení
- lékař na sále
- sestra na sále
- pomocný personál



Tabulka č. 10 Kdo vám poskytl nejvíce emoční podpory?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
příbuzní	19	17%
pacienti na pokoji	4	4%
lékař na oddělení	13	12%
sestra na oddělení	15	14%
lékař na sále	22	20%
sestra na sále	21	19%
pomocný personál	16	14%
celkem	110	100%

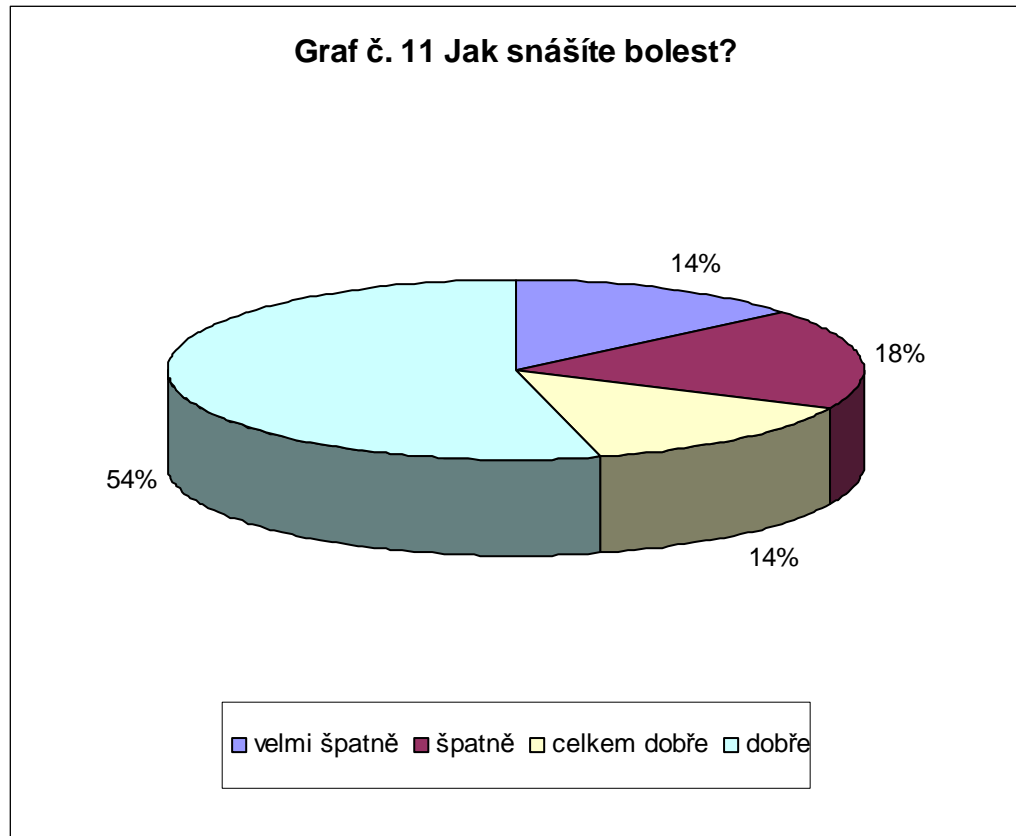
Komentář:

Nejvíce emoční podpory poskytl 22 (tj. 20%) respondentů lékař na sále, 21 respondentům (tj. 19%) sestra na sále a 19 (tj. 17%) příbuzní. Téměř shodný počet respondentů využilo odpovědí lékař na oddělení, a to 13 respondentů (tj. 12%), sestra na oddělení odpovědělo 15 (tj. 14%) respondentů a pomocný personál 16 (tj. 14%). Pacienti na pokoji poskytli největší emoční podporu pouze 4 (tj. 4%) respondentů.

Otázka č. 11

Jak snášíte bolest?

- velmi špatně
- špatně
- celkem dobře
- dobře



Tabulka č. 11 Jak snášíte bolest?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
velmi špatně	16	14%
špatně	20	18%
celkem dobře	15	14%
dobře	59	54%
celkem	110	100%

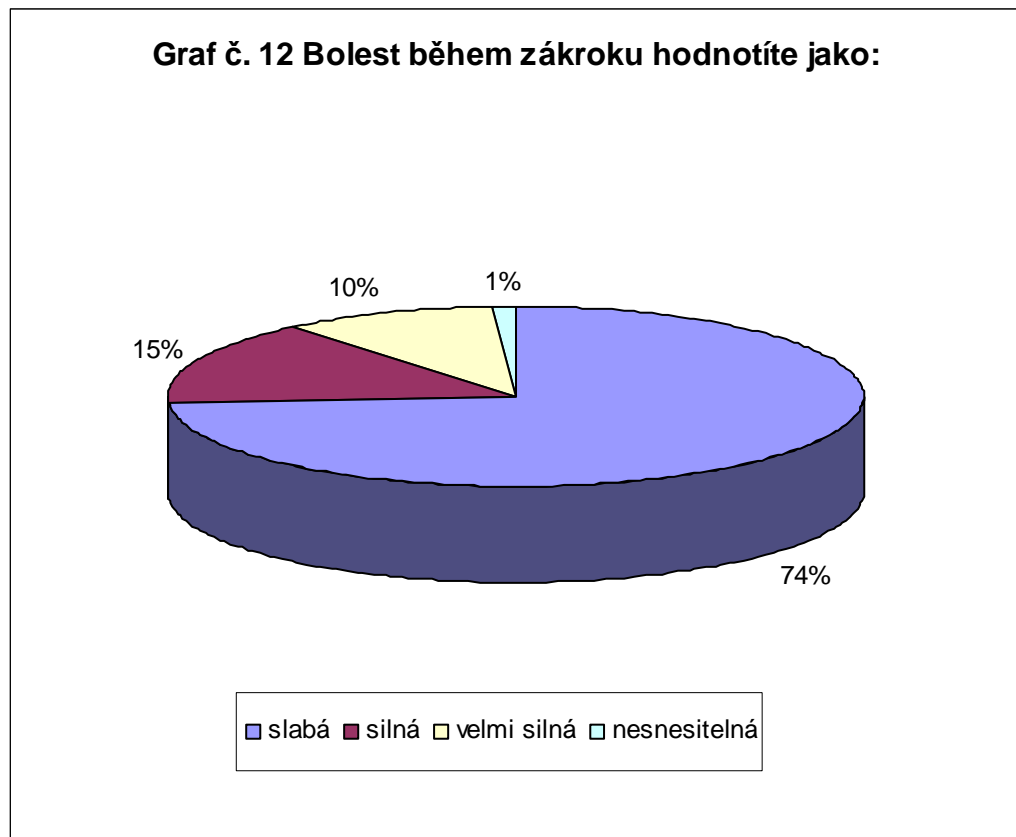
Komentář:

Na otázku jak snášíte bolest odpovědělo nejvíce respondentů 59 (tj. 54%), že dobře. Špatně snáší bolest 20 (tj. 18%) respondentů, velmi špatně 16 (tj. 14%) a celkem dobře 15 (tj. 14%) dotázaných. Procentuelní zastoupení jednotlivých odpovědí se téměř neliší u pacientů s AVNRT a WPW.

