Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním

Kateřina Burešová
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Kateřina Burešová
Osobní číslo: H15494
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: kombinovaná

Téma práce: Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života u chronického srdečního selhání.
Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.
Realizace výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejích shrnutí a návrh doporučení pro praxi.
Rozsah bakalářské práce:
Rozsah přílohy:
Forma zpracování bakalářské práce: tiskněné/elektronická

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
Ústav zdravotnických věd
Datum zadání bakalářské práce: 5. ledna 2018
Termín odevzdání bakalářské práce: 18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018

[Podpisy]

doc. Ing. Aneta Lengalová, Ph.D.  
děkanka

Mgr. Zlatka Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu
PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že:

- elektronická a tiskněná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.

V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

28. 2. 2019

[Podpis]

---

1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplňování dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování zveřejňovaných práci.
2) Vysoká škola využívá vytvořené database, digitální archívy, databáze, databáze a digitální úložiště, které poskytují výhodné a výhodné obhajoby pro vědecké sdělovací odborné články, které jsou vydávány. Zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.
2) zákon č. 121/2000 Sb. o práva autorském, o právech autorství a o právech srovnávacích s právem autorským a o závazných zákaznících (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů, § 33 odst. 3.

3) Do práva autorského také nespadá školni nebo školní či vzdělávací sítě, učitelské sbory za účelem přípravy nebo výukového rozvoje, vzdělávací jednotky, vzdělávací školní a vzdělávací skupin výukových a jiných podobných jednotek a jeho počátku vzdělávání na škole nebo školním či vzdělávacím sítěm (školní dílo).
ABSTRAKT


Klíčová slova: Pacient, chronické srdeční selhání, kvalita života, režimové opatření, MLHFQ
ABSTRACT

Chronic heart failure reduces significantly life expectancy and has an impact on the quality of life. The aim of the research was to track down the quality of life and the adherence to the treatment regime in patients with chronic heart failure. The investigation was carried out in the outpatient’s department specialised on the heart failure in Clinic of Internal Medicine I – Cardiology, Olomouc in the end of the year 2017 and the beginning of the year 2018. The participants were clients of the outpatient’s department who regularly visit the specialized outpatient’s department of the heart failure. The standardized questionnaire was used: Modified Minnesota questionnaire of the Quality of Life (MLHFQ). The results of the quantitative research disclosed that the adherence to the treatment regime might improve the quality of life in patients with chronic heart failure.

Keywords: Patient, chronic heart failure, quality of life, MLHFQ
Mé velké poděkování patří paní PhDr. Mgr. Pavle Kudlové, PhD., a to za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, připomínky k jejímu zpracování a hlavně trpělivost. Také bych ráda poděkovala vedení I. Interní kliniky kardiologické ve Fakultní nemocnici v Olomouci za vstřícnost, ochotu a kolegyním z odd. 4 za morální podporu.
Velký dík patří také mé rodině, za podporu po celou dobu studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahrána do IS/STAG jsou totožné.

...........................
Kateřina Burešová
# OBSAH

1 ŚTITUD ................................................................. 11
2 TEORETICKÁ ČÁST ........................................................... 12
   2.1 ŠTITUD DO PROBLEMÁTIKY .............................................. 13
3 SRDEČNÍ SELHÁNÍ .............................................................. 14
   3.1 EPIDEMIOLOGIE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ .................................. 14
   3.2 ETIOLOGIE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ ......................................... 15
   3.3 KLASIFIKACE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ ....................................... 15
   3.4 PROGNÓZA SRDEČNÍHO SELHÁNÍ .......................................... 16
   3.5 DIAGNOSTIKA SRDEČNÍHO SELHÁNÍ ....................................... 16
      3.5.1 Klinické vyšetření .................................................. 17
      3.5.2 Laboratorní vyšetření .............................................. 17
      3.5.3 Neinvazivní vyšetřovací metody .................................... 18
      3.5.4 Invazivní vyšetřovací metody ..................................... 18
   3.6 LÉČBA SRDEČNÍHO SELHÁNÍ ............................................... 18
      3.6.1 Farmakoterapie ..................................................... 19
      3.6.2 Srdeční resynchronizační léčba .................................... 20
      3.6.3 Chirurgická léčba .................................................. 20
      3.6.4 Mechanické srdeční podpory ....................................... 21
      3.6.5 Transplantace srdce ............................................... 21
   3.7 PĚČE O PACIENTY SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM ............................... 21
      3.7.1 Ošetřovatelská péče o pacienty se srdečním selháním .................. 22
4 KVALITA ŽIVOTA ...................................................................... 23
   4.1 KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ VÝZNAM PRO ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU .............. 24
   4.2 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA .................................................. 24
      4.2.1 Specifické nástroje měření kvality života pacientů s
            kardiovaskulárními chorobami ..................................... 25
5 PRAKTICKÁ ČÁST ..................................................................... 27
   5.1 CÍLE PRÁCE .............................................................. 28
      5.1.1 Pracovní hypotézy .................................................... 28
   5.2 METODIKA VÝZKUMU ...................................................... 28
   5.3 SOUBOR RESPONDENTŮ .................................................. 30
   5.4 ZPRACOVÁNÍ DAT ........................................................ 31
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU ............................................................... 32
7 DISKUSE ............................................................................. 55
8 ZÁVĚR ............................................................................ 59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .................................................... 61
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATKŮ .......................... 65
1 ÚVOD

Motto: „Rozum se na delší dobu zastaví v životě mnohokrát. Srdce jen jednou“.

M. Táborský

Pracuji již pátým rokem ve Fakultní nemocnici v Olomouci na oddělení interní cardiologie a skoro denně přicházím do kontaktu s pacienty, kteří vlivem nedostatku informační, neporozuměním nebo nerespektováním doporučených léčebných opatření jsou opakovaně hospitalizováni s příznaky srdeční dekompenzace. Tito klienti jsou dále dispenzarizováni v naší specializované ambulanci pro srdeční selhání a dochází na pravidelné kontroly. Zajímalo mne tedy, jak se jim daří dodržování léčebných opatření a protože mám také možnost pozorovat, jak se postupně zhoršuje průběh jejich onemocnění, zajímala mne také jejich kvalita života.

Tohle téma jsem si zvolila, protože považuji za důležité znát úroveň kvality života těchto klientů a přiblížit ji i ostatnímu ošetřovatelskému personálu.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část podrobně seznamuje s problematikou kvality života, chronického srdečního selhání a ošetřovatelské péče o klienty se srdečním selháním. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum technikou dotazníku, který je z části tvořen položkami vlastní konstrukce zaměřené na problematiku léčebného opatření a z části standardizovaným dotazníkem tzv. „Modifikovaného Minnesotského dotazníku kvality života – Život se srdečním selháním“ (MLHFQ) pomocí, kterého je vyhodnoceno, jak moc srdeční selhání ovlivnilo život respondentu v posledním měsíci.
2 TEORETICKÁ ČÁST
2.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Chronické srdeční selhání (dále jen „CHSS“) je komplexní klinický syndrom, který postihuje nemocné s různými kardiovaskulárními onemocněními a je označováno jako epidemií 21. století, která má závažné důsledky, výrazně snižuje délku života a má negativní dopad na kvalitu života (Málek a Schejbalová, 2011). Je konečným stádiem téměř všech kardiovaskulárních onemocnění a je významnou příčinou morbidity a mortality (Riedel, 2009, s. 407). Dle studie Paradigm - HF (2014) je v ČR ročně diagnostikováno cca 40 000 nových případů srdečního selhání (Kamarytová, 2014, s. 12).

Prevalence i incidence CHSS v populaci stále stoupá. Tento jev je způsoben dvěma faktory: a) zvyšováním věku populace; b) druhým faktorem je fakt, že díky stále se zkvalitňující léčbě se významně snižuje úmrtnost na akutní kardiovaskulární příhody. Přesto všechno mají přežívající klienti méně či více postižený myokard a stávají se kandidáty pozdějšího rozvoje CHSS. Pokročilejší onemocnění je spojeno s nutností opakovaných hospitalizací a toto onemocnění může být považováno za závažný medicínský a ekonomický problém (Vojáček, Kettner a Bytešník, 2009, s. 356).

CHSS ovlivňuje všechny domény kvality života a má tak dopad na fyzické zdraví, zdravotní stav, prostředí pacienta, sociální vztahy, prožívání i celkovou kvalitu života. Existuje vztah mezi dodržováním léčebného režimu a mírou kvality života? To jsme se pokusili zjistit v praktické části této práce.
3 SRDEČNÍ SELHÁNÍ

Dle Málkových (2013, s. 5) je srdeční selhávání (dále jen „SS“) definováno jako stav, při kterém abnormální srdeční funkce je odpovědná za neschopnost zajistit dostatečný přívod krve metabolicky aktivním tkáním nebo také k udržení dostatečného přívodu krve je nutné zvýšení plnicích tlaků. Klinická definice pak označuje SS jako syndrom, který se vyskytuje u nemocných se srdeční dysfunkcí a manifestuje se symptomy a objektivními známkami kongesce spolu se snížením tolerance zátěže (Málek a Málek, 2013, s. 5).

3.1 Epidemiologie srdečního selhání

SS je natolik závažné kardiovaskulární onemocnění, jehož incidence a prevalence stoupají ve všech rozvinutých zemích tak, že to můžeme nazvat epidemií 21. století (Hradec a Býma, 2011, s. 4). Podle Framinghamské studie je ve věku do 60 let prevalence SS v populaci 0,8 %, ve věku 60 - 69 let 2,3 % a ve věku nad 70 let již 9,1 %. V epidemiologických průzkumech se pohybuje průměrný věk nemocných s CHSS mezi 74 - 76 roky. Transponujeme-li tato čísla na desetimiliónovou populaci ČR, pak dojdeme k závěru, že u nás je 100 000 - 200 000 nemocných s CHSS. Celoživotní riziko vzniku SS je pro obě pohlaví bez ohledu na věk kolem 20 %, to znamená, že SS onemocní během života jeden člověk z pěti! (Hradec a Býma, 2011, s. 4). Dále se podle Framinghamské studie uvádí, že celoživotní riziko vzniku SS u jedinců ve věku 40 let je z 21 % u mužů a z 20 % u žen (Greenberg et al., 2010, s. 14).

V doporučených pokynech pro diagnostiku a léčbu akutního a CHSS (2016) se uvádí, že u pacientů se SS (jak hospitalizovaných tak i ambulantních) je většina úmrtí z důsledku kardiovaskulárních příčin, především náhlé smrti a zhoršení SS (Ponikowski et al., 2016).
3.2 Etiologie srdečního selhání

Nejčastějším podkladem SS v populaci je porucha kontraktilní, tedy systolické funkce levé komory (dále jen „LK“). Systolická dysfunkce a SS vznikají jako následek řady kardiovaskulárních onemocnění. Hlavní příčinou srdeční dysfunkce je ischemická choroba srdeční (dále jen „ICHS“). Mezi další příčiny srdeční dysfunkce řadíme kardiomyopatií, hypertenze a chlopní vady. Díky pokrokům v terapii se snižuje podíl hypertenze a chlopní vady, ale roste procento nemocných s CHSS po infarktu myokardu (dále jen „IM“) (Widimský, Lefflerová a Sedláček, 2013, s. 14).