Otázka č. 12

Bolest během zákroku hodnotíte jako:

- slabou
- silnou
- velmi silnou
- nesnesitelnou



Tabulka č. 12 Bolest během zákroku hodnotíte jako:

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
slabá	81	74%
silná	17	15%
velmi silná	11	10%
nesnesitelná	1	1%
celkem	110	100%

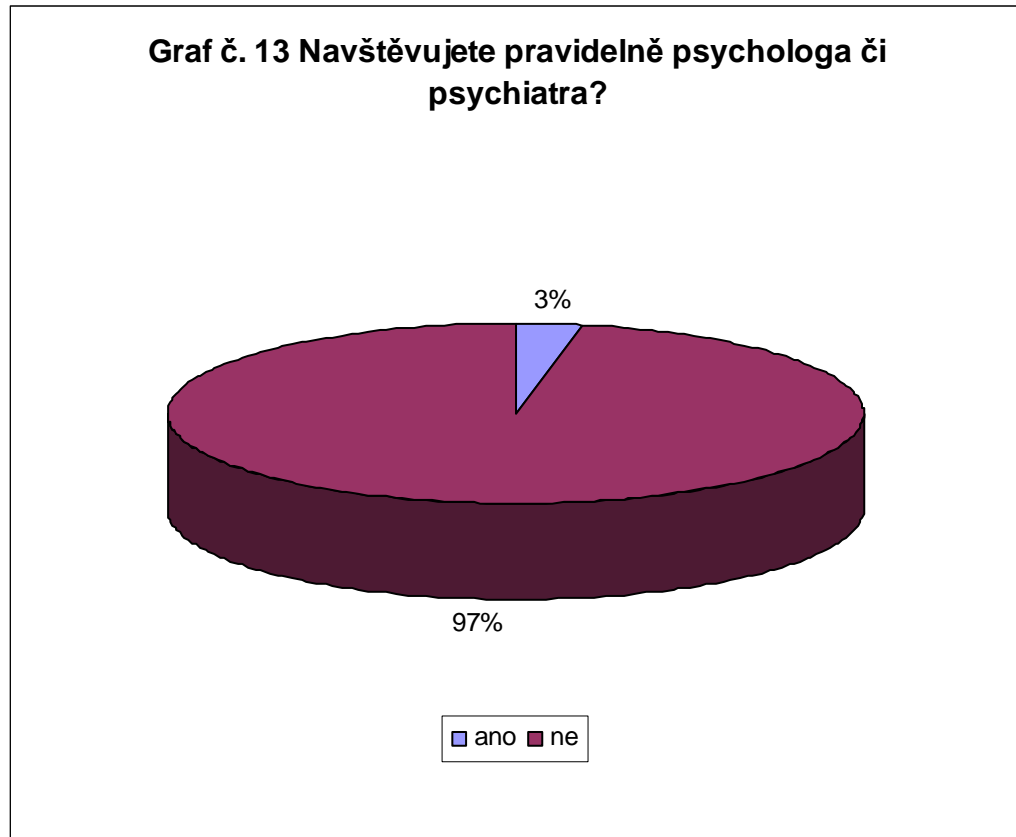
Komentář:

Bolest během zákroku hodnotilo 81 respondentů (tj. 74%) jako slabou, jako silnou 17 (tj. 15%) respondentů, velmi silnou 11 (tj. 10%) respondentů. Bolest jako nesnesitelnou hodnotil pouze 1 respondent (tj. 1%). Jednalo se o pacienta s AVNRT.

Otázka č. 13

Navštěvujete pravidelně psychologa či psychiatra?

- ano
- ne



Tabulka č. 13 Navštěvujete pravidelně psychologa či psychiatra?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
ano	3	3%
ne	107	97%
celkem	110	100%

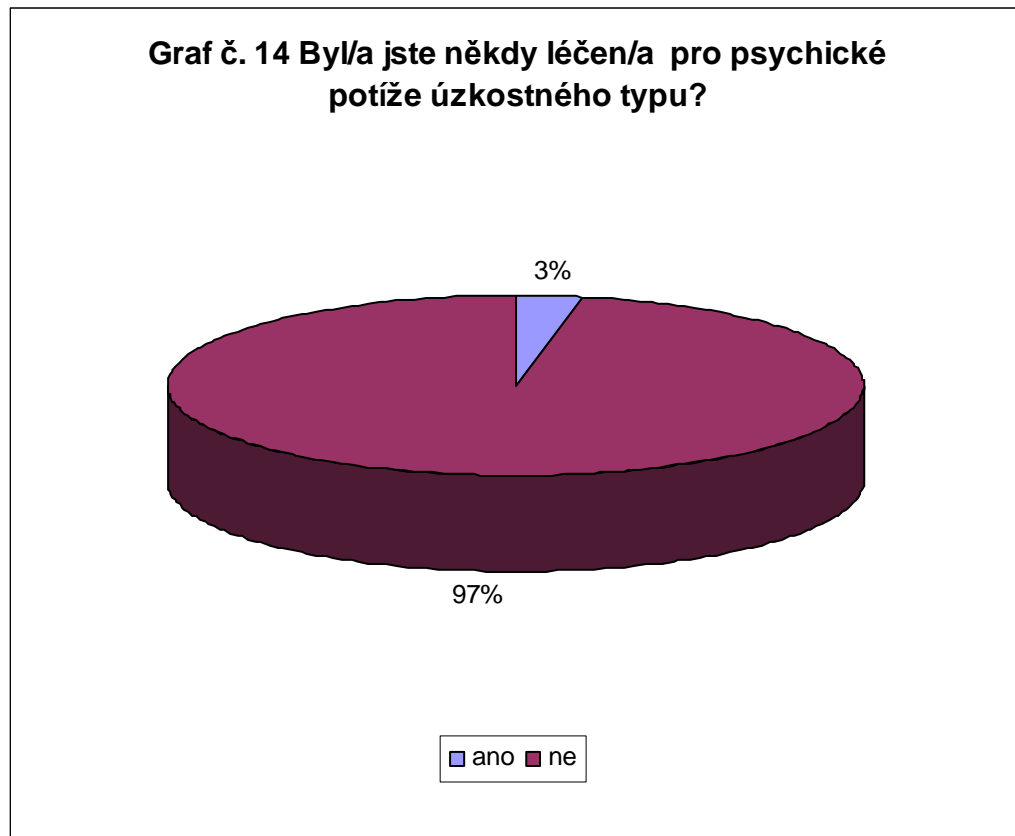
Komentář:

Pravidelně navštěvují psychologa či psychiatra pouze 3 respondenti (tj. 3%). Ostatních 107 respondentů (tj. 97%) odpovědělo ne.

Otázka č. 14

Byl/a jste někdy léčen/a pro psychické potíže úzkostného typu ?

- ano
- ne



Tabulka č. 14 Byl/a jste někdy léčen/a pro psychické potíže úzkostného typu?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
ano	3	3%
ne	107	97%
celkem	110	100%

Komentář:

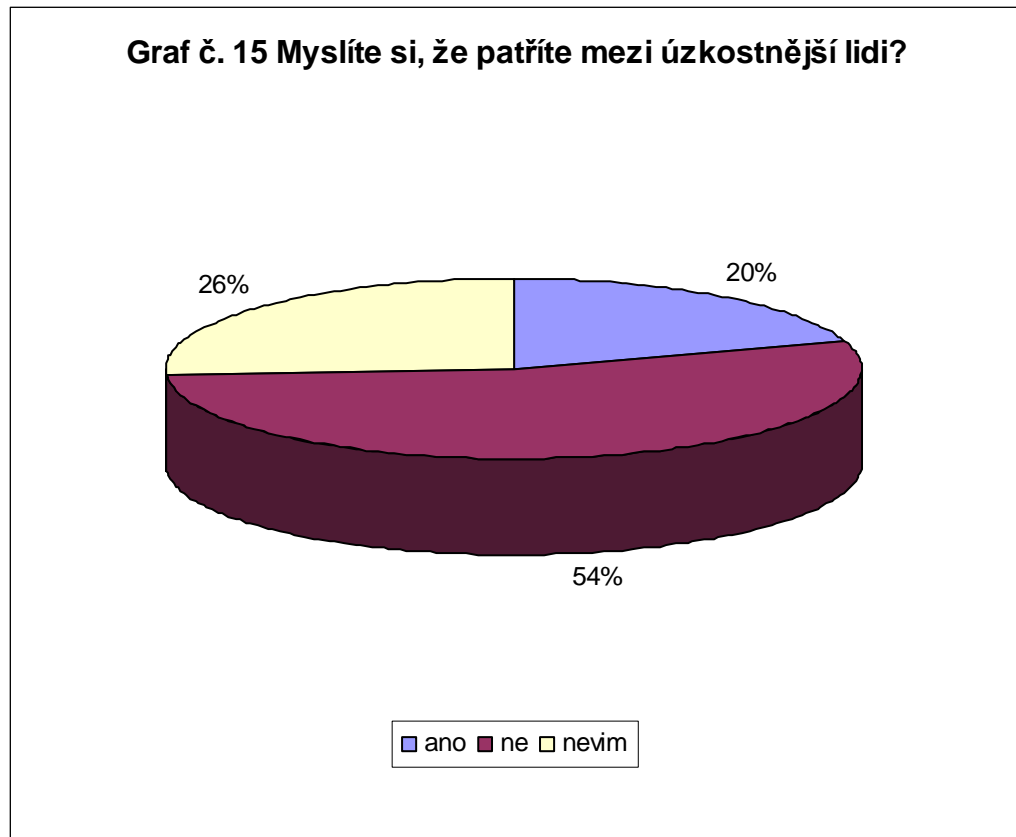
Pro psychické obtíže úzkostného typu se léčí 3 (tj. 3%) respondentů. Jedná se o stejnou skupinu pacientů, kteří pravidelně navštěvují psychologa či psychiatra viz. otázka č. 18. Dva z nich jsou pacienti s AVNRT a jeden s WPW.

Ostatních 107 respondentů (tj. 97%) se nikdy pro psychické potíže neléčilo.

Otázka č. 15

Myslíte, že patříte mezi úzkostnější lidi?

- ano
- ne
- nevím



Tabulka č. 15 Myslíte si, že patříte mezi úzkostnější lidi?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
ano	22	20%
ne	59	54%
nevím	29	26%
celkem	110	100%

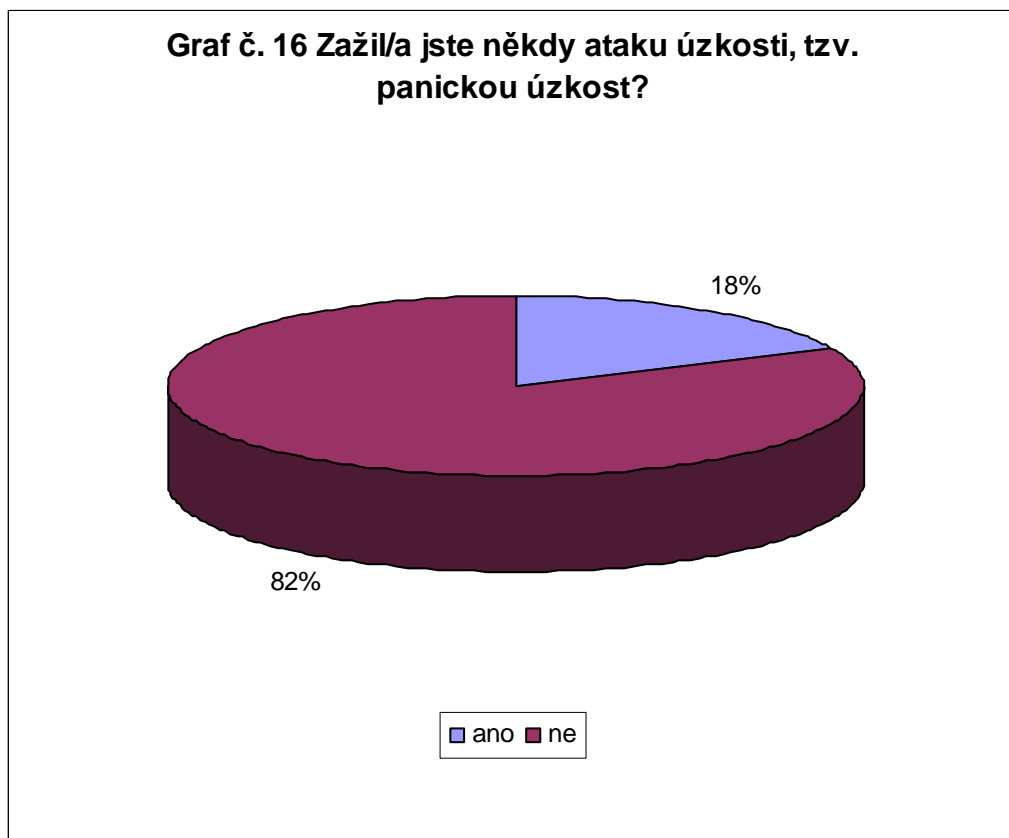
Komentář:

Mezi úzkostnější lidi se neřadí 59 respondentů (tj. 54%), 22 respondentů (tj. 20%) si myslí, že patří mezi úzkostné lidi a 29 (tj. 26%) neví.

Otázka č. 16

Zažil/a jste někdy ataku úzkosti, tzv. panickou úzkost (stav návalu úzkosti s bušením srdce, pocitem nedostatku dechu, opocněním, strachem ze ztráty vědomí, strachem z nedostupnosti pomoci)?

- ano
- ne



Tabulka č. 16 Zažil/a jste někdy ataku úzkosti, tzv. panickou úzkost

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
ano	20	18%
ne	90	82%
celkem	110	100%

Komentář:

Panickou úzkost zažilo 20 respondentů (tj. 18%). Zbýlých 90 respondentů (tj. 82%) odpovědělo, že panickou ataku nikdy nezažili.

Překvapivé se zdá být, že mezi pacienty, kteří se setkali s panickou úzkostí je 15 pacientů s WPW a pouze 5 s AVNRT.

Otázka č. 17

Šel/šla byste ještě jednou na výkon v případě doporučení?

- ano
- ne
- velmi bych se zdráhal/a
- nevím



Tabulka č. 17 Šel/šla byste ještě jednou na výkon v případě doporučení?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
ano	91	83%
ne	3	3%
velmi bych se zdráhal/a	8	7%
nevím	8	7%
celkem	110	100%

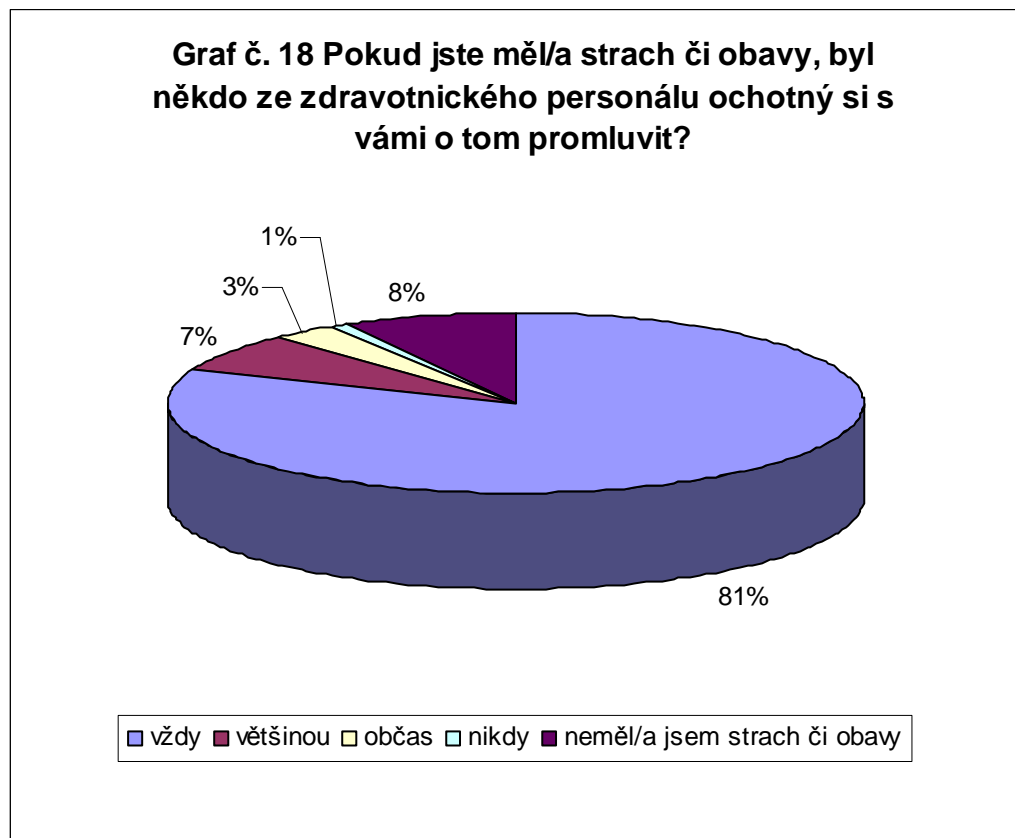
Komentář:

Na výkon by šlo opakovaně v případě potřeby 91 respondentů (tj. 83%), 8 respondentů (tj. 7%) by se zdráhalo, stejně tak 8 respondentů (tj. 7%) neví. Pouze 3 respondenti (tj. 3%) jsou přesvědčeni, že by na výkon opakovaně nešli.

Otázka č. 18

Pokud jste měl/a strach či obavy, byl někdo ze zdravotnického personálu ochotný si s vámi o tom promluvit?

- vždy
- většinou
- občas
- nikdy
- neměl/a jsem strach či obavy



Tabulka č. 18 Pokud jste měl/a strach či obavy, byl někdo ze zdravotnického personálu ochotný si s vámi o tom promluvit?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
vždy	89	81%
většinou	8	7%
občas	3	3%
nikdy	1	1%
neměl/a jsem strach či obavy	9	8%
celkem	110	100%

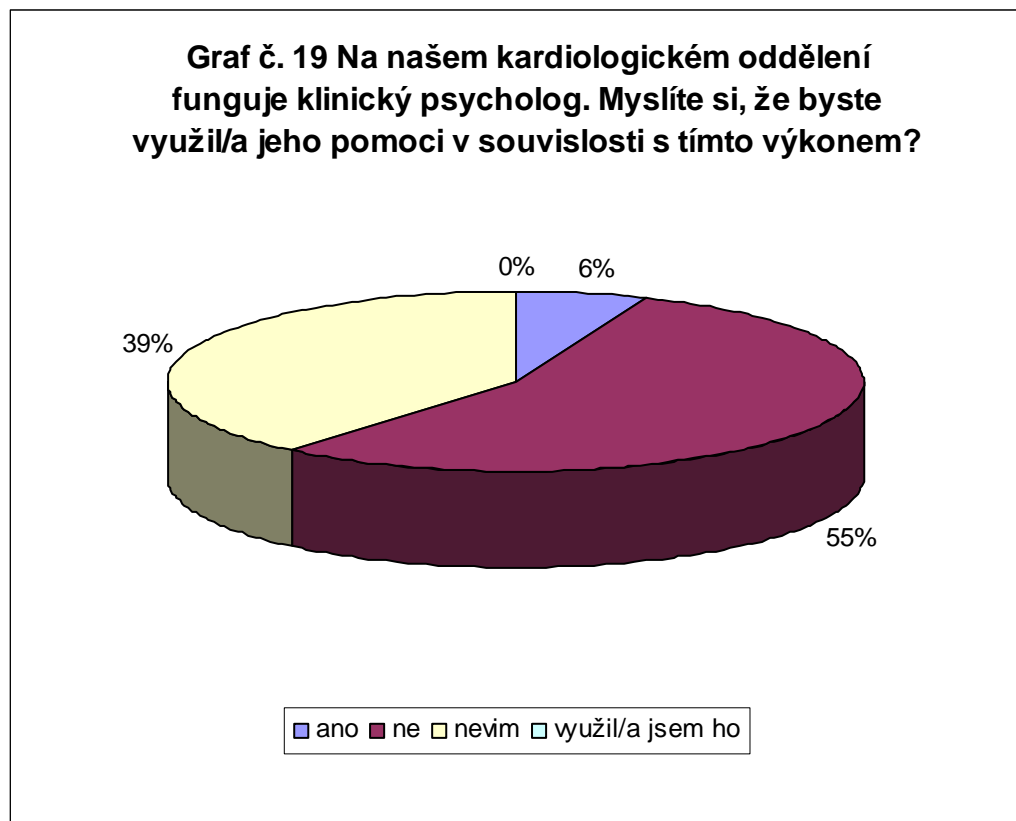
Komentář:

Vždy byl zdravotnický personál ochotný promluvit si s pacientem o strachu či obavách v souvislosti se zdravotním stavem nebo léčbou u 89 respondentů (tj. 81%), většinou u 8 respondentů (tj. 7%) a odpověď občas využili 3 respondenti (tj. 3%). Personál nebyl ochotný nikdy podle 1 respondenta (tj. 1%). Strach ani obavy nemělo 9 respondentů (tj. 8%).

Otázka č. 19

Na našem kardiologickém oddělení funguje klinický psycholog. Myslíte si, že byste využil/a jeho pomoci v souvislosti s tímto výkonem?

- ano
- ne
- nevím
- využil/a jsem ho



Tabulka č. 19 Na našem kardiologickém oddělení funguje klinický psycholog. Myslíte si, že byste využil/a jeho pomoci v souvislosti s tímto výkonem?

	absolutní počet odpovědí	relativní počet odpovědí
ano	7	6%
ne	60	55%
nevím	43	39%
využil/a jsem ho	0	0%
celkem	110	100%

Komentář:

Žádný z dotazovaných respondentů nevyužil v souvislosti s výkonem pomoci klinického psychologa, 7 z dotázaných (tj. 6%) odpovědělo, že by pomoci psychologa využilo, 60 dotázaných (tj. 55%) by pomoci nevyužilo a 43 (tj. 39%) dotázaných neví, zda by pomoc klinického psychologa využilo.

Ze souboru AVNRT pacientů je 45 (tj. 79%) přesvědčeno, že by pomoc klinického psychologa nevyužilo, zatímco v souboru pacientů s WPW převládá odpověď nevím, a to u 34 pacientů (tj. 64%).

Otázka č. 20

Jiné – prosím doplňte, pokud Vás k danému tématu ještě něco napadá nebo pokud byste chtěl/a něco sdělit.

Komentář:

Vyjádřit se využilo pouze 6 respondentů z daného souboru. Ve 4 případech se jednalo o připomínky k poněkud hektické přípravě na výkon. Ve 2 případech vyslovili respondenti poděkování za příkladnou péči.

2.4.3 Vyhodnocení rozdílu psychiky u pacientů s WPW a AVNRT

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl v psychice mezi pacienty s WPW, AVNRT, případně zda jsou pacienti s AVNRT více anxiózní. V následujících tabulkách jsou procentuelně porovnány otázky, které rozdíl popisují. Otázky, kde se odpovědi obou skupin nelišily, zde neuvádím.

Otázka č. 2

Tabulka č. 20 Jak často se arytmie vyskytuje? WPW versus AVNRT		
	WPW	AVNRT
každý den	0%	0%
vícekrát za týden	2%	5%
vícekrát za měsíc	25%	37%
maximálně jedenkrát ročně	11%	14%
několikrát za rok	36%	16%
ojedinele	26%	28%
nikdy	0%	0%
celkem	100%	100%

Komentář:

Z uvedených údajů vyplývá, že četnější výskyt arytmii zaznamenala skupina pacientů s AVNRT, kde nejvíce pacientů (37%) vnímá výskyt arytmie i vícekrát za měsíc. Ve skupině WPW nejvíce respondentů (36%) vnímá arytmii několikrát za rok.

Otázka č. 3

Tabulka č. 21 Omezuje vás arytmie v běžných aktivitách? WPW versus AVNRT		
	WPW	AVNRT
ano	51%	28%
zřídka	17%	46%
ne	32%	26%
celkem	100%	100%

Komentář:

Až 51% pacientů s WPW přiznává, že je arytmie omezuje v běžných aktivitách, 17% omezuje v běžných aktivitách zřídka a 32% pacientů se necítí být omezováno arytmií v běžných aktivitách. Na rozdíl od skupiny pacientů s AVNRT, kde nejvíce respondentů (46%) odpovědělo, že je arytmie omezuje v běžných aktivitách jen zřídka, 28% respondentů se cítí být arytmií omezováno a 26 % si myslí, že je arytmie neomezuje.

Otázka č. 4

Tabulka č. 22 Zhoršuje se vaše psychická pohoda v přítomnosti arytmie? WPW versus AVNRT		
	WPW	AVNRT
ano	66%	21%
zřídka	6%	49%
ne	28%	30%
celkem	100%	100%

Komentář:

Ze skupiny WPW až 66% respondentů přiznává, že se jejich psychická pohoda zhoršuje v přítomnosti arytmie, 6% si myslí, že je tomu tak zřídka a 28% nevnímá, že by se jejich psychická pohoda v přítomnosti arytmie zhoršovala. Ve skupině AVNRT je počet odpovědí poněkud vyrovnanější. Psychická pohoda se zhoršuje u 21% respondentů, u 49% zřídka a u 30% se nezhoršuje v přítomnosti arytmie.

Otázka č. 5

Tabulka č. 23 Považuji se za člověka, který: WPW versus AVNRT		
	WPW	AVNRT
když mívám arytmie, obvykle bývají doprovázeny úzkostí	55%	19%
když mívám arytmie, nemívám u nich úzkost	32%	56%
nevnímám arytmie, ale jsem úzkostný člověk	9%	16%
nevnímám arytmie a nejsem úzkostný člověk	4%	9%
celkem	100%	100%

Komentář:

Za člověka, který, když mívá arytmiie, obvykle bývají doprovázeny úzkostí, se ze skupiny WPW považuje 55% respondentů, ze skupiny AVNRT pouze 19% respondentů. Za úzkostného člověka, aniž by vnímal arytmiu, ale přesto je úzkostný, se považuje ve skupině WPW 9% respondentů, ve skupině AVNRT 16% respondentů.

Otázka č. 11

Tabulka č. 24 Jak snášíte bolest WPW versus AVNRT		
	WPW	AVNRT
velmi špatně	6%	23%
špatně	36%	2%
celkem dobře	15%	12%
dobře	43%	63%
celkem	100%	100%

Komentář:

Bolest snášejí respondenti z obou skupin většinou dobře. U WPW 43% respondentů, u AVNRT až 63%. Špatně snášejí bolest 36% respondentů s WPW a 2% respondentů s AVNRT. Velmi špatně snášejí bolest 6% respondentů s WPW a 23% respondentů s AVNRT.

Otázka č. 16

Tabulka č. 25 Zažil/a jste někdy ataku úzkosti WPW versus AVNRT		
	WPW	AVNRT
ano	28%	9%
ne	72%	91%
celkem	100%	100%

Komentář:

S atakou úzkosti se setkalo 28% respondentů ve skupině WPW a pouze 9% respondentů ve skupině AVNRT.

3 DISKUSE

V tomto výzkumu byla provedena analýza příčin strachu u vybraného souboru pacientů s AVNRT či WPW syndromem v souvislosti s výkonem RFA. Bylo zjišťováno, zda existuje rozdíl v psychice mezi pacienty s AVNRT a WPW, jsou-li pacienti, u nichž byla diagnostikována AVNRT více anxiózní a identifikováno, jak pacientům zlepšit psychickou pohodu během hospitalizace v souvislosti s RFA.

Výzkumu se zúčastnilo 57 pacientů s diagnózou AVNRT, z toho 21 mužů (tj. 37%) a 36 žen (tj. 63%), 53 pacientů s WPW, z toho 30 mužů (tj. 57%) a 23 žen (tj. 43%). Nejnižší přípustná věková hranice byla 18 let.

Nejpočetněji byla zastoupena skupina pacientů trpících arytmií déle než 10 let, a to i ve skupině pacientů s AVNRT, kde by měla být vzhledem k úspěšnosti léčba arytmie pomocí RFA na prvním místě.

Pacienti pokládají za největší stresové vlivy při RFA strach ze samotného výkonu a fakt, že výkon je prováděn na srdci. Srdce je všeobecně považováno za nejdůležitější orgán v těle a ani poměrně nízké riziko komplikací u tohoto výkonu nezmírňuje obavy pacientů.

Co se týče strachu z výkonu, myslím, že úzce souvisí s informovaností. Předpoklad, že pacienti nemohou obdržet dostatek informací o výkonu vzhledem k velmi krátké době na přípravu na výkon, během níž se většina teprve seznamuje s tím, co je čeká, se nepotvrdil. Naopak se pacienti shodli téměř jednoznačně na tom, že obdrželi dostatek informací o výkonu. Nejvíce respondentů, což představuje 46% všech dotázaných, obdrželo informace přímo na operačním sále od lékaře, který zákrok prováděl. Na druhé straně však řada pacientů označila nadbytek informací jako stresový faktor. To může být zapříčiněno faktem, že pacienti dostávají v poměrně krátkém časovém úseku nejen informace o výkonu, ale i řadu dalších informací týkajících se pobytu v nemocnici což celkově působí na pacienty stresově.

Myslím, že prospěšné by mohlo být, kdyby informace o výkonu pacienti získávali v delším časovém předstihu před výkonem, například od odesílajícího lékaře. Podle průzkumu takto získávají informace jen 4 % respondentů. Dalšími zdroji informací je jistě odborná literatura či internet. Některá kardiologická centra mají i velice pěkně zpracované internetové stránky pro pacienty. Otázkou však zůstává, nakolik jsou pacienti aktivní při vyhledávání těchto informací.

Bolest za normálních okolností funguje v našem těle jako alarm. Každý máme nastavený práh bolesti jinak. Ženy jsou oproti mužům odolnější, více vydrží. I jejich práh bolesti je nastaven na vyšší hodnotu. Snášení bolesti ovlivňuje mnoho faktorů. Jedním z nich je např. dědičnost, osobnost, lokalizace bolestivého místa, v nemalé míře i výchova a také momentální psychické rozpoložení. Důležitým faktorem je i délka trvání bolesti. To, jak prožíváme a snášíme bolest v běžném životě má vliv i na prožívání bolesti například během zákroku.

Bolest během zákroku označilo celých 74 % respondentů jako slabou, jako silnou 15% respondentů, velmi silnou 10% respondentů. Bolest jako nesnesitelnou hodnotil pouze 1 respondent. Zhruba polovina respondentů tj. 54% si myslí, že bolest v běžném životě zvládá dobře. Špatně snáší bolest 18% respondentů, velmi špatně 14% a celkem dobře taktéž 14% dotázaných. Procentuelní zastoupení jednotlivých odpovědí se téměř neliší u pacientů s AVNRT a WPW. Překvapivé je, že strach z bolesti nebyl vyhodnocen pacienty jako největší stresový faktor. Nicméně je třeba si ještě více uvědomit, že bolest je velmi subjektivní pocit, který nelze nijak objektivizovat a důležité je věřit pacientům, když říkají, že je něco bolí a co platí pro jednoho, nemusí platit pro druhé.