CHSS bývá spojeno s častějším výskytem některých onemocnění, jež nezřídka limitiují prognózu, případně již tak dosti sníženou kvalitu života pacientů s touto chorobou. Mezi časté komorbidity SS, které vyžadují speciální přístupy, patří: renální insuficience, poškození jaterních funkcí, anemie, poruchy plnicích funkcí, kardiální kachexie, deprese, poruchy dýchání vázané na spánek, arteriální a žilní trombóza. Speciální přístup vyžadují rovněž pacienti léčení pro dyslipidemie a diabetes mellitus (Málek a Málek, 2013, s. 11).

3.3 Klasifikace srdečního selhání

SS můžeme klasifikovat podle Málkových (2013, s. 6 - 7) z několika hledisek. Základním kritériem pro rozdělení je rychlost nástupu příznaků SS. Podle toho rozlišujeme SS na akutní a chronické. Také lze klasifikovat SS dle vyvolávajících příčin na pravostranné a levostranné (Málek a Málek, 2013, s. 6 - 7).

Akutní levostranní SS (dále jen „LSS“) je charakteristické rychlým vzestupem plnicího tlaku levé srdeční komory, městnáním v malém plnicím oběhu a hypoxií v důsledku sníženého minutového objemu. Také může přejít do stavu plnicího edému s hypoventilaci a pacient může zemřít na respirační acidózu, hypoxemii nebo arytmie (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 157).

Akutní pravostranní SS (dále jen „PSS“) je popisováno jako náhlý vzestup plnicího tlaku pravé srdeční komory a akutní respirační insuficienci. Příčiny mohou vyvolat náhlé vzniklé vysoké odpor v plnicnící nebo plnicním řečišti pro proud přitékající z pravé srdeční komory (embolii, výjimečně akutní pneumothorax, status asthmaticus). Nebo IM pravé
srdeční komory, srdeční tamponádu (poruchu plnění pravé komory) (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 160).

Chronické LSS vzniká pozvolným vzestupem plnícího tlaku levé srdeční komory, městnáním v malém plicním oběhu a hypoxií z důvodu sníženého minutowého objemu. Důsledkem vyšších plnících tlaků je hypertrofie a důsledkem nižšího systolického výdeje je tachykardie (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 155).

Chronické PSS je charakterizováno postupným vzestupem plnícího tlaku pravé srdeční komory a městnáním v systémových žílách. Selháváním pravostranních srdečních oddílů klesá minutový srdeční objem a dochází k městnání v povodí horní a dolní duté žíly. Důsledkem sníženého minutového objemu dochází k hypoxii všech orgánů, vznikají otoky, cyanóza, zpomaluje se odvod oxidu uhličitého (dále jen „CO2“) a metabolitů (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 158).

SS můžeme také rozdělit dle doporučených pokynů pro diagnostiku a léčbu akutního a CHSS (2016) na SS se sníženou ejekční frakcí levé komory (EF LK < 40%) a SS se zachovalou ejekční frakcí levé komory (EF LK > 50%) (Ponikowski et al., 2016).

3.4 Prognóza srdečního selhání

Prognóza je nepříznivá, byla donedávna srovnatelná s prognózou pacientů s některými malignitami. Polovina nemocných se systolickým SS umírala do 4 let od stanovení diagnózy, polovina nemocných s pokročilým SS se symptomy v klidu nebo při minimální zátěži umírala do 1 roku (Widimský, Lefflerová a Sedláček, 2013, s. 43).

Stav prognózy je také závislý na klinické závažnosti SS vyjádřené třídou klasifikace NYHA (viz příloha IV). Jednoroční mortalita kolísá od 5 % u asymptomatických nemocných (NYHA I) až k 40 % u nemocných s klidovou dušností (NYHA IV) (Hradec a Býma, 2011, s. 5).

3.5 Diagnostika srdečního selhání

Stanovení diagnózy CHSS je založeno na přítomnosti symptomů a objektivních známek srdeční nedostatečnosti v klidu i při zátěži. I přes technologický pokrok a uplatňování nových vyšetřovacích metod zůstává pečlivá anamnéza a fyzikální vyšetření pacientů základem ke stanovení diagnózy SS a přispívají tak ke stratifikaci rizika nemoc-
ného, umožňují posuzovat vývoj onemocnění s optimalizací léčby a včasné odhalení nepříznivé progrese či případné komplikace (Málek a Málek, 2013, s. 37).

Dle pokynů pro diagnostiku a léčbu akutního a CHSS (2016) se uvádí, že mezi subjektivní potíže řadí dušnost, otoky, nevýkonnost, slabost, únavu, dyspepsii a objektivní příznaky jsou zvýšená náplň krčních žil, patologická třetí ozva (cval), městnavé (nepřizvučné) chrůpky na plicích, zvětšení jater, ascites, otoky dolních končetin (Ponikowski et al., 2016).

Pacienty dle jejich symptomů srdečního selhání rozdělujeme do čtyřech funkčních skupin, které byly stanoveny dle New York Heart Association (NYHA) (Widimský, Lefflerová a Sedláček, 2013, s. 75).

3.5.1 Klinické vyšetření

Základním krokem je pečlivě odebraná anamnéza, která je důležitá k posouzení charakteru potíží, jejich trvání a stability. Vždy pátráme po rizikových faktorech a potenciálních příčinách, které mohou SS vyvolat či dekompenzovat. Mezi nejčastější příčiny patří nedodržování léčebného režimu, přidružené infekce a poruchy srdečního rytmu. Fyzikálním vyšetřením můžeme upřesnit příčinu SS a zhodnotit stupeň onemocnění (Vojáček, Kettner a Bytešník, 2009, s. 379).

3.5.2 Laboratorní vyšetření

Užitečným pomocníkem v diagnostice SS je stanovení plazmatické koncentrace natriuretického peptidu typu B (dále jen „BNP“) nebo N-terminálního konce molekuly jeho prekurzoru (dále jen „NT-proBNP“), které se uvolňují z kardiomyocytů srdečních komor při jejich zvýšeném napětí. Jsou tedy biochemickým markerem dysfunkce komorového myokardu. Normální hodnoty (tj. BNP < 100 ng/l a NT-proBNP < 400 ng/l). Z ostatního laboratorního vyšetření je třeba kontrolovat renální funkce (kreatinin a ureu), iontogram (sodík (dále jen „Na“), draslík (dále jen „K“), chloridy (dále jen „Cl“) a urikémii. Biochemické monitorování je nezbytné při intenzivnější diuretické léčbě a po nasazení léků, které mohou vést ke zhoršení renálních funkcí (Hradec a Býma, 2011, s. 6).
Také provádíme vyšetření krevního obrazu, jelikož pokročilé SS je provázeno anemií, naopak zjištění tvrděného hematrokritu u nemocného s dušnosti svědčí spíše pro plnicí původ obtíží (Vojáček, Kettner a Bytešník, 2009, s. 379).

### 3.5.3 Neinvazivní vyšetřovací metody

Mezi nejčastější patří elektrokardiografické vyšetření (dále jen „EKG“), kdy se zobrazí časté poruchy srdečního rytmu, nejčastěji fibrilace síní. Rentgenový snímek (dále jen „RTG“) hrudníku k posouzení velikosti srdečního stínu, změny v plicním parenchymu a přítomnost výpotku v pohrudničních dutinách. Echokardiografické vyšetření (dále jen „ECHO“) je základní vyšetřovací metoda, objektivně může prokázat dysfunkci srdce jako pumpy. Zátěžové testy (spiroygometrie, bicyklová ergometrie a corridor walk test). Dále zde patří vyšetření plic (spirometrie). Izotopové metody (perfuzní scintigrafie myokardu, pozitronová emisní tomografie (dále jen „PET“) a magnetická rezonance (dále jen „MR“) (Widimský, Lefflerová a Sedláček, 2013, s. 75 - 76).

### 3.5.4 Invazivní vyšetřovací metody

Nejběžnější je selektivní koronarografie (dále jen „SKG“), která u nemocných u ICHS demonstruje postižení koronárních tepen a spolu se studiem viability myokardu může posoudit, zda povede revaskularizace myokardu ke zlepšení funkce. Mezi další invazivní metody se řadí pravostranná katetrizace (dále jen „PSK“), kdy se změření tlak v malém oběhu a endomyokardiální biopsie (dále jen „EMB“), která pomůže vyloučit infiltrativní proces (amyloidóza, sarkoidóza) (Vojáček, Kettner a Bytešník, 2009, s. 389).

### 3.6 Léčba srdečního selhání


Považujeme ji komplexní a lze být realizována jen při dobré spolupráci pacienta s ošetřujícím týmem (Souček, Špina a Vorlíček, 2011, s. 60).
Dle doporučeného postupu České kardiologické společnosti (2012, s. 168) hraje v úpravě životního stylu základní roli edukace pacienta. Nemocný musí své chorobě a jejímu léčení rozumět, aby jeho adherence byla co nejvyšší. Pacient se má každý den vážit ve stejnou dobu nejlépe ráno po vyprázdnění. Přírůstek o 1,0 kg ze dne na den již svědčí pro restenci tekutin. Při náhlém vzestupu tělesné hmotnosti o > 2 kg/3 dny si může dobře spolupracující nemocný sám zvýšit dávku diuretika nebo kontaktovat svého ošetřujícího lékaře.

Také by měl být informován o tom, jaké léky užívá, proč a jaké mohou mít nežádoucí účinky. V každém případě by měli pacienti se SS konzumovat chlorid sodný maximálně 5 g denně. Je potřeba omezit či úplně vyloučit potraviny, které obsahují velké množství soli, jsou to především uzeniny, konzervy, bílé pečivo a minerální vody. Celkový příjem tekutin by se měl pohybovat kolem 1,5 až 2 l denně. Dalším důležitým opatřením je snížit příjem alkoholu, neboť alkohol je podporující příčinou celé řady stavů vedoucích k srdečnímu selhání. Doporučuje se umírněná konzumace alkoholu s maximálním denním limitem 40 g pro muže a 30 g pro ženy (což zhromažďuje 1 pivu nebo 1-2 dcl vína denně). Kouření je striktně zakázáno (Špinar et al., 2012, s. 168).

Dle Adámkové (2010, s. 55) je prokázáno, že zanechání kouření má velký vliv na další osud pacienta. Nemocní, kteří nikdy nekouřili nebo přestali kouřit, mají riziko úmrtí oproti kuřákům asi o 30% nižší (Adámková, 2010, s. 55).