Z odpovědí dále vyplývá, že nejvíce emoční podpory získávají pacienti přímo od lékaře a sestry na sále. Je to poměrně logické, neboť příchodem na sál se pacient soustředí již jen na pocity spojené se samotným výkonem a jediný, kdo mu může poskytnout emoční podporu, je tým zdravotníků. Na to bychom neměli nikdy zapomínat a snažit se věnovat pacientům již od příchodu na sál. Jednotlivé složky zdravotnického týmu by se měly vzájemně doplňovat. Pokud se lékař například soustředí na výkon, měla by kontakt s pacientem automaticky udržovat sestra nebo jiný člen týmu.

Žádný z dotazovaných respondentů nevyužil v souvislosti s výkonem pomoci klinického psychologa, 7 z dotázaných (tj. 6%) odpovědělo, že by pomoci psychologa využilo, 60 dotázaných (tj. 55%) by pomoci nevyužilo a 43 (tj. 39%) dotázaných neví. Doposud se zapojení klinického psychologa do přípravy na výkon nejevilo z časových důvodů možné. V současné době úspěšně působí klinický psycholog například v rámci přípravy pacientů na kardiochirurgické výkony, a i když se jedná o daleko náročnější výkony, v budoucnosti by se jistě dalo o využití jeho služeb uvažovat i v rámci přípravy na RFA.

Z připomínek respondentů vyplývá, že jim připadá poněkud hektická příprava před výkonem. To je do jisté míry dáno poměrně krátkým časovým úsekem od přijetí pacienta do nemocnice, kapacitou a provozem jednotlivých oddělení. Stále však ještě zbývá prostor na to,

jak tuto fázi pacientům zpříjemnit, neboť taková atmosféra jistě nepřispívá ke zlepšení psychické pohody pacientů. Lze zachovávat soukromí pacienta, jednotlivé informace sdělovat v klidu, pomalu a srozumitelně a ujišťovat se, že pacient daným informacím rozumí.

K pozoruhodným výsledkům jsem dospěla při hodnocení rozdílů psychiky pacientů s AVNRT a WPW. Délka trvání a četnost výskytu arytmií byly v obou skupinách srovnatelné. Přítomnost arytmie se však jeví více limitující pro pacienty s WPW, a to jak v běžných denních aktivitách, tak v ovlivnění psychické pohody. Zatímco běžné denní aktivity ovlivňuje 51% z WPW pacientů, ve skupině AVNRT odpovědělo jen 36% respondentů, že je arytmie ovlivňuje v běžných denních aktivitách pouze zřídka. Psychická pohoda se v přítomnosti arytmie zhoršuje u pacientů s WPW až v 66%, u pacientů s AVNRT jen ve 21%.

Až 55% pacientů s WPW se považuje za úzkostné v přítomnosti arytmie, ve skupině AVNRT pacientů to činí pouze 19%. Zkušenosti s panickou úzkostí mělo 28% respondentů ze skupiny WPW a 9% ze skupiny AVNRT. Psychicky se léčí pouze zanedbatelné procento respondentů v obou skupinách.

Většina respondentů obou skupin se shodla na tom, že snáší bolest dobře, a že bolest v souvislosti s výkonem hodnotí jako slabou.

Přestože se jedná o poměrně malý vzorek respondentů a k hodnocení bylo použito pouze subjektivního názoru pacientů na svojí psychiku, nelze jednoznačně stanovit rozdíl v psychice zkoumaných skupin. Výsledky též nepotvrdily, že pacienti trpící AVNRT jsou anxióznější než pacienti s WPW.

V dosud publikovaných pracích zabývajících se rozdílem v psychice pacientů AVNRT a WPW se objevuje jako součást hodnocení i posouzení fyzických projevů strachu na základě měření srdeční frekvence, kožního odporu, svalové tenze a respirační aktivity. Vzhledem k tomu, že řada symptomů doprovázejících arytmie se shoduje s fyzickými projevy strachu, nepovažuji tyto parametry pro hodnocení za validní a ve své práci je záměrně nehodnotím.

V budoucnosti by jistě bylo zajímavé posouzení psychiky pacientů vzhledem k věku, pohlaví, psychologickému typu osobnosti, či počtu předešlých zkušeností s hospitalizací. Takovéto hodnocení však v rámci této práce nelze provést z důvodu nízkého počtu respondentů. Anamnestická část dotazníku má zde spíše informativní charakter.

4 ZÁVĚR

Práce je určena především pracovníkům pracujícím v arytmiologii. Hlavním cíle této práce byly analýza příčin strachu u vybraného souboru pacientů s AVNRT či WPW v souvislosti s výkonem RFA. Zjistit, zda existuje rozdíl v psychice mezi pacienty s AVNRT a WPW, jsou-li pacienti, u nichž byla diagnostikována AVNRT více anxiózní. Pokusit se identifikovat, jak pacientům zlepšit psychickou pohodu během hospitalizace v souvislosti s RFA.

Pacienti pokládají za největší stresové vlivy při RFA strach ze samotného výkonu a fakt, že výkon je prováděn na srdci. Respondenti se shodli téměř jednoznačně na tom, že obdrželi dostatek informací o výkonu. Nejvíce respondentů, což představuje 46% všech dotázaných, obdrželo informace přímo na operačním sále od lékaře, který zákrok prováděl. Řada pacientů však shledává míru informací v souvislosti s výkonem jako nadbytečnou, tedy stresující.

Bolest během zákroku označilo celých 74 % respondentů jako slabou, jako silnou 15% respondentů, velmi silnou 10% respondentů. Bolest jako nesnesitelnou hodnotil pouze 1 respondent. Překvapivě byl strach z bolesti vyhodnocen pacienty jako stresový faktor až na třetím místě.

Z připomínek respondentů vyplývá, že by se mohla více zklidnit atmosféra v rámci předoperační přípravy.

Přítomnost arytmie se jeví více limitující pro pacienty s WPW, a to jak v běžných denních aktivitách tak v ovlivnění psychické pohody. Zatímco běžné denní aktivity ovlivňuje 51% z WPW pacientů, ve skupině AVNRT odpovědělo jen 36% respondentů, že je arytmie ovlivňuje v běžných denních aktivitách pouze zřídka. Psychická pohoda se v přítomnosti arytmie zhoršuje u pacientů s WPW až v 66%, u pacientů s AVNRT jen ve 21%.

Až 55% pacientů s WPW se považuje za úzkostné v přítomnosti arytmie, ve skupině AVNRT pacientů to činí pouze 19%. Zkušenosti s panickou úzkostí mělo 28% respondentů ze skupiny WPW a 9% ze skupiny AVNRT. Psychicky se léčí pouze zanedbatelné procento respondentů v obou skupinách. Výsledky tudíž nepotvrdily, že pacienti trpící AVNRT jsou anxióznější než pacienti s WPW.

ANOTACE

Autor:	Zuzana Grossová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Úloha strachu při katetrizačních ablacích u pacientů s WPW syndromem versus AVNRT
Vedoucí práce:	Mgr. Ivana Kupečková MUDr. Petr Pařízek Ph.D.
Počet stran:	74
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	strach při invazivních výkonech, úzkost, strach, supraventrikulární tachykardie, AVNRT, WPW syndrom, radiofrekvenční katetrizační ablace

Bakalářská práce se zabývá úlohou strachu při katetrizačních ablacích u pacientů s WPW syndromem versus AVNRT. V teoretické části jsou definovány pojmy strach, úzkost, supraventrikulární tachykardie, AVNRT a WPW syndromem. Blíže je popsána problematika supraventrikulárních tachykardií, jejich symptomy, diagnostika, léčba a péče o pacienty v souvislosti s výkonem radiofrekvenční katetrizační ablace.

Empirická část byla provedena metodou kvantitativního výzkumného šetření s cílem analýzy příčin strachu u vybraného souboru pacientů s AVNRT či WPW syndromem v souvislosti s výkonem radiofrekvenční katetrizační ablace. Dále bylo zjišťováno, zda existuje rozdíl v psychice mezi skupinami pacientů trpících výše uvedenými typy arytmií. Vzorek respondentů tvořili pacienti trpící Atrioventrikulární nodální reentry tachykardií a syndromem Wolff-Parkinson-White, kteří byli hospitalizováni v nemocnici Na Homolce za účelem provedení radiofrekvenční katetrizační ablace. Práce je určena především zdravotním sestřám. This thesis concerns the role played by fear during catheter ablation in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome (WPW) compared to those with atrioventricular nodal reentry tachycardia (AVNRT).

The theoretical section defines the terms fear, anxiety, supraventricular tachycardia, AVNRT and WPW syndrome. More detailed descriptions are then given of the problems associated with supraventricular tachycardia, its symptoms and diagnosis, medication used and the care of patients undergoing radiofrequency catheter ablation.

The observation section uses quantitative methods with the aim of analysing the causes of fear in selected patients with AVNRT or WPW syndrome undergoing radiofrequency catheter ablation. In addition, research was done into whether there is a psychological difference between the groups of patients suffering from the above arrhythmias. Subjects were drawn from inpatients with atrioventricular nodal reentry tachycardia and Wolff-Parkinson-White syndrome who were part of the radiofrequency catheter ablation programme at Na Homolce Hospital. The work is mainly intended for nursing staff.

Seznam literatury

1. Anders, M., Kautzner, J., Kitzlervá, E., Dohnalová, A., Hodnocení psychopatologie u pacientů s paroxysmálními supraventrikulárními tachykardiemi, Česká a slovenská psychiatrie, roč. 7, č. 2, 2003, s. 11 -12, ISSN 1211-7579
2. Archonti, Ch., Jung, J., Rüddel, H., Relative importance of psychophysiological reactivity and psychometric characteristics in patients with supraventricular tachycardia, Homeostasis, roč. 42, č. 6, 2003, s. 269-276, ISSN 0960-7560
3. Auger, L., Strach, obavy a jejich překonávání, 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 176 s. ISBN 80-7178-231-9
4. Bytešník, J., Čihák, R., Arytmie v medicínské praxi, 1. vyd. Praha: TRITON s.r.o., 1999, 179 s. ISBN 80-7254-054-8
5. Fiala, M., Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu supraventrikulárních tachyarytmií, Cor Vasa, 2005, s. 9
6. Dostupné na <http://www.kardio-cz.cz/> , staženo 13. 7. 2007
7. Hampton, J., EKG pro praxi, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 1997. 318 s. ISBN 80-7169-426-6
8. Honzák, R. et al., Úzkostný pacient, Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2
9. Honzák, R., Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout, Praha: Maxdorf, 1995. 70 s. ISBN 80-85800-05-5
10. Jobánková, M. a kol., Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky, 1. vyd. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4
11. Kolář, J. a kol., Kardiologie pro sestry intenzivní péče, 2. vyd. Praha, AKCENTA s.r.o., 1999. 392 s. + 16 stran barevné přílohy, ISBN 80-86232-01-8
12. Křivohlavý, J., Psychologie nemoci, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0
13. Lukl, J., Klinická kardiologie stručně. 1. vyd. Olomouc, 2004. 270s. ISBN 80-244-0876-7
14. Reimann, F., Základní formy strachu. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 200 s. ISBN 80-7178-313-7
15. Sandře, E, Sigurd, B., Arrhythmia – A Guide to Clinical Electrocardiology, Bingen: Publishing Partners Verlags GmbH, 1991. 373 s. ISBN 3-927925-02-0

16. Trachytová, E. a kol., Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 2. vyd. Brno: NCONZO v Brně, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
17. Vančura, M., Léčba tachyarytmií radiofrekvenční ablací, Sanquis, č. 16, 2001, s. 51
18. Dostupné na www.sanquis.cz, staženo 15. 7. 2007
19. www.healthgate.rartners.org
20. www.homolka.cz
21. www.ikem.cz
22. www.int2.lfl.cuni.cz

Seznam grafů

- Graf č. 1 Jak dlouho trpíte arytmií? str. 26
- Graf č. 2 Jak často se arytmie vyskytují? str. 28
- Graf č. 3 Omezuje vás arytmie v běžných aktivitách? str. 30
- Graf č. 4 Zhoršuje se vaše psychická pohoda v přítomnosti arytmie? str. 31
- Graf č. 5 Považujete se za člověka který: str. 32
- Graf č. 6 Obdržel/a jste dostatek informací o výkonu? str. 34
- Graf č. 7 Nejsrozumitelnější informace ohledně výkonu vám podal: str. 35
- Graf č. 8 Označte, z čeho pramení váš strach str. 37
- Graf č. 9 Jakou pomoc byste uvítal/a ze strany ošetřujícího personálu během výkonu na sále? str. 39
- Graf č. 10 Kdo vám poskytl nejvíce emoční podpory? str. 40
- Graf č. 11 Jak snášíte bolest? str. 42
- Graf č. 12 Bolest během zákroku hodnotíte jako: str. 43
- Graf č. 13 Navštěvujete pravidelně psychologa či psychiatra? str. 44
- Graf č. 14 Byl/a jste někdy léčen/a pro psychické potíže úzkostného typu? str. 45
- Graf č. 15 Myslíte si, že patříte mezi úzkostnější lidi? str. 46
- Graf č. 16 Zažil/a jste někdy ataku úzkosti, tzv. panickou úzkost? str. 47
- Graf č. 17 Šel/šla byste ještě jednou na výkon v případě doporučení? str. 48
- Graf č. 18 Pokud jste měl/a strach či obavy, byl někdo ze zdravotnického personálu ochotný si s vámi o tom promluvit? str. 49
- Graf č. 19 Na našem kardiologickém oddělení funguje klinický psycholog. Myslíte si, že byste využil/a jeho pomoci v souvislosti s tímto výkonem? str. 51

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 Jak dlouho trpíte arytmií? str. 26
- Tabulka č. 2 Jak často se arytmie vyskytují? str. 28
- Tabulka č. 3 Omezuje vás arytmie v běžných aktivitách? str. 30
- Tabulka č. 4 Zhoršuje se vaše psychická pohoda v přítomnosti arytmie? str. 31
- Tabulka č. 5 Považujete se za člověka který: str. 32
- Tabulka č. 6 Obdržel/a jste dostatek informací o výkonu? str. 34
- Tabulka č. 7 Nejsrozumitelnější informace ohledně výkonu vám podal: str. 36
- Tabulka č. 8 Označte, z čeho pramení váš strach str. 38
- Tabulka č. 9 Jakou pomoc byste uvítal/a ze strany ošetřujícího personálu během výkonu na sále? str. 39
- Tabulka č. 10 Kdo vám poskytl nejvíce emoční podpory? str. 40
- Tabulka č. 11 Jak snášíte bolest? str. 42
- Tabulka č. 12 Bolest během zákroku hodnotíte jako: str. 43
- Tabulka č. 13 Navštěvujete pravidelně psychologa či psychiatra? str. 44
- Tabulka č. 14 Byl/a jste někdy léčen/a pro psychické potíže úzkostného typu? str. 45
- Tabulka č. 15 Myslíte si, že patříte mezi úzkostnější lidi? str. 46
- Tabulka č. 16 Zažil/a jste někdy ataku úzkosti, tzv. panickou úzkost? str. 47
- Tabulka č. 17 Šel/šla byste ještě jednou na výkon v případě doporučení? str. 48
- Tabulka č. 18 Pokud jste měl/a strach či obavy, byl někdo ze zdravotnického personálu ochotný si s vámi o tom promluvit? str. 49
- Tabulka č. 19 Na našem kardiologickém oddělení funguje klinický psycholog. Myslíte si, že byste využil/a jeho pomoci v souvislosti s tímto výkonem? str. 51
- Tabulka č. 20 Jak často se arytmie vyskytuje? (WPW versus AVNRT) str. 54
- Tabulka č. 21 Omezuje vás arytmie v běžných aktivitách? (WPW versus AVNRT) str. 54
- Tabulka č. 22 Zhoršuje se vaše psychická pohoda v přítomnosti arytmie? (WPW versus AVNRT) str. 55
- Tabulka č. 23 Považuji se za člověka, který: (WPW versus AVNRT) str. 55
- Tabulka č. 24 Jak snášíte bolest (WPW versus AVNRT) str. 56
- Tabulka č. 25 Zažil/a jste někdy ataku úzkosti (WPW versus AVNRT) str. 56