3.6.1 Farmakoterapie

Tvoří základ léčby CHSS (Lukl, 2004, s. 61). Vynechání léků na jeden či více dnů může mít nedozírné následky, i smrt (Špinar et al., 2012, s. 169).

Dle pokynů pro léčbu a diagnostiku akutního a CHSS (2016) se uvádí, že modifikující skupiny léků (snížující mortalitu) tohoto onemocnění jsou to, inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu (dále jen „ACEI“), antagonisté receptoru pro angiotensin II (dále jen „ARB“), duální inhibitor angiotensinových receptorů a neprilysinu (dále jen „ARNI“), betablokátory (dále jen „BB“) a antagonisté mineralokortikoidních receptorů (dále jen
„MRA“). Patří zde i léky přinášející symptomatickou úlevu a to jsou diuretika, srdeční glosidy (digitalis) a nitráty. U léků snižujících mortalitu pacientů je nutno podstatně navýšovat dávky do maximálně tolerovaných (tzv. up - titrace). Nutno je třeba monitorovat výšku tlaku krve (děle jen „TK“), tepovou frekvenci, renální funkce a hladinu K (Ponikowski et al., 2016).

### 3.6.2 Srdeční resynchronizační léčba

Představuje významný příspěvek v léčbě pacientů s CHSS, který vede ke snížení mortality. Cílem je úprava elektomechanické dyssynchronie srdečních komor, kdy dojde k stimulaci pravé síně a pravé komory a ta je doplněna stimulací komory levé. Indikací je klinická rozvaha, která bývá doplněná zhodnocením EKG a ECHO vyšetření. Nejčastější metodou je implantace biventrikulárního kardiostimulátoru. Implantabilní kardioverter - defibrilátor (dále jen „ICD“), je speciální zařízení, které rozpozná maligní rychlé komorové arytmie a je schopno udělit cestou elektroimpulzoterapii, kardioverzi nebo defibrilační výboj. Má také možnost antibradykardické stimulace, která je indikována u pacientů s pomalou srdeční akcí (Vojáček, Kettner a Bytešník, 2009, s. 414).


### 3.6.3 Chirurgická léčba

Za nejběžnější je považována revaskularizace myokardu, kdy předpokladem úspěšné revaskularizace je detekovaný viabilní myokard. Korekce mitrální regurgitace je považována za nezbytnou součást revaskularizace v případě, že vada je již středně významná. U pacientů s fibrilací síně je indikován doplňující výkon MAZE operace nebo plastika levé síně. Operační riziko u pacientů s těžkou systolickou dysfunkcí LK je dnes přijatelné a proto lze očekávat zlepšení jak symptomatologie tak i EF LK (Vojáček, Kettner a Bytešník, 2009, s. 418).
3.6.4 Mechanické srdeční podpory

Významným přínosem pro terminální fázi CHSS jsou mechanické srdeční podpory. Často mohou pomoci prodloužit život a překonat kritickou fázi CHSS u pacientů čekajících na transplantaci srdce. Mechanická podpora pracuje jako pumpa, pomáhá levé, pravé i oběma srdečním komorám pumpovat krev (Kettner, 2005, s. 28 - 32).

Dle pokynů pro diagnostiku a léčbu SS (2016) patří mezi implantace mechanické srdeční podpory extrakorporální membránová oxygenace (dále jen „ECMO“) a left ventricle assist device (dále jen „LVAD“) – náhrada porušené čerpací schopnosti levé komory (Ponikowski et al., 2016).

Intraaortální balonková kontrapulzace (dále jen „IABP“) je nejčastější srdeční podporou při LSS, která spočívá v podporování systolické činnosti LK (Kapounová, 2007, s. 272).

3.6.5 Transplantace srdce

Jedná se o zavedený klinický postup v léčbě pacientů v terminálním stadiu SS především u pacientů u nichž byly vyčerpány jiné možnosti léčby a u nichž nejsou přítomny kontraindikace. Program je omezen především nabídkou dárců a tak je tato metoda řešením pouze pro malou část nemocných se SS (Hradec a Býma, 2011, s. 56).

3.7 Péče o pacienty se srdečním selháním

Tito pacienti tvoří specifickou skupinu, vyžadující diferencovaný přístup s ohledem na závažnost svého onemocnění, omezené mobility a trpělivost pro vyslechnutí často nekonečných stesků. Nejen z těchto důvodů bývají zřizovány specializované ambulance SS, postavené na vysoce individuálním přístupu k pacientům nejen po stránce medicínské, ale i po stránce psychologické (Křečková a Bělohlávek, 2011).

Úkolem sestry je navázat vztah s pacienty plný důvěry. A tím ovlivňovat dodržování pokynů pacienta k léčbě, doporučenému stylu života a dennímu režimu. Důležitá je také edukace, jak pacienta tak i rodiny v dietním opatření (redukce soli, alkoholu, příjmu tuků), denní kontrole hmotnosti (retence tekutin), pohybové aktivitě (chůze) a hlavně v nutnosti včasného hlášení zhoršení příznaků srdečního selhání (Widimský, 2003, s. 122).
První ambulance SS vznikla v roce 2000 v Nemocnici na Homolce (Řeháková, 2006, s. 38).

Dle Widimského (2003, s. 449) by měla ambulance registrovat všechny nemocné s CHSS, sledování pacientů může být různé a to např. klinické kontroly v ambulanci SS, telefonický kontakt s pacientem a domácí péče. Frekvence návštěv je závislá na stavu pacienta a na stupni jeho funkční klasifikace (Widimský, 2003, s. 449).

3.7.1 Ošetřovatelská péče o pacienty se srdečním selháním

4 Kvalita života

V českém jazyce je kvality života označovaná pojmy hodnota nebo jakost. Koncept kvality života se začal objevovat a zkoumat v polovině minulého století. Již ze samotného pojmu můžeme odvodit, že kvalita se nezabývá délkou života, ale především tím, jaký život je u vybrané skupiny lidí se shodnými znaky (Payne, 2005, s. 205).

Dle Ondrušové (2009 s. 36 - 39) je kvalita života dokonce vnímána jako mnohem důležitější a výstižnější indikátor zdraví než morbidita a mortalita (Ondrušová, 2009, s. 36 - 39).

Pojetí kvality života má dvě zásadní dimenze: a) subjektivní kvalita života se týká vnímání svého postavení ve společnosti a je závislá na cílech, očekáváních a zájmech jedince a b) objektivní kvalita života odráží spokojenost jedince se svým materiálním a sociálním zabezpečením, sociálním statusem a fyzickým zdravím (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17).

Dle Payneho (2005, s. 209) existují tři různá pojetí, jak můžeme nahlížet na kvalitu života a zkoumat ji:

1. Z psychologického pojetí, kde jsou dvě podoby konceptualizace toho, co se pod pojmem kvalita života nachází. Jedná se o spokojenost se životem a prožívanou subjektivní pohodu.

2. Ze sociologického pojetí, kde zdůrazňuje status sociální úspěšnosti, životní úrovní, majetku, vybavení domácnosti, rodinnému stavu a dosaženému vzdělání. Zkoumá jejich spojitost s kvalitou života, která je opětovně definována jako subjektivní životní pocit.

3. Z medicínského pojetí, kdy především lékaři se musí zabývat tím, jaká je kvalita života pacientů s různým onemocněním a jaký vliv bude mít zvolená léčba na jejich kvalitu života (Payne, 2005, s. 209).
4.1 Kvalita života a její význam pro zdravotnictví a medicínu

Termín „kvalita života“ poprvé zazněl ve dvacátých letech minulého století v kontextu zvažování ekonomického vývoje a plánu státu podpořit nízkopříjmové skupiny obyvatelstva v USA. Od sedmdesátých let minulého století se termín používá i ve zdravotnictví a během osmdesátých let byla kvalita života zahrnuta do klinických studií. Sledování začalo nejdříve v onkologii, kde nejvíce narušuje kvalitu života agresivní, život prodlužující léčba než rakovina samotná. Měření kvality života poskytuje lékařům mnoho cenných informací, které se běžně nezjišťují. Mnohdy je, ale pro pacienty důležitější emocionální prožívaní nemoci (Payne, 2005, s. 205 - 212).

Dle Dragomerické a Bartoňové (2006, s. 9) kvalita života vyjadřuje stanovisko, že zdravotní péče má význam jen v tom rozsahu, v jakém pozitivně ovlivní život pacienta (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 9).

V medicíně a zdravotnictví je sledován dopad nemoci a její léčby na jednotlivé životní domény, které jako celek určují kvalitu života a výzkum v oblasti kvality života tak přispívá k lepšímu pochopení podstaty lidské existence (Payne, 2005, s. 213).

Dle Gurkové (2011, s.13) je s konceptem kvality života v oblasti ošetřovatelského výzkumu spojována problematika především chronického onemocnění (Gurková, 2011, s.13).

4.2 Měření kvality života

Nejčastější provedení je formou dotazníku nebo strukturovaného rozhovoru. Univerzální dotazník je možné použít pro jakoukoli skupinu nemocných nebo zdravých lidí. Specifický dotazník je určený pro nemocné s konkrétními potížemi a jsou v něm obsaženy otázky zjišťující dopad těchto potíží na pacientův život. Zdrojem informací o nástrojích na měření kvality života je databáze Patient Reported Outcome Quality of Life Instruments Database (dále jen „ProQolid“), kterou provozuje Mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institute. Tato databáze obsahuje tisíce nástrojů na měření kvality života a lze zde vyhledávat podle diagnóz nebo potíží (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 10).
Dle Ondrušové (2009, s. 36 - 39) se v devadesátkách minulého století způso-bila Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) o vzniku mezinárodní pracovní skupiny World Health Organization Quality of Life (dále jen „WHOQOL“) Ta se skládá z 15 zástupců výzkumných center celého světa a vytvořila dotazníky na měření kvality ži-vota. Jako první vyvinuly nástroj na měření kvality života, dělící se na 6 oblasti (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualitu), dále členěných na 24 podoblasti. Dotazník má 100 položek a je označen WHOQOL – 100. Dotazník je dostupný v padesáti jazycích (Ondrušová 2009, s. 36 - 39).

Při zkoumání kvality života u pacientů se specifickou diagnózou je vhodné použít určitý nástroj, jenž je zaměřený na dané onemocnění. Vhodné je přidal k dotazníku sociodemografické položky (věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání,...) a nebo položky popisující závažnost daného onemocnění. Bylo také prokázáno, že hodnocení kvality života nemocných s dlouhodobou somatickou nemocí bývá ovlivňováno přítomností symptomů deprese (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 11).

4.2.1 Specifické nástroje měření kvality života pacientů s kardiovaskulárními chorobami

Specifické nástroje byly vytvořené pro různá kardiovaskulární onemocnění s cílem zjistit, jaký dopad mají jednotlivá onemocnění a jejich lèeba na denní aktivity pacienta, psychosociální aspekty života apod. Mezi nejčastěji používané dotazníky patří pro pacienty s ischemickou chorobou srdeční - Dotazník kvality života s anginou pectoris (Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire). Dále pro pacienty po překonání akutního koro-nárního syndromu - Dotazník kvality života po překonaném akutním infarktu myokardu (Quality of Life after Myocardial Infarction), pro pacienty se selháním srdece - nejznámìjší je Minnesotský dotazník života se selháním srdce, hodnotící míru dopadu selhání srdce na kvalitu života pacientů a pro pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin- známý je Peripheral Artery Questionnaire (Gurková, 2011, s. 156 - 157).

Dle Gurkové (2011, s. 157) má dobrou koncepčníální bázi Minnesotský dotazník života se selháním srdce. Jde o validní a reliabilní nástroj, který vznikl jako jeden z projek-tů Minnesotské univerzity v USA. Dotazník je určen pro klinické studie, ale také pro vyu-žití v praxi při hodnocení dopadu srdečního selhání na fyzické, sociální a duševní aspekty.
kvality života. Obsahuje 21 položek, které vznikly analýzou dostupných nástrojů a na základě posouzení expertů z klinické praxe (lékaři a sestry) (Gurková, 2011, s. 157).

Tab. 1 Specifické nástroje měření kvality života pro pacienty s kardiovaskulárními chorobami

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nástroj</th>
<th>Oblasti hodnocení (sub-škály)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ)</td>
<td>Všeobecný profil (položky z SF-36)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tělesné aktivity</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Somatická symptomatologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Emocionální distres</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Životní spokojenost</td>
</tr>
<tr>
<td>The MacNewHeart Disease HRQoL Questionnaire (MacNew)</td>
<td>Tělesné limitace</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Emocionální oblast</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sociální oblast</td>
</tr>
<tr>
<td>Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI)</td>
<td>Tělesná oblast</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Emocionální oblast</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sociální oblast</td>
</tr>
<tr>
<td>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (M LHFQ)</td>
<td>Tělesná oblast (dopad srdečního selhání)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Emocionální oblast (dopad kardiálního selhávání)</td>
</tr>
<tr>
<td>Seattle Angina Questionnaire (SAQ)</td>
<td>Tělesné limitace</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stabilita anginy pectoris</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frekvence anginy pectoris</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Spokojenost s léčbou</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Percepcie onemocnění</td>
</tr>
<tr>
<td>Peripheral Artery Questionnaire (PAQ)</td>
<td>Fyzické potíže</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Symptomy ischemické choroby dolních končetin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sociální funkce</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Efekt terapie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celková kvalita života</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Tabulka převzata od autorky Gurkové (2011)*
5 PRAKTICKÁ ČÁST
5.1 Cíle práce

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit míru kvality života a dodržování léčebného režimu u pacientů s CHSS.

1. cíl: Zjistit, zda pacienti dodržují základní léčebná opatření u CHSS.

2. cíl: Zjistit, jaká je kvalita života respondentů s CHSS v posledním měsíci – dle MLHFQ.

5.1.1 Pracovní hypotézy

Pracovní hypotéza 1: Domníváme se, že pacienti v rámci třídy NYHA I až II mají kvalitu života lepší než pacienti v rámci třídy NYHA III až IV.

Pracovní hypotéza 2: Domníváme se, že pacienti s indexem tělesné hmotnosti (dále jen „BMI“) ≥ 25 (nad váha až obezita) mají horší třídu NYHA i kvalitu života.

Pracovní hypotéza 3: Domníváme se, že pacienti, kteří přistupují k léčebnému režimu aktivně, budou mít lepší kvalitu života, než ti co léčebný režim nedodržují.

5.2 Metodika výzkumu

Pro účely kvantitativního výzkumu byl zvolen dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 38 otázek a byl složen ze tří částí: 1. část - obsahují tzv. sociodemografické údaje (pohlaví, věk, výška, hmotnost, doba léčení, socioekonomické postavení a hodnocení dušnosti dle NYHA), 2. část - obsahuje Modifikovaný Minnesotský dotazník kvality života - Život se srdečním selháním (dále jen „MLHFQ“), který obsahuje 21 otázek (viz příloha III), 3. část - obsahuje vlastní dotazník, zaměřený na doporučená léčebná opatření, zahrnující 10 otázek (viz příloha VI). Časová náročnost (doba pro vyplnění dotazníku) byla 15 - 20 minut.

U otevřených otázek odpovídal respondent dle vlastního uvážení. Výběr z uzavřených otázek respondent provedl zakroužkováním MLHFQ dotazníku, který obsahoval uzavřené - skálové otázky, kde respondent vyjádřil svůj postoj na hodnotící škále výběrem ze stupnice 0-5 (zakroužkováním daného čísla). MLHFQ dotazník, byl navržen v roce 1984 a
za 2 roky se návrh realizoval. Jeho autory jsou Thomas S. Rector, PhD. a MUDr. Jay N. Cohn v Kardiovaskulárním centru na Univerzitě v Minesotě (Rector, 2017 s. 4).

Dle Šenkyříkové (2014, s. 16) posuzuje pacienta se SS zcela komplexně ve 21 položkách, které hodnotí vliv častých fyzických obtíží (dušnost, únavu, periferní otoky, spánek, psychické obtíže - úzkost a deprese). Dále hodnotí chůzi, chůzi do schodů, práci v domácnosti, nutnost odpočinku, práci, míru obtížnosti vytěžit si na živobytí, dělat věci s rodinnou nebo přáteli, rekreační aktivity, sexuální aktivity, chuť k jídlu, duševní a emocionální funkce, schopnost soutěžit, paměť, subjektivní pocit, že je pacient přítěží pro svoji rodiči či přátelé. Vzhledem k tomu, že terapie SS může mít i vedlejší účinky byly do dotazníku zakomponovány také otázky, které se týkají nutnosti zůstat v nemocnici, náklady na zdravotní péči nebo pocit vedlejších účinků léčby. Měření symptomů, funkčního omezení a vlivu na psychiku vypovídá o kvalitě života každého pacienta. Každá otázka z celkového počtu je hodnocena pacientem na šestibodové Likertově stupnici od 0 až po 5 (0 znamená, že se otázka pacienta netýká, 5 je maximální možné omezení). Stupnice umožňuje nemocnému vyjádřit subjektivně pocitovaný vliv a dopad SS na jeho život. Tento formát odpovědí byl zvolen, aby byl konzistentní s konceptem kvality života. Je možné, již při pohledu na vyplněný dotazník zidentifikovat oblasti ve kterých pacient pocituje omezení (Šenkyříková, 2014, s. 16).

Dle Rectora (2017, s. 6) můžeme hodnotit dotazník na fyzický rozměr hodnocení, zde patří položky 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13. A emocionální rozměr hodnocení, kam patří položky 17, 18, 19, 20 a 21. Položky byly identifikovány analýzou faktorů a mohou být nápomocný k dalšímu charakterizování efektu SS na život pacienta (Rector, 2017, s. 6).
Položky z dotazníku vztahující se k dílčím cílům a pracovním hypotézám:

K dílčímu cíli 1: se vztahuje otázka č. 8 až 17 (tj. 10 položek z dotazníku).

Tyto položky, týkající se dodržování léčebného režimu, byly vytvořeny na základě doporučeného postupu České kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu CHSS vydaného v roce 2012, kde byla uvedena pravidla a zásady.

Např.: Pacient se má každý den vážit ve stejnou dobu nejlépe ráno po vyprázdnění. Tomu se věnuje položka č. 8. Vážíte se každý den ve stejnou dobu, nejlépe ráno po vyprázdnění?

K dílčímu cíli 2: se vztahuje otázka č. 18 až 38 (tj. 21 položek z dotazníku).

Tyto položky se týkají kvality života pomocí standardizovaného dotazníku MLHFQ. Šlo o kroužkování položek 0 - 5, kdy 0 znamená, že respondent neudává potíže v této oblasti, 1 znamená, že potíže má velmi málo a 5 velmi mnoho.

Např.: Položka č. 18 se věnuje, zda respondent mívá otoky kotníků (nohou) a vyhodnotí sám na Likertově stupnicí 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5.

BMI (viz příloha V) je vypočítáno na základě vzorce hmotnost (kg) / výška² (m), údaje pro vypočítáni jsme získali z dotazníku položky č. 3 (hmotnost) a položky č. 4 (výška), kterou uvedli respondenti bez našeho aktivního měření. Což byly informace čerstvé, neboť v ambulanci se vždy pacienti při kontrole měří.

Hodnocení dušnosti dle klasifikace NYHA (I.- IV.) byla položka v dotazníku pod číslem 7. Kdy respondent měl zakroužkovat v jakém stupni dušnosti se nachází. Pokud sám nevěděl, mohl poprosit o pomoc sestru z ambulance SS o doplnění z jeho dokumentace.

5.3 Soubor respondentů

Mezi kritéria pro výběr respondentů jsme zařadili tyto položky:

- pacienti léčící se s CHSS minimálně 1 rok
- pacienti s věkem 18 let a více (což znamená, že jde o plnoletého jedince)
- NYHA I. - IV. (pokud respondent nevěděl, poradila sestra z ambulance)
- pacienti dispenzarizováni v ambulanci srdečního selhání, kde bylo povoleno výzkumné šetření technikou dotazníku
- ochota respondentů vyplnit anonymní dotazník.


5.4 Zpracování dat

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Tab. 2 Pohlaví respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Muž</td>
<td>64</td>
<td>67 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Žena</td>
<td>32</td>
<td>33 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 1 Pohlaví respondentů

Komentář: Výzkumného šetření se zúčastnilo 96 respondentů, z toho 64 mužů (tj. 67 %) a 32 žen (tj. 33 %) - viz tabulka č. 2, graf č. 1.
Otázka č. 2: Věk respondentů

Tab. 3 Věk respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Věk</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18 - 30</td>
<td>4</td>
<td>4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>31 - 40</td>
<td>20</td>
<td>21 %</td>
</tr>
<tr>
<td>41 - 50</td>
<td>24</td>
<td>25 %</td>
</tr>
<tr>
<td>51 - 60</td>
<td>14</td>
<td>15 %</td>
</tr>
<tr>
<td>61 - 70</td>
<td>17</td>
<td>18 %</td>
</tr>
<tr>
<td>71 a více</td>
<td>17</td>
<td>18 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Věk:

Graf 2 Věk respondentů
Komentář: Tuto otázku jsem položila z důvodu zmapování, která věková skupina je nejvíce postižena (CHSS). 4 respondenti (tj. 4%) jsou ve věku 18 - 30 let, 20 respondentů (tj. 21 %) je ve věku 31 - 40 let, 24 respondentů (tj. 25 %) je ve věku 41 - 50 let, 14 respondentů (tj. 15 %) je ve věku 51 - 60 let, 17 respondentů (tj. 18 %) je zastoupeno ve věkové skupině 61 - 70 let, tak i stejný počet je ve věkové skupině 71 a více - viz tabulka č. 3, graf č. 2.
Otázka č.3: Vaše hmotnost

Tab. 4 Hmotnost respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>50 - 60 kg</td>
<td>5</td>
<td>5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>61 - 70 kg</td>
<td>5</td>
<td>5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>71 - 80 kg</td>
<td>18</td>
<td>19 %</td>
</tr>
<tr>
<td>81 - 90 kg</td>
<td>31</td>
<td>32 %</td>
</tr>
<tr>
<td>91 - 100 kg</td>
<td>21</td>
<td>22 %</td>
</tr>
<tr>
<td>101 a více kg</td>
<td>16</td>
<td>17 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hmotnost

Graf 3 Hmotnost respondentů

Komentář: Zde bylo nejvíce respondentů zastoupeno v rozmezí 81 - 90 kg, což je 31 respondentů (tj. 32 %). Byla zde vypočítána průměrná hmotnost 88,5 kg - viz tabulka č. 4, graf č.3.
Otázka č. 4: Vaše výška

Tab. 5 Výška respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>150 - 160 cm</td>
<td>11</td>
<td>11 %</td>
</tr>
<tr>
<td>161 - 170 cm</td>
<td>30</td>
<td>31 %</td>
</tr>
<tr>
<td>171 - 180 cm</td>
<td>41</td>
<td>43 %</td>
</tr>
<tr>
<td>181 - 190 cm</td>
<td>14</td>
<td>15 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 4 Výška respondentů

Komentář: Celkem 41 respondentů (tj. 43 %) což je největší množství, se pohybuje v rozmezí 171 - 180 cm - viz tabulka č. 5, graf č. 4.
BMI respondentů

Tab. 6 BMI respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Normální rozmezí (18,5 - 24,9)</td>
<td>8</td>
<td>11 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Nadváha (25 - 29)</td>
<td>45</td>
<td>31 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Obezita (30 - 40)</td>
<td>43</td>
<td>43 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 5 BMI respondentů

Komentář: Nejvyšší BMI bylo v rozmezí 25 - 29, jednalo se tedy o nadváhu u 45 respondentů (tj. 31 %) - viz tabulka č. 6, graf č. 5.
Otázka č.5: Jak dlouho se léčíte s chronickým srdečním selháním?

*Tab. 7 Doba léčení respondentů s CHSS*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 - 3 roky</td>
<td>43</td>
<td>45 %</td>
</tr>
<tr>
<td>4 - 6 let</td>
<td>24</td>
<td>25 %</td>
</tr>
<tr>
<td>7 - 10 let</td>
<td>23</td>
<td>24 %</td>
</tr>
<tr>
<td>10 a více let</td>
<td>6</td>
<td>6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Graf 6 Doba léčení respondentů s CHSS*

*Komentář:* Nejvíce zastoupena je doba léčení 1-3 roky u 43 respondentů (tj. 45 %), 4 - 6 let se léčí 24 respondentů (tj. 25 %), 7 - 10 let se léčí 23 respondentů (tj. 24 %) a jen 6 respondentů (tj. 6 %) se léčí 10 a více let - viz tabulka č. 7, graf č. 6.
Otázka č.6: Jaké je vaše socioekonomické postavení?

Tab. 8 Socioekonomické postavení respondentů s CHSS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nezaměstnaný</td>
<td>7</td>
<td>7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zaměstnanec</td>
<td>19</td>
<td>20 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Invalidní důchodce I. stupně</td>
<td>7</td>
<td>7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Invalidní důchodce II. stupně</td>
<td>9</td>
<td>9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Invalidní důchodce III. stupně</td>
<td>10</td>
<td>10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Starobní důchodce</td>
<td>32</td>
<td>33 %</td>
</tr>
<tr>
<td>OSVČ, Podnikatel</td>
<td>8</td>
<td>8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>4</td>
<td>4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 7 Socioekonomické postavení respondentů s CHSS
Komentář: Ve skupině se vyskytlo 7 nezaměstnaných respondentů (tj. 7 %), 19 respondentů (tj. 20 %) chodí do zaměstnání, 7 respondentů (tj. 7 %) jsou invalidé I. stupně, 9 respondentů (tj. 9 %) jsou invalidé II. stupně a mezi invalidy III. stupně patří 10 respondentů (tj. 10 %). Nejvíce zastoupeni jsou starobní důchodci s 32 respondenty (tj. 33 %). Mezi OSVČ řadíme 8 respondentů (tj. 8 %) a 4 respondenty (tj. 4 %) tvoří studenti - viz tabulka č. 8, graf č. 7.
Otázka č.7: Hodnocení dušnosti dle NYHA

*Tab. 9 Dušnost dle NYHA u respondentů s CHSS*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>29</td>
<td>30 %</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>17</td>
<td>18 %</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>35</td>
<td>36 %</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>15</td>
<td>16 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 8 Dušnost dle NYHA u respondentů s CHSS**

**Komentář:** Největší zastoupení měla NYHA III celkem 35 respondentů (tj. 36 %) - viz tabulka č. 9, graf č. 8.
Otázka č.8: Vážíte se každý den ve stejnou dobu (nejlépe ráno po vyprázdnění) ?

*Tab. 10 Pravidelné vážení u respondentů s CHSS*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>13</td>
<td>14 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>41</td>
<td>43 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Občas</td>
<td>42</td>
<td>43 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

_Graf 9 Pravidelné vážení u respondentů s CHSS_

_Komentář:_ Pravidelně se váží 13 respondentů (tj. 14 %), 41 respondentů (tj. 43 %) se neváží vůbec a největší zastoupení 42 respondentů (tj. 43 %) se občas zváží. - viz tabulka č. 10, graf č. 9.
Otázka č.9: Domníváte se, že jste dobře informován o tom, jaké léky užíváte a proč, případně jaké mohou mít nežádoucí účinky?

Tab. 11 Dobrá informovanost respondentů s CHSS o medikaci - názor respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>70</td>
<td>73 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>26</td>
<td>27 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Informovanost o medikaci

Graf 10 Dobrá informovanost respondentů s CHSS o medikaci - názor respondentů

Komentář: Celkem 70 respondentů (tj. 73 %) uvádí, že je informováno o své medikaci a 26 respondentů (tj. 27 %) uvádí, že informováno není - viz tabulka č. 11, graf č. 10.
Otázka č.10: Upravujete si (zvyšujete si) sám při náhlém vzestupu hmotnosti o > 2kg/3dny diuretika?

Tab. 12 Samostatná korekce diuretik respondenty

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>47</td>
<td>49 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>49</td>
<td>51 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Úprava diuretik

Graf 11 Samostatná korekce diuretik respondenty

Komentář: Skupina 47 respondentů (tj. 49 %) potvrdila, že si upravuje dávku diuretik a 49 respondentů (tj. 51 %) si dávku sama neupravuje - viz tabulka č. 12, graf č. 11.
Otázka č.11: Konzumujete více než 5g soli denně?

Tab. 13 Konzumace soli nad povolenou hranici u respondentů s CHSS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>27</td>
<td>27 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>28</td>
<td>29 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Občas</td>
<td>41</td>
<td>43 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Komentář: Celkem 27 respondentů (tj. 27 %) uvedlo, že konzumuje více než 5 g soli denně - viz tabulka č. 13, graf č. 12.
Otázka č.12: Konzumujete potraviny s vyšším obsahem soli, jako je např. bílé pečivo, uzeniny, konzervy, minerálky aj.?

Tab. 14 Konzumace potravin s vyšším obsahem soli u respondentů s CHSS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>54</td>
<td>56 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>15</td>
<td>16 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Občas (cca 4x do měsíce)</td>
<td>27</td>
<td>28 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 13 Konzumace potravin s vyšším obsahem soli

Komentář: Celkem 54 respondentů (tj. 56 %) uvedlo, že konzumuje potraviny s vyšším obsahem soli. Naopak jen 15 respondentů (tj. 16 %) uvedlo, že nekonzumuje tyto potraviny - viz tabulka č. 14, graf č. 13.
Otázka č. 13: Pijete denně 1,5-2 litry tekutin?

Tab. 15 Restrikce tekutin 1,5 - 2 litry u respondentů s CHSS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>49</td>
<td>49 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>15</td>
<td>15 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, mám předepsané omezení tekutin</td>
<td>23</td>
<td>23 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Občas (cca 4x do měsíce)</td>
<td>12</td>
<td>12 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 14 Restrikce tekutin 1,5 - 2 litry u respondentů s CHSS

Komentář: Denní příjem tekutin uvedlo, že dodržuje 49 respondentů (tj. 49 %) - viz tabulka č. 15, graf č. 14.
Otázka č.14: Pokud konzumujete alkohol, přesahuje Váš denní limit cca 1 pivo nebo 1-2 dcl vína denně (tj. 40g u muže a 30g u ženy)?

*Tab. 16 Denní limit alkoholu u respondentů s CHSS*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>17</td>
<td>18 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>38</td>
<td>40 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Občas (cca 2x do měsíce)</td>
<td>14</td>
<td>15 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, jsem abstinent</td>
<td>27</td>
<td>28 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Komentář:* Denní limit alkoholu přesáhne 17 respondentů (tj. 18 %), 38 respondentů (tj. 40 %) denní limit nepřesáhli, 14 respondentů (tj. 15 %) občas denní limit přesáhli a 27 respondentů (tj. 28 %) se řadí k abstinentům - viz tabulka č. 16, graf č. 15.
**Otázka č.15: Kouříte?**

*Tab. 17 Postoj ke kouření u respondentů s CHSS*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>30</td>
<td>31 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>32</td>
<td>33 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, ale kouřil jsem</td>
<td>23</td>
<td>24 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Jsem pasivní kuřák</td>
<td>11</td>
<td>11 %</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Celkem</strong></td>
<td><strong>96</strong></td>
<td><strong>100 %</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 16 Postoj ke kouření u respondentů s CHSS**

**Komentář:** Celkem 30 respondentů (tj. 31 %) uvedlo, že kouří, 32 respondentů (tj. 33 %) nekouří. K pasivním kuřákům se hlásí 11 respondentů (tj. 11 %) a 23 respondentů (tj. 24 %) sice nekouří, ale v minulosti kouřili - viz tabulka č. 17, graf č. 16.
Otázka č.16: Provádíte alespoň třikrát až pětkrát týdně (20-30 minut) nějakou fyzickou aktivitu (např. jízda na kole nebo rychlá chůze aj.)?

Tab. 18 Doporučená fyzická aktivita u respondentů s CHSS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpověď</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>52</td>
<td>54 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>44</td>
<td>46 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fyzická aktivita

Graf 17 Doporučená fyzická aktivita u respondentů s CHSS

Komentář: Aktivněji žije 52 respondentů (tj. 54 %) a méně aktivní je 44 respondentů (tj. 46 %) - viz tabulka č. 18, graf č.17.
Otázka č.17: Podstupujete každoroční očkování proti chřipce?

**Tab. 19 Očkování proti chřipce u respondentů s CHSS**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>26</td>
<td>27 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>70</td>
<td>73 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 18 Očkování proti chřipce u respondentů s CHSS**

**Komentář:** Pravidelné očkování proti chřipce podstupuje pouze 26 respondentů (tj. 27 %) a 70 respondentů (tj. 73 %) nepovažuje očkování proti chřipce za důležité - viz tabulka č. 19, graf č. 18.
Celková skóre (emocionální, fyzické a celkové) dle dotazníku MLHFQ

**Tab. 20 Celkové emocionální skóre dle MLHFQ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Emocionální skóre</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 - 10</td>
<td>46</td>
<td>47 %</td>
</tr>
<tr>
<td>11 - 25</td>
<td>50</td>
<td>53 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Komentář:** Ze získaných odpovědí zjišťujeme, že CHSS má výrazný negativní vliv na 50 respondentů (tj. 53 %) viz - tabulka č. 20

**Tab. 21 Celkové fyzické skóre dle MLHFQ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fyzické skóre</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 - 20</td>
<td>57</td>
<td>60 %</td>
</tr>
<tr>
<td>21 - 40</td>
<td>39</td>
<td>40 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Komentář:** Z dotazníkového šetření vyplývá, že výraznější vliv CHSS na fyzickou stránku života pociťuje 39 respondentů (tj. 40 %) - viz tabulka č. 21
Tab. 22 Celkové skóre dle MLHFQ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Celkové skóre</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 - 20</td>
<td>15</td>
<td>15 %</td>
</tr>
<tr>
<td>21 - 42</td>
<td>30</td>
<td>31 %</td>
</tr>
<tr>
<td>43 - 63</td>
<td>37</td>
<td>39 %</td>
</tr>
<tr>
<td>64 - 84</td>
<td>13</td>
<td>14 %</td>
</tr>
<tr>
<td>85 - 105</td>
<td>1</td>
<td>1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Komentář: V celkovém hodnocení kvality života ovlivněného srdečním selháním respondenti nejvíce odpovídali, že v posledním měsíci má jejich život dobrou kvalitu (0-20). Jednalo se o 15 respondentů (tj. 15 %). Jako přiměřenou kvalitu života označili svůj stav 30 respondentů (tj. 31 %) a dokonce u 1 respondenta (tj. 1 %) vyšlo, že má kvalitu života opravdu špatnou - viz tabulka č. 22.
Skóre dodržování léčebného režimu

Tab. 23 Dodržování léčebného režimu respondentů s CHSS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dodržování léčebného režimu</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 - 14</td>
<td>89</td>
<td>93 %</td>
</tr>
<tr>
<td>15 - 20</td>
<td>7</td>
<td>7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>96</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Komentář: Pouze 7 respondentů (tj. 7 %) striktně dodržuje doporučený léčebný režim - viz tabulka č. 23.
7 DISKUSE


Na základě našeho dotazníkového šetření byla zjištěna tato fakta. Výzkumu se zúčastnilo 96 respondentů, z toho bylo 32 žen (tj. 33 %) a 64 mužů (tj. 67 %). Dle statistiky získané z FNOL, bylo v roce 2016 na standardním lůžkovém oddělení arytmologie a srdečního selhání, hospitalizováno 95 pacientů s diagnózou CHSS, z toho bylo 51 mužů a 44 žen. Také byla zjištěna statistika za rok 2017, kdy bylo hospitalizováno 132 pacientů s CHSS, z toho 84 mužů a 48 žen. Z této statistiky můžeme vyvodit, že chronickým srdečním selháním trpí více mužů.

Největší skupinu dotázaných 24 respondentů (tj. 25 %) tvořila věková kategorie 41 - 50 let, nejméně početná byla věková kategorie 18 - 30 let, kterou tvořili 4 respondenti (tj. 4 %). Nejvíce respondentů 32 (tj. 33 %) bylo ve starobním důchodě. Mezi respondenty byli dokonce i 4 studenti (tj. 4 %). Nejvíce byla zastoupena doba léčení srdečního selhání 1 - 3 roky u 43 respondentů (tj. 45 %).
1. cíl: Zjistit, zda pacienti dodržují základní režimová opatření u chronického srdečního selhání.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 8 - 17 z dotazníku. Každou otázku jsme bodově ohodnotili na škále 0 - 2 body. Například u otázky č.11 („Konzumujete více než 5g soli denně ?“) mohli respondenti odpovědět ANO (0 bodů), NE (2 body) a OBČAS (1 bod).

Maximální možný počet bodů byl 20, přičemž za pacienty dodržující léčebný režim považujeme respondenty s minimálním počtem 15 bodů (tj. 75 %). Touto metodou jsme zjistili, že základní režimová opatření u chronického srdečního selhání striktně dodržuje pouze 7 respondentů (tj. 7 %). Respondenty, kteří dosáhli skóre 10 - 14 bodů, považujeme za pacienty, kteří dodržují léčebný režim částečně. Dle dotazníku tedy léčebný režim částečně dodržuje 56 respondentů (tj. 59 %). Za nedodržování léčebného režimu považujeme dosažené skóre 0 - 9 bodů. Takových respondentů bylo 33 (tj. 34 %).

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina pacientů (tj. 66 %) léčebný režim spíše dodržuje (tj. dosáhli skóre 10 - 20 bodů).

2. cíl: Zjistit, jaká je kvalita života respondentů s chronickým srdečním selháním v posledním měsíci – dle MLHFQ.

Pomoci „Modifikovaný Minnesotský dotazník kvality života – Život se srdečním selháním“ jsme zjišťovali jaká je kvalita života respondentů v posledním měsíci. V tomto dotazníku je zjišťována a hodnocena oblast fyzická a emocionální. Fyzická oblast je hodnocena prostřednictvím 8 položek v dotazníku a psychické skóre je kalkulováno z pěti položek, které jsou zaměřeny na oblast prožívání. Kromě hodnocení jednotlivých oblastí se hodnotí i celkové skóre, jehož zvyšující se hodnota znamená rostoucí negativní vliv srdečního selhání na život pacienta (čím je hodnota vyšší, tím je subjektivně vnímaná kvalita života pacientem horší). Kvality života respondentů se týkají otázky č.18 - 38. Sečtením číselných hodnot odpovědí ke každé otázce jsme získali celkové skóre. Z našeho šetření vyplývá, že celých 82 respondentů (tj. 85 %) subjektivně hodnotí kvalitu svého života jako přijatelnou (dosaňují na naši škále hodnocení menší než 63 bodů). Pouze 15 % respondentů pak hodnotí kvalitu svého života jako výrazně sníženou vlivem srdečního onemocnění.

Dále jsme také zvlášť vyhodnotili fyzické a emocionální faktory, jejichž výsledek slouží k hodnocení vlivu srdečního selhání na fyzický a duševní stav pacienta.
Fyzické skóre vychází z hodnocení otázek č. 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29 a 30. a je součtem číselných hodnot odpovědí. Z dotazníkového šetření vyplývá, že výraznější vliv srdečního selhání na fyzickou stránku života počítá 40 % respondentů. Emocionální skóre vychází z otázek č. 34 - 38. Tyto otázky se zaměřují zejména na vnitřní prožívání nemoci pacientem. Ze získaných odpovědí zjišťujeme, že srdeční selhání má výrazný negativní vliv na 53 % respondentů. Srovnáním těchto dvou hodnocení zjišťujeme, že pacienti se srdečním selháním pocitují výraznější negativní vliv svého onemocnění na jejich emocionální pohodu, než na jejich fyzickou kondici.

Dle Vévodové, Andrllové a Vévody (2017) se zhoršenou kvalitou života u pacientů s CHSS souvisí deprese, která je diagnostikována až u 36,5 % z nich (Vévodová, Andrlová a Vévoda, 2017).


Vyhodnocení pracovních hypotéz

H1: Domníváme se, že pacienti s třídou NYHA I až II mají kvalitu života lepší než pacienti s třídou NYHA III až IV.

Na základě našeho dotazníkového šetření lze konstatovat, že pacienti s třídou NYHA I až II subjektivně udávají lepší kvalitu života než pacienti s třídou NYHA III až IV. Hodnocení třídy NYHA I až II má ze zkoumaného souboru respondentů diagnostikováno 46 pacientů (tj. 48 % respondentů). Tito pacienti dosahují průměrně kvality života 38, 6 bodů na škále hodnocení kvality života. Pacienti s třídou NYHA III až IV, jichž je téměř stejný počet (52 %) vykazují průměrnou hodnotu kvality života 52 bodů. Pracovní hypotéza č.1 byla podpořena.
H2: Domníváme se, že pacienti s indexem tělesné hmotnosti (BMI) nadváha až obezita (při hodnocení 25,0 <) mají horší NYHA i kvalitu života.

Na základě vyhodnocení indexu tělesné hmotnosti u respondentů s chronickým srdečním selháním jsme zjistili, že pouze 8 respondentů (tj. 8 %) vykazuje hodnotu BMI v normě. Domníváme se, že s takto nízkým počtem respondentů s BMI v normě nelze prokázat souvislost mezi hodnotou BMI a hodnotou NYHA, případně kvalitou života. Chybí nám dostatečný počet respondentů s normálním BMI, abychom mohli přesvědčivě tvrdit, že tito mají lepší kvalitu života, než respondenti s hodnotou BMI v oblasti nadváhy či obezity. Pracovní hypotéza č. 2 nebyla podpořena.

H3: Domníváme se, že pacienti, kteří přistupují k léčebnému režimu aktivně, budou mít lepší kvalitu života, než ti co léčebný režim nedodržují.

Na základě odpovědí respondentů jsme zjistili, že pacienti, kteří striktně dodržují léčebný režim (tzn. dosáhli na skóre 15 - 20 bodů v hodnocení dodržování režimových opatření) vykazují v průměru téměř stejnou hodnotu kvality života (tj. 44,4 bodu) jako pacienti, kteří dodržují léčebný režim v omezené míře, nebo jej zanedbávají. Ti udávají průměrnou hodnotu kvality života 44,6 bodů. Z našeho dotazníkového šetření vyplývá, že dodržování léčebných opatření nemá zásadní vliv na subjektivní hodnocení kvality života pacientů s chronickým srdečním selháním. Pracovní hypotéza č. 3 nebyla podpořena.
8 ZÁVĚR

Chronické srdeční selhání lze tedy definovat jako postižení srdece, u kterého přes dostatečné plnění komory klesá minutový výdej a srce není schopno pokrýt metabolické potřeby organismu. Výskyt chronického srdečního selhání má charakter vzestupný. Tento jev je zejména ovlivněn dvěma faktory (zvyšování věku populace a výrazné snížení úmrtnosti na akutní kardiovaskulární příhody). Diagnostika a léčba tohoto chronického onemocnění je náročná medicínsky i ekonomicky. Přes veškeré pokroky po stránce medicínské má srdeční selhání stále špatnou španou prognozu. Současná terapie je zaměřena nejen na ovlivnění symptomů, snažíme se také ovlivnit výskyt progrese srdečního selhání a snížit úmrtnost.

Cílem bakalářské práce bylo kvantitativní dotazníkovou metodou zjistit, zda pacienti s chronickým srdečním selháním dodržují doporučená léčebná opatření a jakou mají kvalitu života. Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Dotazník obsahoval celkem 38 položek, z toho 6 položek bylo sociodemografických. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na zkoumané cíle. Doporučená léčebná opatření byla převzata z doporučených postupů pro léčbu a diagnostiku srdečního selhání a kvalitu života jsme hodnotili dle dotazníku MLHFQ. Oba cíle se nám podařilo splnit. Zjistili jsme, že léčebný režim většina pacientů spíše dodržuje. Dále jsme pracovali se třemi pracovními hypotézami, z nichž první se nám podařilo prokázat. Zjistili jsme, že vyšší klasifikace dušnosti dle třídy NYHA má negativní vliv na kvalitu života pacientu. Druhou hypotézu, která se zabývala souvislosti mezi hodnotou BMI a klasifikací NYHA, resp. kvalitou života, se nám nepodařilo podpořit, neboť normální hodnoty BMI dosahovalo pouze minimální množství respondentů a srovnání by nemělo dostatečnou výpovědní hodnotu. Třetí hypotézu, tedy vliv dodržování léčebného režimu lepší na kvalitě života, se nám podpořit nepodařilo. Rozdíl mezi průměrnou hodnotou kvality života u pacientů dodržujících léčebný režim byl v porovnání s pacienty, kteří léčebný režim nedodržují, minimální.

Výstup pro praxi: Jako výstup této práce jsem zpracovali educační leták pro pacienty s CHSS, který jim bude sloužit jako zdroj informací o jejich onemocnění a doporučeném léčebném režimu. CHSS je považováno za civilizační chorobu, na jejíž výskyt má zásadní vliv způsob života a prevence. Je důležité začít s prevencí tohoto onemocnění již od dět-
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY


ŘEHÁKOVÁ, Lenka, 2006. Specialistka na jednotce srdečního selhání. Sestra. 16(11), 38. ISSN 1210-0404.


## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

<table>
<thead>
<tr>
<th>Symbol</th>
<th>Znělecká označení</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACEI</td>
<td>angiotensin-converting-enzyme inhibitor</td>
</tr>
<tr>
<td>apod.</td>
<td>a podobně</td>
</tr>
<tr>
<td>ARB</td>
<td>antagonisté receptoru pro angiotensin II</td>
</tr>
<tr>
<td>ARNI</td>
<td>angiotensinový receptor a inhibitor neprilysinu</td>
</tr>
<tr>
<td>BB</td>
<td>betablokátořy</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI</td>
<td>body mass index</td>
</tr>
<tr>
<td>BNP</td>
<td>B-typ natriuretického peptidu</td>
</tr>
<tr>
<td>CO2</td>
<td>oxid uhličitý</td>
</tr>
<tr>
<td>Cl</td>
<td>chloridy</td>
</tr>
<tr>
<td>ECHO</td>
<td>echokardiograf</td>
</tr>
<tr>
<td>EKG</td>
<td>elektrokardiogram</td>
</tr>
<tr>
<td>ECMO</td>
<td>extrakorporální membránová oxygenace</td>
</tr>
<tr>
<td>EMB</td>
<td>endomyokardiální biopsie</td>
</tr>
<tr>
<td>EF</td>
<td>ejekční frakce</td>
</tr>
<tr>
<td>CHSS</td>
<td>chronické srdeční selhání</td>
</tr>
<tr>
<td>IABP</td>
<td>intraaortální balonková kontrapulzace</td>
</tr>
<tr>
<td>ICHS</td>
<td>ischemická choroba srdeční</td>
</tr>
<tr>
<td>IM</td>
<td>infarkt myokardu</td>
</tr>
<tr>
<td>ICD</td>
<td>implatabilní kardioverter defibrilátor</td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>draslik</td>
</tr>
<tr>
<td>LAVD</td>
<td>left ventricle assist device</td>
</tr>
<tr>
<td>LK</td>
<td>levá komora</td>
</tr>
<tr>
<td>LSS</td>
<td>levostranné srdeční selhání</td>
</tr>
<tr>
<td>MAZE</td>
<td>operace pro poruchy srdečního rytmu</td>
</tr>
<tr>
<td>Acronym</td>
<td>Full Form</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td>MLHFQ</td>
<td>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</td>
</tr>
<tr>
<td>MRA</td>
<td>antagonisté mineralokortikoidních receptorů</td>
</tr>
<tr>
<td>MR</td>
<td>magnetická rezonance</td>
</tr>
<tr>
<td>Na</td>
<td>sodík</td>
</tr>
<tr>
<td>NT-pro BNP</td>
<td>N terminální fragment pro B- typu natriuretického peptidu</td>
</tr>
<tr>
<td>NYHA</td>
<td>New York Heart Association</td>
</tr>
<tr>
<td>O2</td>
<td>kyslík</td>
</tr>
<tr>
<td>P</td>
<td>pulz</td>
</tr>
<tr>
<td>PET</td>
<td>pozitronová emisní tomografie</td>
</tr>
<tr>
<td>PMK</td>
<td>permanentní močový katetr</td>
</tr>
<tr>
<td>PROQoLID</td>
<td>Patient Reported Outcome quality of Life Instruments Database</td>
</tr>
<tr>
<td>PSK</td>
<td>pravostranná katetrizace</td>
</tr>
<tr>
<td>PSS</td>
<td>pravostranné srdeční selhání</td>
</tr>
<tr>
<td>PŽK</td>
<td>periferní žilní kanyla</td>
</tr>
<tr>
<td>RTG</td>
<td>rentgen</td>
</tr>
<tr>
<td>SKG</td>
<td>selektivní koronarografie</td>
</tr>
<tr>
<td>SS</td>
<td>srdeční selhání</td>
</tr>
<tr>
<td>tj.</td>
<td>to je</td>
</tr>
<tr>
<td>TK</td>
<td>tlak krve</td>
</tr>
<tr>
<td>tzv.</td>
<td>takzvaně</td>
</tr>
<tr>
<td>WHO</td>
<td>Světová zdravotnická organizace</td>
</tr>
<tr>
<td>WHOQoL</td>
<td>World Health Organization Quality of Life</td>
</tr>
</tbody>
</table>
SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Specifické nástroje měření kvality života pro pacienty s kardiovaskulárními chorobami .................................................................................................................................................. 26
Tab. 2 Pohlaví respondentů ........................................................................................................................................................................................... 32
Tab. 3 Věk respondentů ......................................................................................................................................................................................... 33
Tab. 4 Hmotnost respondentů ................................................................................................................................................................................ 35
Tab. 5 Výška respondentů ..................................................................................................................................................................................... 36
Tab. 6 BMI respondentů .......................................................................................................................................................................................... 37
Tab. 7 Doba léčení respondentů s CHSS ....................................................................................................................................................... 38
Tab. 8 Socioekonomické postavení respondentů s CHSS .................................................................................................................................. 39
Tab. 9 Dušnost dle NYHA u respondentů s CHSS ........................................................................................................................................ 41
Tab. 10 Pravidelné vážení u respondentů s CHSS ........................................................................................................................................ 42
Tab. 11 Dobrá informovanost respondentů s CHSS o medikaci - názor respondentů ................................................. 43
Tab. 12 Samostatná korekce diuretik respondenty ................................................................................................................................. 44
Tab. 13 Konzumace soli nad povolenou hranici u respondentů s CHSS ..................................................................................................... 45
Tab. 14 Konzumace potravin s vyšším obsahem soli u respondentů s CHSS ............................................................... 46
Tab. 15 Restrikce tekutin 1,5 - 2 litry u respondentů s CHSS .................................................................................................................. 47
Tab. 16 Denní limit alkoholu u respondentů s CHSS ............................................................................................................................... 48
Tab. 17 Postoj ke kouření u respondentů s CHSS ................................................................................................................................. 49
Tab. 18 Doporučená fyzická aktivita u respondentů s CHSS ................................................................................................. 50
Tab. 19 Očkování proti chřipce u respondentů s CHSS ........................................................................................................................... 51
Tab. 20 Celkové emocionální skóre dle MLHFQ ............................................................................................................................... 52
Tab. 21 Celkové fyzické skóre dle MLHFQ ................................................................................................................................. 52
Tab. 22 Celkové skóre dle MLHFQ .......................................................................................................................................................... 53
Tab. 23 Dodržování léčebného režimu respondentů s CHSS ................................................................................................. 54
SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů ................................................................. 32
Graf 2 Věk respondentů ......................................................................... 33
Graf 3 Hmotnost respondentů ............................................................. 35
Graf 4 Výška respondentů .................................................................. 36
Graf 5 BMI respondentů ....................................................................... 37
Graf 6 Doba léčení respondentů s CHSS ........................................... 38
Graf 7 Socioekonomické postavení respondentů s CHSS .................. 39
Graf 8 Dušnost dle NYHA u respondentů s CHSS .............................. 41
Graf 9 Pravidelné vážení u respondentů s CHSS ............................... 42
Graf 10 Dobrá informovanost respondentů s CHSS o medikaci - názor respondentů ...... 43
Graf 11 Samostatná korekce diuretik respondenty ................................ 44
Graf 12 Konzumace soli nad povolenou hranici u respondentů s CHSS ........... 45
Graf 13 Konzumace potravin s vyšším obsahem soli u respondentů s CHSS ............. 46
Graf 14 Restriční tekutin 1,5 - 2 litry u respondentů s CHSS .............. 47
Graf 15 Denní limit alkoholu u respondentů s CHSS .......................... 48
Graf 16 Postoj ke kouření u respondentů s CHSS ..................................... 49
Graf 17 Doporučená fyzická aktivita u respondentů s CHSS ............... 50
Graf 18 Očkování proti chřipce u respondentů s CHSS ..................... 51
SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA I: ŽÁDOST O VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ VE FNOL

PŘÍLOHA II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA III: MODIFIKOVANÝ MINNESOTSKÝ DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA

PŘÍLOHA IV: FUNKČNÍ KLASIFIKACE PODLE NYHA

PŘÍLOHA V: INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)

PŘÍLOHA VI: NEVYPLNĚNÝ DOTAZNÍK
PŘÍLOHA I. ŽÁDOST O VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ VE FNOL

Průvodní list k sociologickému průzkumu

Název sociologického průzkumu:
Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: I. Interní klinika kardiologická
Zadavatel: Kateřina Burešová
Datum realizace průzkumu: Prosinec 2017

Typ výzkumné strategie: □ kvantitativní □ kvalitativní

Stručný popis výzkumné strategie:
Např.:
1. Typ výzkumné strategie
2. Teoretické podklady, pracovní hypotézy, sociální problém...
3. Vzniknutí, technika sbírání dat, vzor dotazníku...
4. Analýza a interpretace dat, hodnocení hypotéz...

Ve svém výzkumném šetření se budu věnovat problematice kvality života pacientů s chronickým srdečním selháním. Cílem je zjistit vliv edukace na kvalitu života pacientů s chronickým srdečním selháním. Budu provádět kvalitativní výzkum, dotazníkové šetření. Výsledky budou k dispozici v červnu 2018, budou zpracovány v bakalářské práci.

Vypracoval: [Podpisek]
Schválil: [Podpisek]

Ukončení průzkumu:
Leden 2018
PŘÍLOHA II. ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jméno a příjmení студента</th>
<th>Katerina Burešová</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Téma bakalářské práce</td>
<td>Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním</td>
</tr>
<tr>
<td>Vedoucí bakalářské práce</td>
<td>PhDr. Pavla Kudlová, PhD.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skupina respondentů</th>
<th>Pacienti/klienti léčící se s chronickým srdečním selháním</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracoviště</th>
<th>Výjádření včetně sestry/vedoucího pracoviště (mohou se týkat měsíce)</th>
<th>Podpis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 2. 3. přípis</td>
<td>Souhlasím</td>
<td>Nesouhlasím</td>
</tr>
<tr>
<td>4. 5. přípis</td>
<td>Souhlasím</td>
<td>Nesouhlasím</td>
</tr>
<tr>
<td>6. 7. přípis</td>
<td>Souhlasím</td>
<td>Nesouhlasím</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 2.10.2017

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Ing. Andrea Drobnálová
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

razítko a podpis zástupce zařízení
## Příloha III. Modifikovaný minnesotský dotazník kvality života

**Modifikovaný minnesotský dotazník kvality života**

Život se srdečním selháním

Následující otázky se snáhí posoudit jak moc srdeční selhání (nemoceňte srdeční) ovlivnilo Váš život v posledním měsíci.

Zakřížkujte prosím jedno vybrané číslo 0, 1, 5, jako odpověď na každou z otázek, tak aby vyjádřilo Váš názor na významnost omezení v daném bodu. Pokud na některou otázku nemáte odepovědět nebo nechcete odpovídat zakřížkujte prosím číslo 0.

Jak Vás omezovalo srdeční selhání ve způsobu života, na který jste zvykli v posledním měsíci?

<table>
<thead>
<tr>
<th>řečeno</th>
<th>velmi málo</th>
<th>velmi mnoho</th>
</tr>
</thead>
</table>

| 1. Míváte otyky kotníků (nohou)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Musíte se posadit nebo ulehnut z důvodu odpočinku během dne? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Máte obtíže při procházích nebo chůzi do schodů (dušnost, únava)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Máte obtíže při práci kolem domu nebo na zahradě? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Jste omezení vycházením ven z domu? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Trpíte poruchami nočního spánku? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Jste omezení možností dělat společné věci s vašimi přáteli nebo rodinou? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Jste omezení možnosti výjezdu? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Jste omezení provádění vašich koníčků, sportů a rekreačních aktivit? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Jste omezení v sexuálním životě? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Jste méně jídla než bylo zvykem? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Trpíte větším zázrakování? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Trpíte únavou, vyčerpáním či pocitem nedostatku energie? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Byli jste v poslední době hospitalizován? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Máte pocit, že utrácíte hodně peněz za lékařskou péči? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Trpíte nežádoucími účinky léků? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Trápíte se pocitem, že jste přítelí pro rodičů či přátelé? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Trpíte pocitem ztráty soběstačnosti? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Máte narůstající obavy z budoucnosti? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Narůstají u Vás potíže s pamětí a koncentrací na konkrétní věci? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Máte pocit úzkosti a deprese? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
**PŘÍLOHA IV. FUNKČNÍ KLASIFIKACE PODLE NYHA**

**Funkční klasifikace podle NYHA**

(týká se pacientů se srdečním onemocněním, obtíže: únava, palpitace, dušnost, angína pectoris)

<table>
<thead>
<tr>
<th>NYHA I.</th>
<th>Bez omezení při fyzické aktivitě.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Běžná aktivita nepůsobí obtíže.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>NYHA II.</th>
<th>Mírné omezení fyzické aktivity.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Běžná aktivita působí obtíže</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>NYHA III.</th>
<th>Výrazné omezení fyzické aktivity.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Bez obtíží v klidu, menší než běžná fyzická aktivita působí obtíže.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>NYHA IV.</th>
<th>Neschopnost fyzické aktivity.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Symptomy v klidu zhoršující se fyzickou aktivitou.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## PŘÍLOHA V. INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)

Index tělesné hmotnosti (BMI)

\[
\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 (\text{m})}
\]

<table>
<thead>
<tr>
<th>BMI</th>
<th>Kategorie (podle WHO IOTF)</th>
<th>Zdravotní rizika</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt;18,5</td>
<td>Podváha</td>
<td>Malnutrice</td>
</tr>
<tr>
<td>18,5 – 24,9</td>
<td>Normální rozmezí</td>
<td>Minimální</td>
</tr>
<tr>
<td>25,0 – 29,9</td>
<td>Nadváha</td>
<td>&lt;26,9 lehce zvýšená</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>&gt;27,0 zvýšená</td>
</tr>
<tr>
<td>30,0 – 34,9</td>
<td>Obezita – I. stupeň</td>
<td>Středně vysoká</td>
</tr>
<tr>
<td>35,0 – 39,9</td>
<td>Obezita – II. stupeň</td>
<td>Vysoká</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;40,0</td>
<td>Obezita – III. stupeň</td>
<td>Velmi vysoká</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Vážená paní, vážený pane

dovolujeme si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí bakalářské práce na téma Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním. Pomocí dotazníku chceme zjistit, jak moc Vaše srdeční onemocnění (chronické srdeční selhání) bránilo v posledním měsíci plnohodnotnému životu a také zjistit, jak se Vám daří dodržovat léčebný režim. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Přesto předem děkujeme za Vaši ochotu se výzkumu zúčastnit. Výsledky napomůžou ke kvalitě poskytované péči.

Kateřina Burešová – studentka
PhDr. Pavla Kudlová, PhD., vedoucí práce

1. Vaše pohlaví: Muž, Žena
2. Vaš věk: ........
3. Vaše hmotnost: ...... kg, 4. Vaše výška:.......cm
4. Jak dlouho se léčíte se srdečním selháním - cca........... let
5. Vaše socioekonomické postavení:
   a) Nezaměstnaný/á
   b) Zaměstnanec
   c) Invalidní důchodce I. II. III. stupně
   d) Starobní důchodce
   e) Osoba samostatně výdělečně činná, podnikatel
   f) Jiné........................................

7. Hodnocení dušností dle NYHA: I. II. III. IV.
   Pokud nevíte, požádejte o pomoc se stříčku v ambulanci.

8. Vážite se každý den ve stejnou dobu, nejlépe ráno po vyprázdnění?
   ANO – NE – OBČAS (cca 1x týdně)
9. Domníváte se, že jste dobře informován o tom, jaké léky užíváte a proč, případně jaké mohou mít nežádoucí účinky?
   ANO - NE

10. Upravujete si (zvyšujete si) sám při náhlém vzestupu tělesné hmotnosti o > 2 kg/3 dny diureticka nebo kontaktojete svého ošetřujícího lékaře?
   ANO - NE

11. Konzumujete více než 5g soli denně?
   ANO - NE - OBČAS

12. Konzumujete potraviny s vyšším obsahem soli, jako je např. (bílá pečivo, uzeniny, konzervy, minerály, aj.)?
   ANO - NE - OBČAS

13. Pijete denně 1,5 - 2 litry tekutin?
   ANO - NE - NE, mám předepsané OMEZENÍ TEKUTIN - OBČAS

14. Pokud konzumujete alkohol, přesahuje Vaš denní limit cca 1 pivo nebo 1 - 2 dcl vína denně (40g u muže a 30g u ženy)?
   ANO - NE - OBČAS (tj. 2 x do měsíce) - NE, jsem abstinent

15. Kouříte?
   ANO - NE - NE, ale kouřil jsem - JSEM PASIVNÍ KUŘÁK

16. Snažíte se alespoň třikrát až pětkrát týdně 20 - 30 minut provádět fyzickou aktivitu např. (jízda na kole nebo rychlá chůze)?
   ANO - NE

17. Podstupujete každoroční očkování proti chřipce?
   ANO - NE
Prosím zakroužkujte:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ne</th>
<th>Velmi málo</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>Velmi mnoho</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

18. Míváte otoky kotníků (nohou)?
   0 1 2 3 4 5

19. Musíte se posadit nebo ulehnut z důvodu odpočinku během dne?
   0 1 2 3 4 5

20. Máte obtíže při procházkách nebo chůzi do schodů (dušnost, únava)?
   0 1 2 3 4 5

21. Máte obtíže při práci kolem domu nebo na zahradě?
   0 1 2 3 4 5

22. Jste omezeni vycházením ven z domu?
   0 1 2 3 4 5

23. Trpíte poruchami nočního spánku?
   0 1 2 3 4 5

24. Jste omezeni v možnosti dělat společné věci s vašimi přáteli nebo rodinou?
   0 1 2 3 4 5

25. Jste omezeni v možnosti výdechu?
   0 1 2 3 4 5

26. Jste omezeni v provádění vašich koníčků, sportů a rekreačních aktivit?
   0 1 2 3 4 5

27. Jste omezeni v sexuálním životě?
   0 1 2 3 4 5
28. Jste méně jídla, než bylo zvykem?

0 1 2 3 4 5

29. Trpíte větším zadýcháváním?

0 1 2 3 4 5

30. Trpíte únavou, vyčerpáním či pocitem nedostatku energie?

0 1 2 3 4 5

31. Byli jste v poslední době hospitalizováni?

0 1 2 3 4 5

32. Máte pocit, že utrácíte hodně peněz za lékařskou péči?

0 1 2 3 4 5

33. Trpíte nežádoucími účinky léků?

0 1 2 3 4 5

34. Trápíte se pocitem, že jste přítěží pro rodinu či přátele?

0 1 2 3 4 5

35. Trpíte pocitem ztráty soběstačnosti?

0 1 2 3 4 5

36. Máte narůstající obavy z budoucnosti?

0 1 2 3 4 5

37. Narůstají u vás potíže s pamětí a koncentraci na konkrétní věci?

0 1 2 3 4 5

38. Máte pocit úzkosti a deprese?

0 1 2 3 4 5

Děkuji Vám za spolupráci.