Seznam zkratek

AV uzel	Atrioventrikulární uzel
AVNRT	Atrioventrikulární nodální reentry tachykardie
AVRT	Atrioventrikulární reentry tachykardie
EFV	Elektrofyzilogické vyšetření
EKG	Elektrokardiografie, elektrokardiogram
RFA	Radiofrekvenční ablace
SA uzel	Sinoatriální uzel
SV	Supraventrikulární
SVT	Supraventrikulární tachykardie
WPW	Wolffův-Parkinsonův- Whiteův syndrom

Seznam příloh

Příloha č. 1 Žádost o distribuci dotazníků

Příloha č. 2 Dotazník

Přílohy

Příloha č. 1

**Hlavní sestra
Libuše Budská
Nemocnice Na Homolce
Roentgenova 2
150 30 Praha 5**

Věc: Žádost o povolení k distribuci dotazníků ve Vaší nemocnici

Vážená paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči,

dovoluji si Vás požádat o možnost rozdání dotazníků, které jsou součástí mé výzkumné bakalářské práce na téma Úloha strachu při katetrizačních ablacích AVNRT versus WPW. Cílem je zmapování psychické pohody klientů během těchto zákroků. O výsledcích Vás budu ráda ústně i písemně informovat.

Zároveň Vás žádám o povolení k použití takto získaných informací v rámci mé bakalářské práce, k prezentaci výsledků u státních zkoušek a eventuální publikaci.

Za kladné vyřízení předem děkuji

V Praze dne 9. 9. 2006

Zuzana Grossová
studentka LFHK

Příloha č. 2

DOTAZNÍK

Vážená paní, Vážený pane,

Jmenuji se Zuzana Grossová a pracuji jako zdravotní sestra na kardiostimulačním sále a elektrofyzilogické laboratoři v nemocnici Na Homolce.

Tímto si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníků, které jsou součástí mé bakalářské práce v rámci studia Ošetřovatelství na LFHK v Hradci Králové:

Úloha strachu při katetrizačních ablacích u pacientů s WPW versus AVNRT

Výsledky výzkumu budou použity pouze za účelem napsání mé práce ke zkvalitnění ošetřovatelské péče při katetrizačních ablacích.

Děkuji za pochopení a spolupráci.

Zuzana Grossová

4. ročník studia Ošetřovatelství

Lékařské fakulty UK

Jak dotazník vyplňovat:

Pokud v otázce není uvedeno jinak, pak vyberte jednu z uvedených možností a tu označte.

Odpovězte na všechny uvedené otázky.

Vyplněný dotazník prosím vložte do bílé schránky označené nápisem dotazníky, která je umístěna na vašem oddělení.

Anamnestické údaje

Věk:

- 18 – 30
- 31 – 45
- 46 – 60
- 61 – 75
- 76 – a více

Pohlaví:

- žena
- muž

Nejvyšší ukončené vzdělání:

- základní
- vyučen/a
- maturita
- vyšší škola
- vysoká škola

Pracovní zařazení:

- student
- pracující
- invalidní důchodce
- starobní důchodce

Rodinný stav

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- rozvedený/á
- vdovec/vdova

1. Jak dlouho trpíte arytmií?

- méně než rok
- 1 – 3 roky
- 3 – 5 let
- 5 – 10 let
- 10 a více let

2. Jak často se arytmie vyskytují?

- každý den
- vícekrát za týden
- vícekrát za měsíc
- maximálně 1 x za rok
- několikrát za rok
- ojediněle
- nikdy

3. Omezuje vás arytmie v běžných aktivitách?

- ano
- zřídka
- ne

4. Zhoršuje se Vaše psychická pohoda v přítomnosti arytmie?

- ano
- ne
- zřídka

5. Považujete se za člověka, který:

- když mívám arytmie, obvykle bývají doprovázeny úzkostí
- když mívám arytmie, nemívám u nich úzkost
- nevnímám arytmie, ale jsem úzkostný člověk
- nevnímám arytmie a nejsem úzkostný člověk

6. Obdržel/a jste dostatek informací o výkonu?

- ano
- ne
- nezajímaly mě
- nerozuměl/a jsem jim

7. Nejsrozumitelnější informace ohledně výkonu Vám podal:

- obvodní (odesílající) lékař
- lékař na oddělení
- sestra na oddělení
- lékař na sále
- sestra na sále
- informovaný souhlas
- příbuzní
- nikdo

8. Označte, z čeho pramení váš strach (můžete označit i více možností)

- nedostatek informací
- nadbytek informací
- strach z výkonu
- fakt že výkon je prováděn na srdci
- pobyt v nemocnici
- čekání na výkon
- průběh výkonu
- chování lékaře, který výkon prováděl
- chování sester na sále
- strach z bolesti
- prostředí operačního sálu

9. Jakou pomoc byste uvítal/a ze strany ošetřujícího personálu během výkonu na sále?

- průběžné informování o aktuálním dění
- komunikace – psychická podpora
- zajistit klidnější atmosféru – intimita...

10. Kdo vám poskytl nejvíce emoční podpory?

- příbuzní
- pacienti na pokoji
- lékař na oddělení
- sestra na oddělení
- lékař na sále
- sestra na sále
- pomocný personál

11. Jak snášíte bolest?

- velmi špatně
- špatně
- celkem dobře
- dobře

12. Bolest během zákroku hodnotíte jako:

- slabou
- silnou
- velmi silnou
- nesnesitelnou

13. Navštěvujete pravidelně psychologa či psychiatra?

- ano
- ne

14. Byl/a jste někdy léčen/a pro psychické potíže úzkostného typu ?

- ano
- ne

15. Myslíte že patříte mezi úzkostnější lidi ?

- ano
- ne
- nevím

16. Zažil/a jste někdy ataku úzkosti, tzv. panickou úzkost (stav návalu úzkosti s bušením srdce, pocitem nedostatku dechu, opocením, strachem ze ztráty vědomí, strachem z nedostupnosti pomoci)?

- ano
- ne

17. Šel/šla byste ještě jednou na výkon v případě doporučení ?

- ano
- ne
- velmi bych se zdráhal/a
- nevím

18. Pokud jste měl/a strach či obavy, byl někdo ze zdravotnického personálu ochotný si s vámi o tom promluvit?

- vždy
- většinou
- občas
- nikdy
- neměl/a jsem strach či obavy

19. Na našem kardiologickém oddělení funguje klinický psycholog. Myslíte si, že byste využil/a jeho pomoci v souvislosti s tímto výkonem?

- ano
- ne
- nevím
- využil/a jsem ho

20. Jiné – prosím doplňte, pokud Vás k danému tématu ještě něco napadá nebo pokud byste chtěli něco sdělit:

