

# **Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním**

Kateřina Burešová

---

Bakalářská práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

---

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, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**GREENBERG B., D. BARNARD, S. NARAYAN, J. TEERLINK.** Management of heart failure. Chichester, West Sussex: Wiley, 2010. ISBN 978-0-470-66941-9.

**GURKOVÁ, E.** Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

**MÁLEK, F. a kol.** Speciální problémy u chronického srdečního selhání. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2879-0.

**VOJÁČEK, J., J. KETTNER.** Klinická kardiologie. Hradec Králové: Nucleus HK, 2009. ISBN 978-80-87009-58-1.

**WIDIMSKÝ, J., K. LEFFLEROVÁ, K. SEDLÁČEK.** Srdeční selhání. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-680-7.

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

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka

L.S.

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 28.2.2018

.....  
Burešová

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

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může se zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

2) *sákon 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, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *sákon 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, § 60 Školní dílo:*

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

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Chronické srdeční selhání výrazně snižuje délku života a má negativní dopad na kvalitu života. Cílem výzkumu bylo zjistit míru kvality života a dodržování léčebného režimu u pacientů s chronickým srdečním selháním. Výzkumné šetření bylo realizováno na kardiologické ambulanci srdečního selhání ve Fakultní nemocnici Olomouc na přelomu roku 2018. Zúčastnili se ho pacienti, kteří se léčili s chronickým srdečním selháním a docházeli na pravidelné kontroly do ambulance srdečního selhání. K výzkumnému šetření byl použit 1 standardizovaný dotazník: Modifikovaný Minnesotský dotazníku kvality života – Život se srdečním selháním“, zkratka MLHFQ. Z výsledků kvantitativního výzkumu vyplynulo, že dodržováním léčebného režimu by mohlo dojít ke zkvalitnění života pacientů s chronickým srdečním selháním.

**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, nahraná do IS/STAG jsou totožné.

.....

Kateřina Burešová



## OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
2.1	ÚVOD DO PROBLEMATIKY .....	13
<b>3</b>	<b>SRDEČNÍ SELHÁNÍ</b> .....	<b>14</b>
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	PÉČE O PACIENTY SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM .....	21
3.7.1	Ošetrovatelská péče o pacienty se srdečním selháním .....	22
<b>4</b>	<b>KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>23</b>
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
<b>5</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>27</b>
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
<b>6</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>DISKUSE</b> .....	<b>55</b>
<b>8</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>59</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>65</b>

<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>69</b>

## 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 kardiologie a skoro denně přicházím do kontaktu s pacienty, kteří vlivem nedostatku informací, nepochopením 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 ošetrovatelskému personálu.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část podrobně seznamuje s problematikou kvality života, chronického srdečního selhání a ošetrovatelské 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 respondenta 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 epidemie 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 morbiditu 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 plicních 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 desetimilionovou 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 „IČS“). Mezi další příčiny srdeční dysfunkce řadíme kardiomyopatii, hypertenzi a chlopenní vady. Díky pokrokům v terapii se snižuje podíl hypertenze a chlopenních vad, 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 limitují 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 plicních 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 levostranné SS (dále jen „LSS“) je charakteristické rychlým vzestupem plicního tlaku levé srdeční komory, městnáním v malém plicním oběhu a hypoxií v důsledku sníženého minutového objemu. Také může přejít do stadia plicního edému s hypoventilací a pacient může zemřít na respirační acidózu, hypoxemii nebo arytmiie (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 157).

Akutní pravostranné SS (dále jen „PSS“) je popisováno jako náhlý vzestup plicního tlaku pravé srdeční komory a akutní respirační insuficiencí. Příčiny mohou vyvolat náhle vzniklý vysoký odpor v plicnici nebo plicním 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 plicního tlaku levé srdeční komory, městnáním v malém plicním oběhu a hypoxií z důvodu sníženého minutového objemu. Důsledkem vyšších plicních tlaků je hypertrofie a důsledkem nižšího systolického výdeje je tachykardie (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 155).

Chronické PSS je charakterizováno postupným vzestupem plicního tlaku pravé srdeční komory a městnáním v systémových žilách. Selháváním pravostranných 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 „CO<sub>2</sub>“) 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 progresy 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 řadíme dušnost, otoky, nevykonnost, slabost, únavu, dyspepsii a objektivní příznaky jsou zvýšená náplň krčních žil, patologická třetí ozva (cval), městnavé (nepřízvučné) 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 zvýšeného hematokritu u nemocného s dušností svědčí spíše pro plicní 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 (spiroergometrie, 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 i 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

Cílem léčby je zlepšení kvality života, tzn. minimalizace nebo úplné odstranění příznaků, zvýšení tolerance zátěže, snížení mortality a prodloužení života nemocných. (Táborský, 2014, s. 44). Pro terapii neexistuje jednotný přístup, léčba musí být specifická dle individuálních potřeb pacienta (Štejfa, 2007, s. 309).

Považujeme ji komplexní a lze být realizována jen při dobré spolupráci pacienta s ošetřujícím týmem (Souček, Špinar 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 retenci 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 zhruba odpovídá 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).

Jako vhodnou tělesnou aktivitu se doporučuje chůze či jízda na kole. Základem je třikrát až pětkrát týdně 20 – 30 minut dynamické zátěže. Dalším vhodným opatřením při léčbě je očkování proti chřipce, které bývá v populaci velmi podceňováno. Chřipka je závažné onemocnění, na které se i v 21. století umírá. Doporučeno je u osob starších 65 let nebo u osoby s chronickým onemocněním (Špinar et al., 2012, s. 169).

### 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 (snižující 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 navyšovat dávky do maximálně tolerovaných (tzv. up - titrace). Nutno je třeba monitorovat výšku tlaku krve (déle 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 elektromechanické 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 elektrodového systému stupňovitou terapii - 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).

Dle Štejfa (2007, s. 440) je implantace ICD zvažována po prodělané synkopě, zdokumentované komorové tachykardii nebo fibrilaci komor. Je to neúčinnější metoda prevence náhlé srdeční smrti (Štejfa, 2007, s. 440).

### 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 síní 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 Bělohávek, 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 Ošetrovatelská péče o pacienty se srdečním selháním

Dle Šafránkové a Nejedlé (2006, s. 161 - 162) jsou pacienti přijati na standardní interní oddělení nebo na oddělení jednotky intenzivní péče (dále jen „JIP“) dle akutního stavu. Sestra uloží pacienta do Fowlerovy polohy, vhodná by byla možnost křesla pro kardiaky. Pokoj musí být vybaven centrálním přívodem kyslíku (dále jen „O<sub>2</sub>“) a dobré je umístění pokoje v blízkosti WC. Pokud je klient ve špatném stavu, je vhodné zajistit permanentní močový katétr (dále jen „PMK“) k přesnému sledování diurézy za 24 hodin. Nezbytná je přítomnost signalizace k přivolání ošetrovatelského personálu. Nemocnému je zavedena periferní žilní kanyla (dále jen „PŽK“) a jsou mu podány ordinované léky. Je důležité sledovat účinky léků, zvláště u podávání diuretik a kardiotonik. Sestra provádí postupně všechna ordinovaná vyšetření odběry krve, EKG, TK, pulz (dále jen „P“), dechovou frekvenci a saturaci O<sub>2</sub>. Dle ordinace zahájí oxygenoterapii dále také sleduje kašel a odkašlávání, stav prokrvení a periferních tkání, barvu kůže. Velmi důležité je denně sledovat váhu pacienta z důvodu změny objemu tělesné tekutiny. Stav otoků pohledem i pohmatem a měřit obvod břicha i dolních končetin. Ze subjektivních příznaků sestra sleduje psychický stav, náladu, únavu, bolest a nechutenství. Dále zhodnotí stupeň jeho soběstačnosti, kdy klient se nemá příliš namáhat, zvláště v akutní fázi dekompenzace SS. Podle potřeby pomáháme s hygienickou péčí, u velmi špatných stavů zajistí sestra hygienickou péči. také by měla zajistit podmínky k dostatečnému spánku a odpočinku nejlépe ve vyvětraném pokoji. Sestra pravidelně provádí preventivní opatření proti vzniku dekubitů a opruzenin a zabezpečí také podávání vhodné stravy, nejčastěji šetřící s omezením soli. U dekompenzovaných klientů s pokročilým SS kontroluje omezení příjmu tekutin. Dále informuje klienta o režimovém opatření (nekouřit, nepít alkohol a pravidelně užívat léky) a také nemocného psychicky podporuje (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 161 - 162).

## 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 statutem 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 úroveň, 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 prožívání 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 ošetrovatelského 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 tisíc 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 devadesátých letech minulého století způsobilá Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) o vznik 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 života. Jako první vyvinuli nástroj na měření kvality života, dělicí se na 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualitu), dále členěných na 24 podoblastí. 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 přidat k dotazníku socio-demografické 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 léčba 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 koronárního syndromu** - Dotazník kvality života po překonaném akutním infarktu myokardu (Quality of Life after Myocardial Infarction), pro pacienty **se selháním srdce** - nejznámější 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 konceptuální bázi Minnesotský dotazník života se selháním srdce. Jde o validní a reliabilní nástroj, který vznikl jako jeden z projektů Minnesotské univerzity v USA. Dotazník je určen pro klinické studie, ale také pro využití 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*

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

*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“)  $\geq 25$  (nadváha 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 - škálové 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 vydělat si na živobytí, dělat věci s rodinnou nebo přáteli, rekreační aktivity, sexuální aktivity, chuť k jídlu, duševní a emocionální funkce, schopnost soustředění, paměť, subjektivní pocit, že je pacient přítěží pro svoji rodinu či přátele. 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 pociťovaný 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 pociťuje 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 nápomocny 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 stupnici 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 .

BMI (viz příloha V) je vypočítáno na základě vzorce hmotnost (kg) / výška<sup>2</sup> (m), údaje pro vypočítání 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.

V rámci tohoto výzkumu byli osloveni pacienti, kteří přišli na pravidelnou kontrolu do ambulance srdečního selhání ve Fakultní nemocnici Olomouc (dále jen „FNOL“) na I. Interní klinice – kardiologické. Výzkum byl započat po schválení výzkumu hlavní sestrou FNOL (viz příloha č. I a II).

Sběr dat probíhal v období od prosince 2017 do konce ledna 2018. Pacienti byli kontaktováni prostřednictvím specializovaných sester v ambulanci srdečního selhání. Dotazníky byly vyplňovány anonymně, aby nedošlo k obavám ze strany pacientů. Bylo rozdáno celkem 110 dotazníků. Zpět se nám vrátilo 100 dotazníků, z toho 4 dotazníky byly neúplně vyplněny, proto musely být vyřazeny. Zpracováno bylo celkem 96 dotazníků.

## 5.4 Zpracování dat

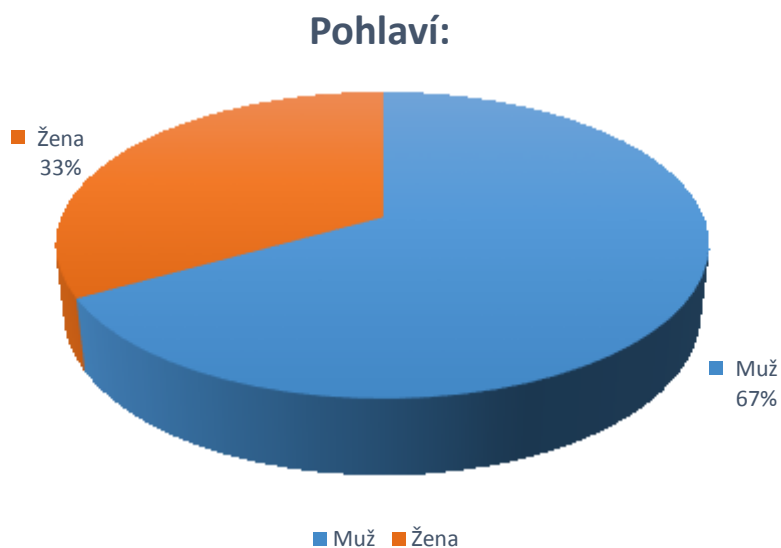
Konečný počet kompletních a správně vyplněných formulářů dotazníků bylo celkem 96. Získaná data jsme zpracovali pomocí programů Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. Data jsme uspořádali do tabulek četností. Vyhodnocovali jsme jak absolutní četnost ( $n_i$ ), tak i relativní četnost ( $f_i$ ). Následně jsme ze získaných dat vygenerovali grafy a doplnili je popisem. Co se týká ověření pracovních hypotéz, použili jsme pouze deskriptivní statistiku, z důvodu malého počtu respondentů a také z důvodu použití metody záměrného účelového výběru vzorku přes instituce (Miovský, 2006, s. 138).

## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Tab. 2 Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Muž</b>	64	67 %
<b>Žena</b>	32	33 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>



Graf 1 Pohlaví respondentů

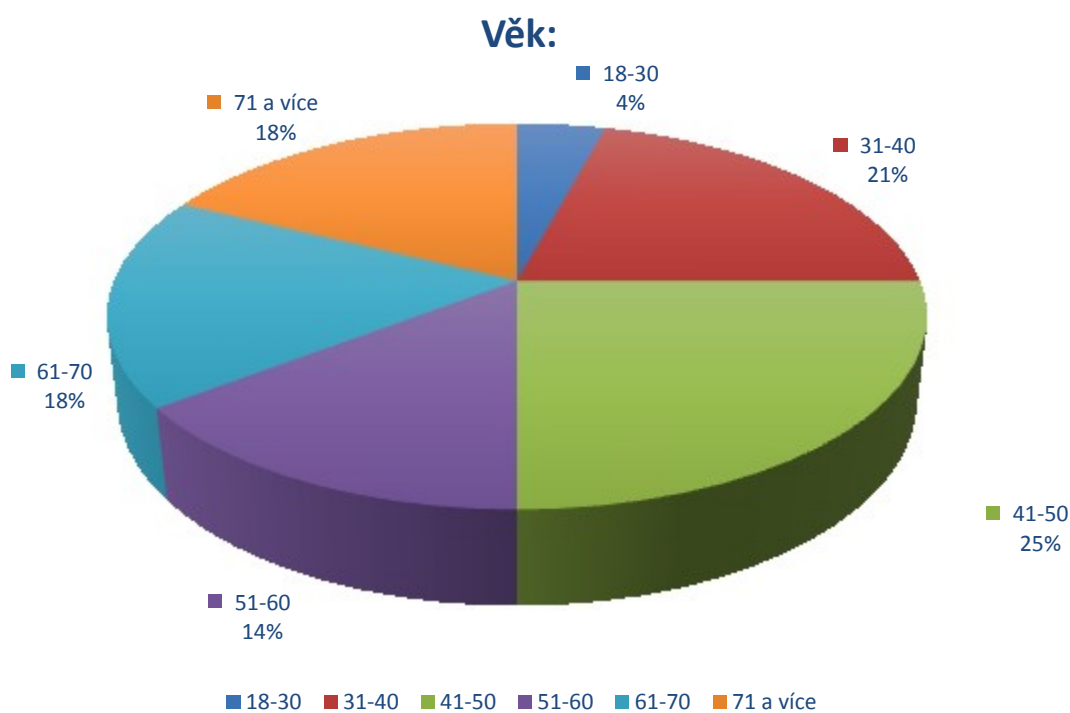
**Komentář:** Výzkumného šetření se zúčastnilo 96 respondentů, z toho 64 mužů (tj. 67 %) a 32 žen (tj. 33 %) - viz tabulka č. 2, graf č. 1.



## Otázka č. 2: Věk respondentů

Tab. 3 Věk respondentů

2.	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 30	4	4 %
31 - 40	20	21 %
41 - 50	24	25 %
51 - 60	14	15 %
61 - 70	17	18 %
71 a více	17	18 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>



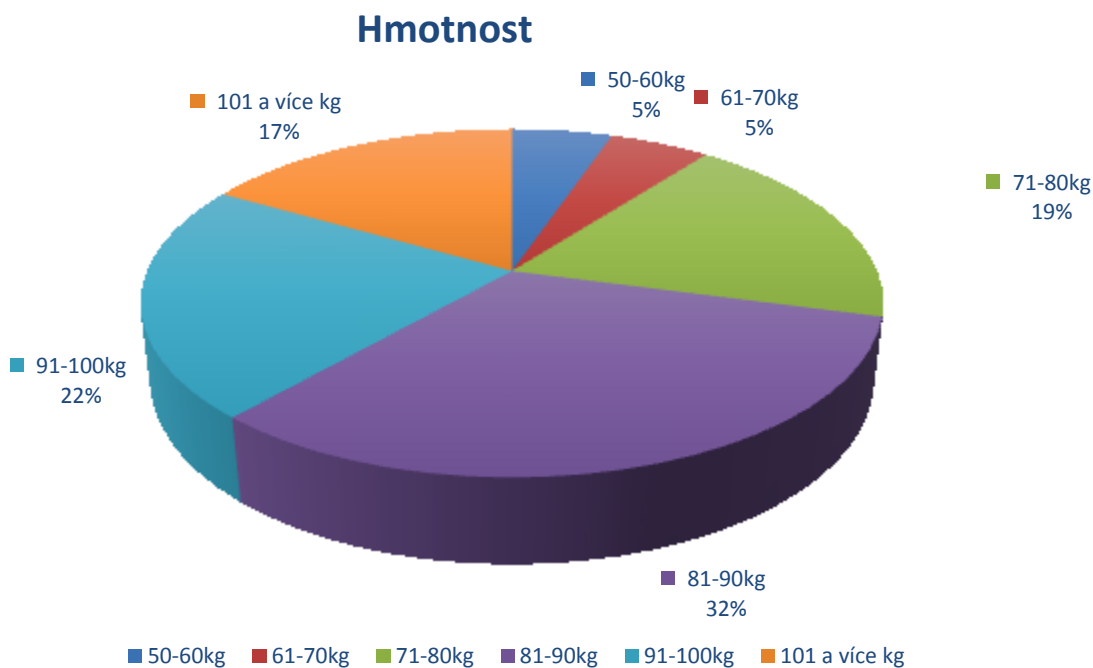
Graf 2 Věk respondentů

**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

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



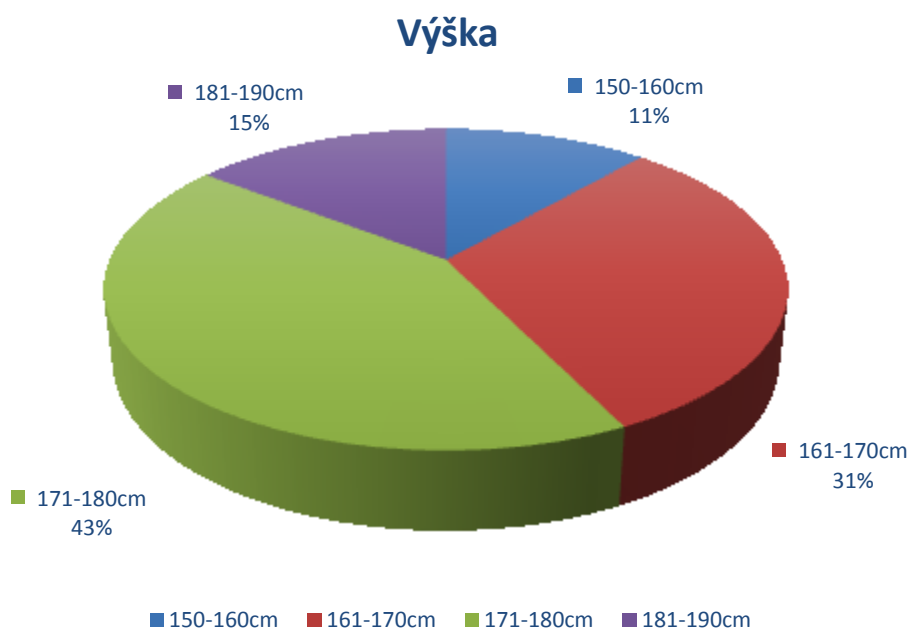
Graf 3 Hmotnost respondentů

**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

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



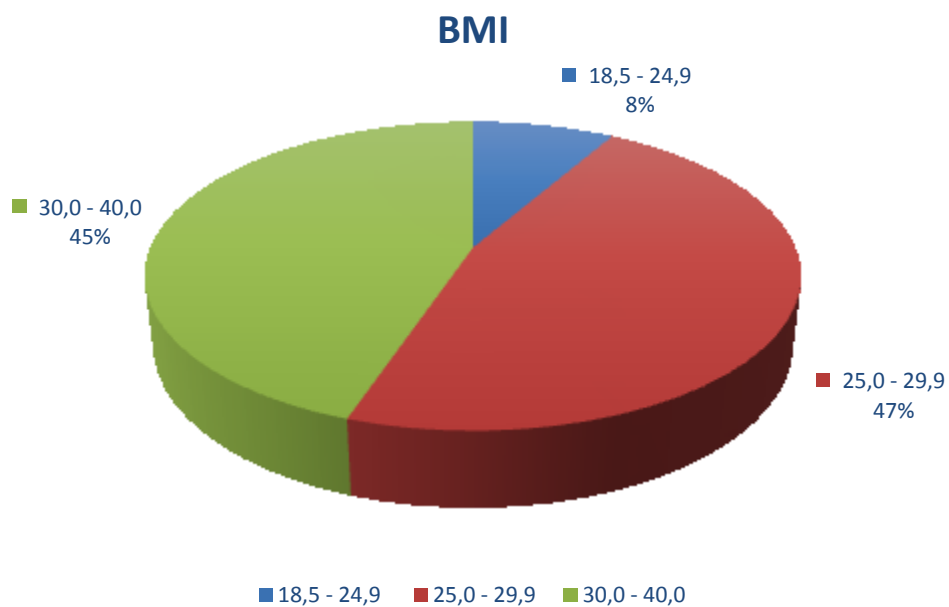
Graf 4 Výška respondentů

**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

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Normální rozmezí (18,5 - 24,9)	8	11 %
Nadváha (25 - 29)	45	31 %
Obezita (30 - 40)	43	43 %



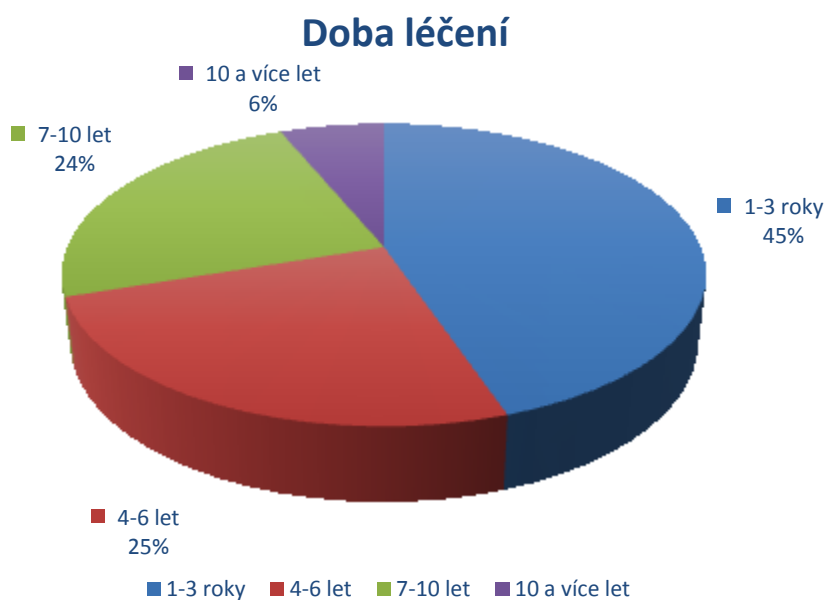
Graf 5 BMI respondentů

**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

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - 3 roky	43	45 %
4 - 6 let	24	25 %
7 - 10 let	23	24 %
10 a více let	6	6 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>



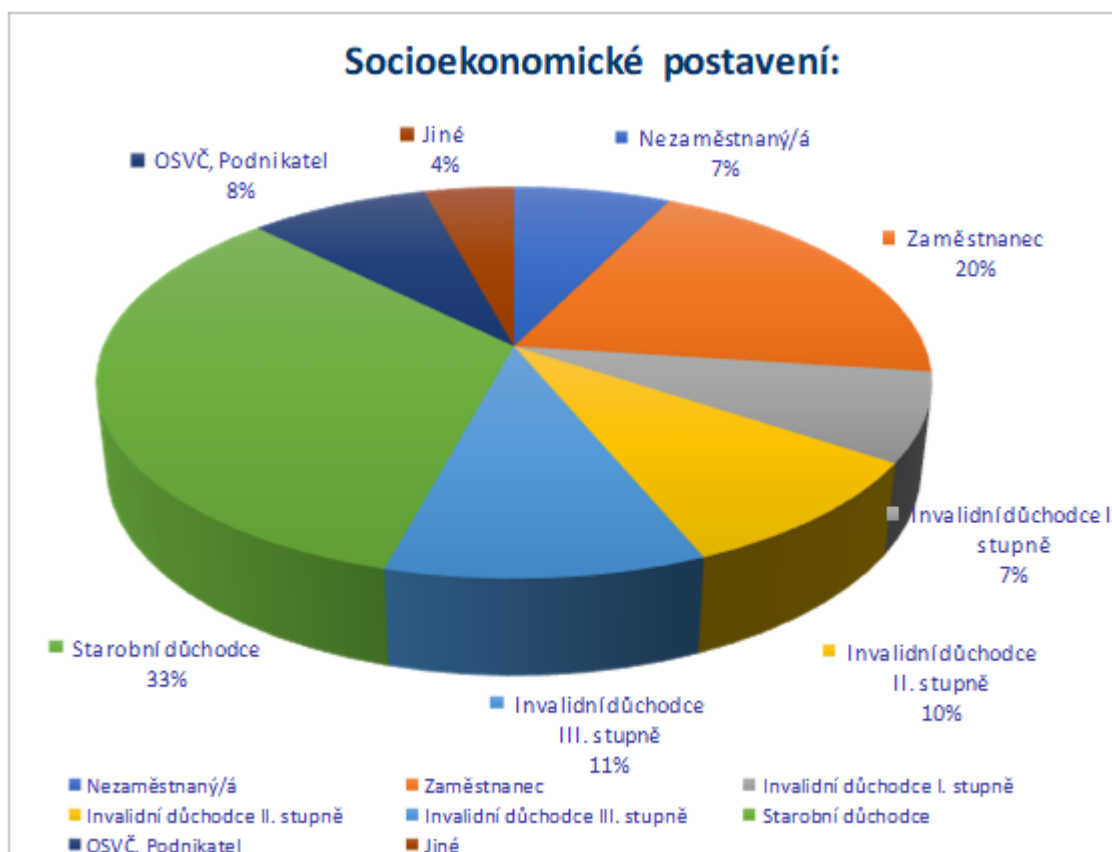
Graf 6 Doba léčení respondentů s CHSS

**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

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



Graf 7 Socioekonomické postavení respondentů s CHSS

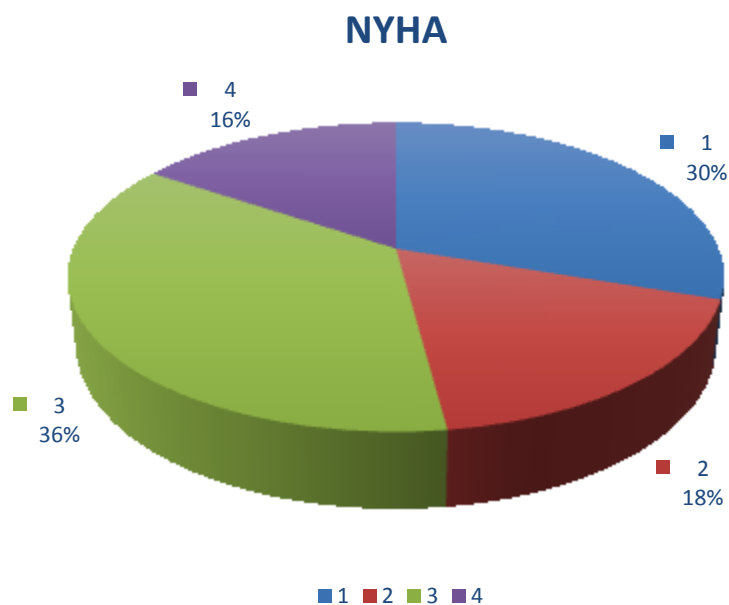
**Komentář:** Ve skupině se vyskytlo 7 nezaměstnaných respondentů ( tj. 7 %), 19 respondentů ( tj. 20 %) chodí do zaměstnání, 7 respondentů (tj. 7 %) jsou invalidé I. stupně, 9 respondentů (tj. 9 %) jsou invalidé II. stupně a mezi invalidy III. stupně patří 10 respondentů ( tj.10 %). Nejvíce zastoupeni 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

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	29	30 %
2	17	18 %
3	35	36 %
4	15	16 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>



Graf 8 Dušnost dle NYHA u respondentů s CHSS

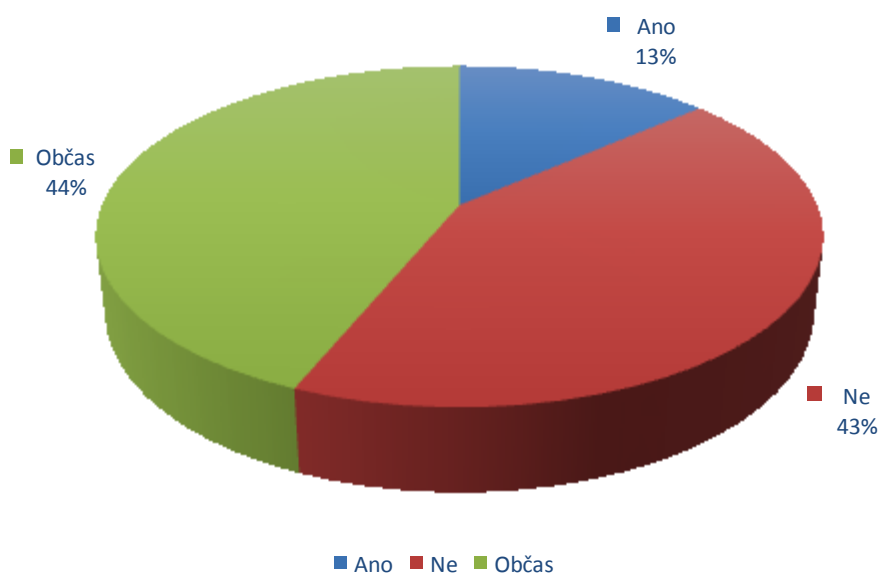
**Komentář:** Největší zastoupení měla NYHA III celkem 35 respondentů (tj. 36 %) - viz tabulka č. 9, graf č. 8.

Otázka č.8: Vážíte se každý den ve stejnou dobu (nejlépe ráno po vyprázdnění) ?

Tab. 10 Pravidelné vážení u respondentů s CHSS

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	14 %
Ne	41	43 %
Občas	42	43 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

### Pravidelné vážení



Graf 9 Pravidelné vážení u respondentů s CHSS

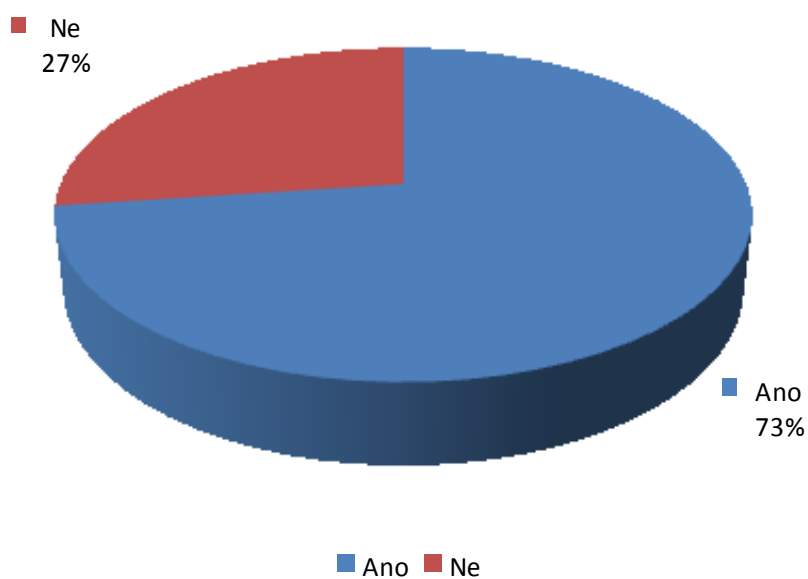
**Komentář:** Pravidelně se váží 13 respondentů (tj. 14 %), 41 respondentů (tj. 43 %) se neváží vůbec a největší zastoupení 42 respondentů (tj. 43 %) se občas zvaží. - viz tabulka č. 10, graf č. 9.

**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*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	70	73 %
<b>Ne</b>	26	27 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

### Informovanost o medikaci



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

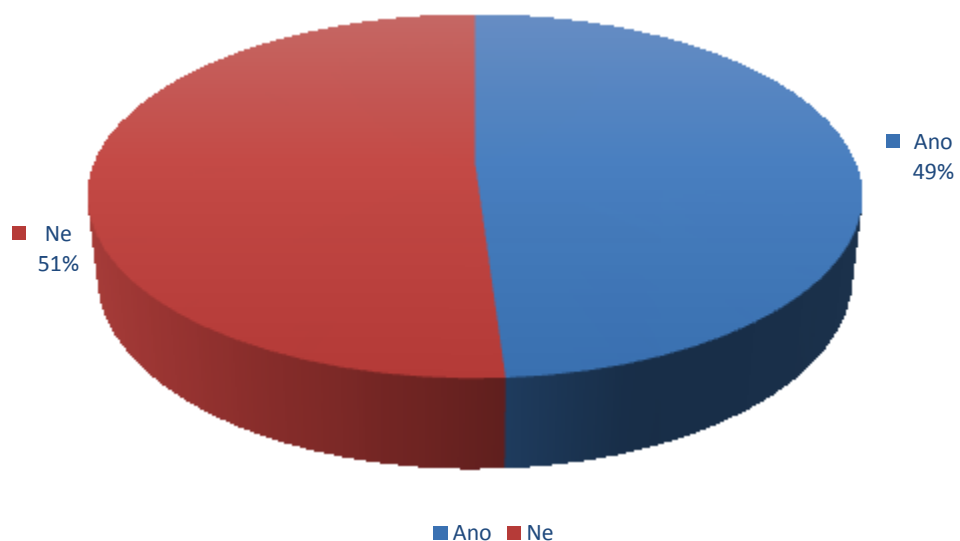
**Komentář:** Celkem 70 respondentů (tj. 73 %) uvádí, že je informováno o své medikaci a 26 respondentů (tj. 27 %) uvádí, že informováno není - viz tabulka č. 11, graf č. 10.

**Otázka č.10: Upravujete si (zvyšujete si) sám při náhlém vzestupu hmotnosti o > 2kg/3dny diuretika?**

*Tab. 12 Samostatná korekce diuretik respondenty*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	47	49 %
Ne	49	51 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

### Úprava diuretik

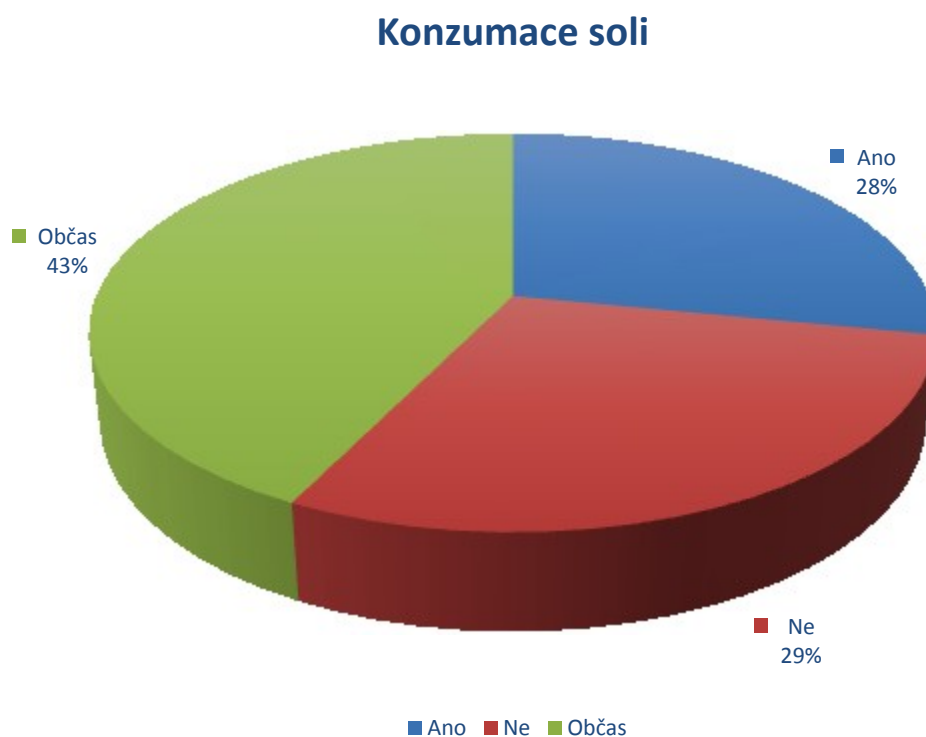


*Graf 11 Samostatná korekce diuretik respondenty*

**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*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	27	27 %
Ne	28	29 %
Občas	41	43 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

*Graf 12 Konzumace soli nad povolenou hranici u respondentů s CHSS*

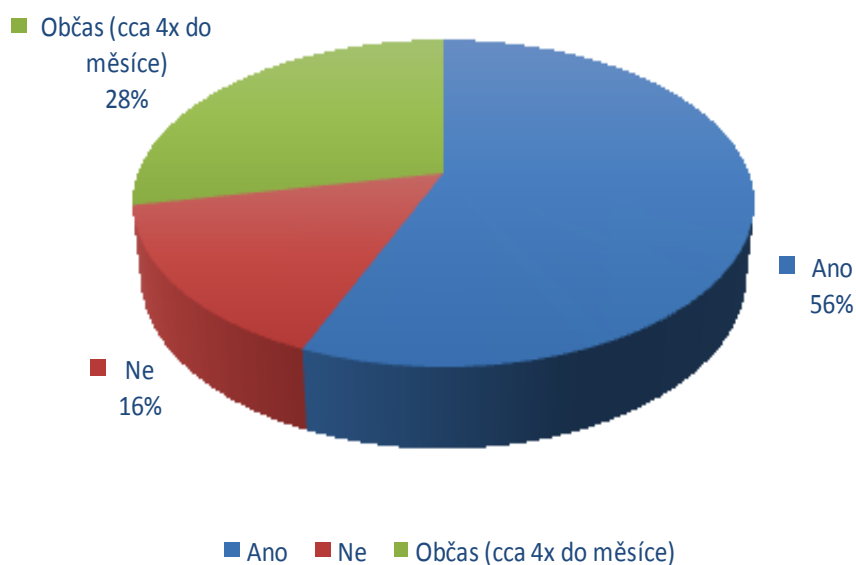
**Komentář:** Celkem 27 respondentů (tj. 27 %) uvedlo, že konzumuje více než 5 g soli denně - viz tabulka č. 13, graf č. 12.

**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*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	54	56 %
<b>Ne</b>	15	16 %
<b>Občas (cca 4x do měsíce)</b>	27	28 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

### Konzumace potravin s vyšším obsahem soli



*Graf 13 Konzumace potravin s vyšším obsahem soli u respondentů s CHSS*

**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*

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

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

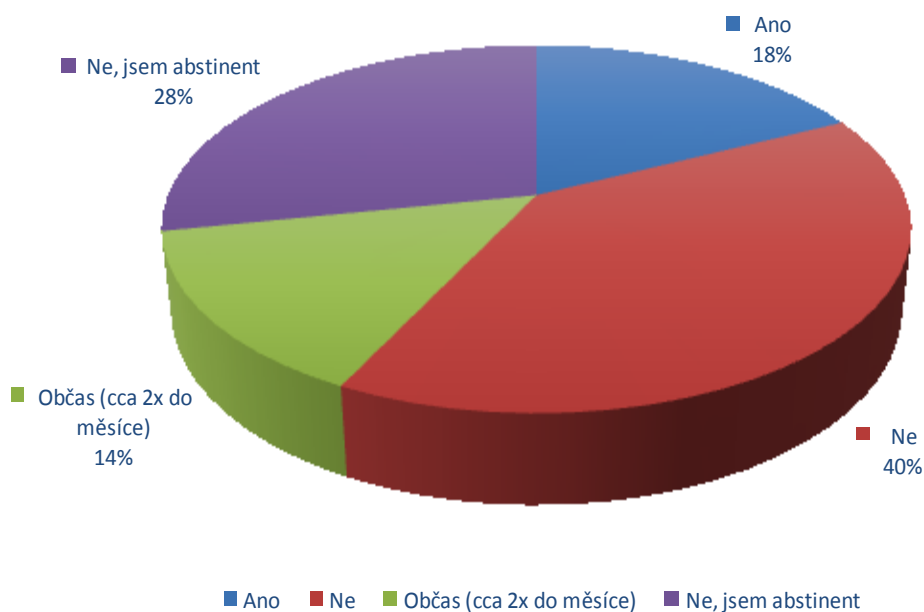
**Komentář:** Denní příjem tekutin uvedlo, že dodržuje 49 respondentů (tj. 49 %) - viz tabulka č. 15, graf č. 14.

**Otázka č.14: Pokud konzumujete alkohol, přesahuje Váš denní limit cca 1 pivo nebo 1-2dcl vína denně (tj. 40g u muže a 30g u ženy) ?**

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

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

### Denní limit alkoholu



*Graf 15 Denní limit alkoholu u respondentů s CHSS*

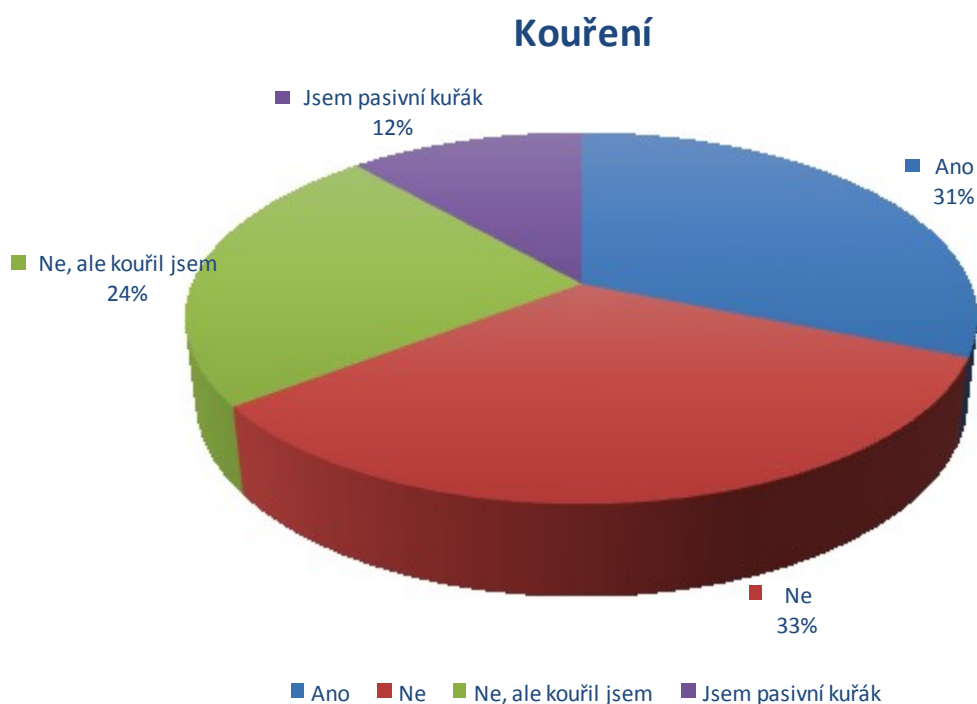
**Komentář:** Denní limit alkoholu přesáhne 17 respondentů (tj. 18 %), 38 respondentů (tj. 40 %) denní limit nepřesáhli, 14 respondentů (tj. 15 %) občas denní limit přesáhnou a 27 respondentů (tj. 28 %) se řadí k abstinentům - viz tabulka č. 16, graf č. 15.



## Otázka č.15: Kouříte?

Tab. 17 Postoj ke kouření u respondentů s CHSS

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	31 %
Ne	32	33 %
Ne, ale kouřil jsem	23	24 %
Jsem pasivní kuřák	11	11 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>



Graf 16 Postoj ke kouření u respondentů s CHSS

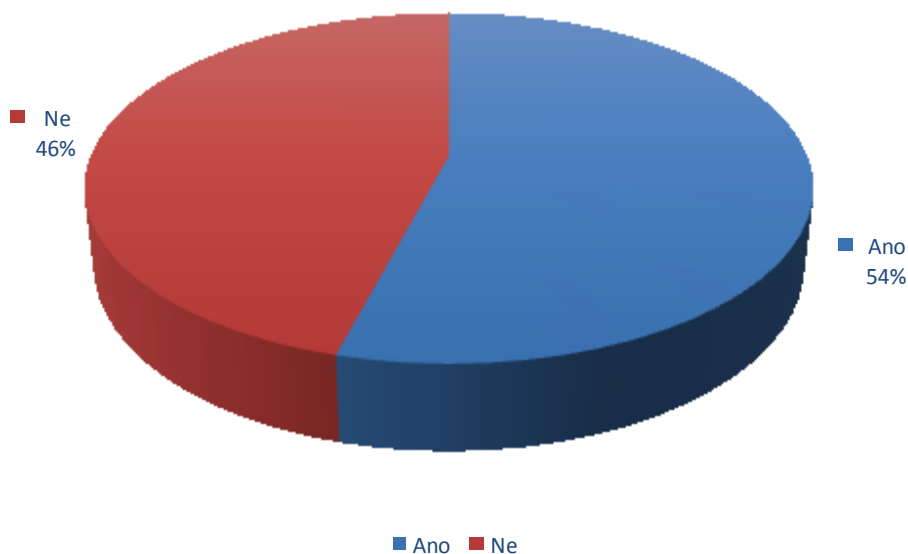
**Komentář:** Celkem 30 respondentů (tj. 31 %) uvedlo, že kouří, 32 respondentů (tj. 33 %) nekouří. K pasivním kuřákům se hlásí 11 respondentů (tj. 11 %) a 23 respondentů (tj. 24 %) sice nekouří, ale v minulosti kouřili - viz tabulka č. 17, graf č. 16.

**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*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	52	54 %
Ne	44	46 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

### Fyzická aktivita

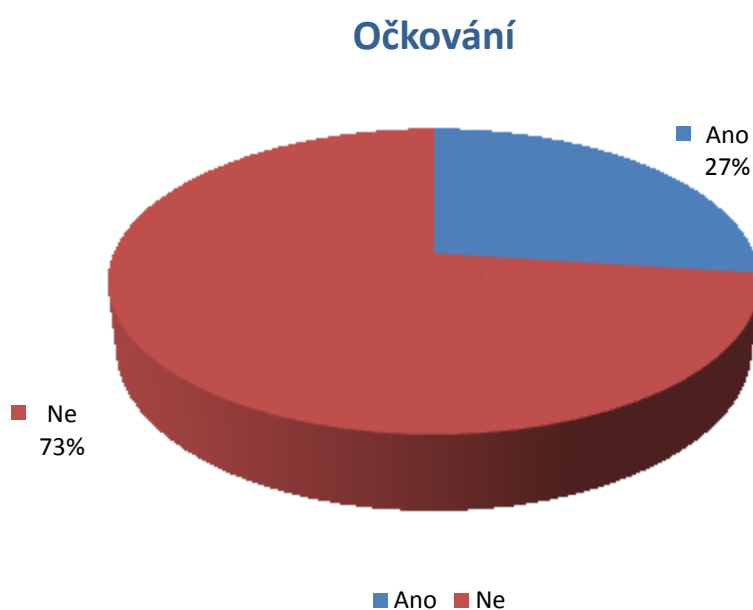


*Graf 17 Doporučená fyzická aktivita u respondentů s CHSS*

**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*

8.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	27 %
Ne	70	73 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

*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

Emocionální skóre	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>0 - 10</b>	46	47 %
<b>11 - 25</b>	50	53 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

**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

Fyzické skóre	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>0 - 20</b>	57	60 %
<b>21 - 40</b>	39	40 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

**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

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

**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*

Dodržování léčebného režimu	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>0 - 14</b>	89	93 %
<b>15 - 20</b>	7	7 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

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

## 7 DISKUSE

Chronické srdeční selhání je závažné onemocnění, které zásadním způsobem ovlivňuje a snižuje kvalitu života pacientů. V teoretické části jsme se zaměřili na srdeční selhání, jak vzniká, jak se dělí a projevuje. Dále je zde také rozebrána diagnostika a léčba srdečního selhání. Zde je zmiňovaná i resynchronizační léčba, mechanická srdeční podpora a v neposlední řadě transplantace srdce. Dále jsme se v teoretické části zaměřili na pojem kvalita života, měření kvality života, ale hlavně na kvalitu života u pacientů s chronickým srdečním selháním. Praktická část uvádí nejprve cíle práce, pracovní hypotézy, metodiku výzkumu a výsledky výzkumu. Požadavkem na respondenty byla plánovaná kontrola v ambulanci srdečního selhání. Cílem této bakalářské práce bylo kvantitativní dotazníkovou metodou zjistit, zda pacienti s chronickým srdečním selháním dodržují léčebná režimová opatření a jakou mají kvalitu života. Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Dotazník obsahoval 38 otázek, z toho 6 položek bylo sociodemografických. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na zkoumané cíle. Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Olomouc, I. interní klinice – kardiologické ve specializované ambulanci pro srdeční selhání. Zkoumaný vzorek tvořilo 96 respondentů, ženy i muži, ve věku od 22 do 80 let, kteří mají diagnostikované a léčené chronické srdeční selhání.

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 arytmiologie 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 muži.

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.**

Pomocí „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 (dosahují na naší 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 pocítuje 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 pocítují výraznější negativní vliv svého onemocnění na jejich emocionální pohodu, než na jejich fyzickou kondici.

Dle Vévodové, Andrlové 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).

Studie autorů Fotos et al.(2013) udávají průměrnou kvalitu života hodnotou 62,7 bodu. Průměrná kvalita života u našich respondentů byla 44,6 bodu (Fotos et al., 2013). Nejvíce se nám přiblížil výsledek MLHFQ Šenkyříkové (2014), která vykazuje průměrnou kvalitu života 44,9 bodu (Šenkyříková, 2014, s. 55).

### **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 průměrné 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 nedodrží.**

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 srdce, u kterého přes dostatečné plnění komory klesá minutový výdej a srdce 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 prognózu. Současná terapie je zaměřena nejen na ovlivnění symptomů, snažíme se také ovlivnit výskyt progresu 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 souvislostí 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 kvalitu 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 edukační 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-

ství, například v rámci školních předmětů, jako je výchova ke zdraví, případně tělesná výchova. Neméně důležité je také správné stravování. V dnešní době je častý výskyt obezity, konzumujeme potraviny bohaté na sůl, stejně jako přeslazené nápoje. Negativní vliv má také kouření. Správná životospráva, prevence a osvěta jsou důležité pro předcházení vzniku chronického srdečního selhání.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, V., *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-413-1.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.

FOTOS, N.V., GIAKOUMIDAKIS, K., KOLLIA, Z., GALANIS, P., CAPANTSANOU, P., PANANOUDAKI, E., BROKALAKI, H. *Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A crosssectional multicentre study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2013 27 (3): 686-94. [cit. 10.05.2018]. doi: 10.1111 / j.1471-6712.2012.01078.x.

GREENBERG B., D. BARDARD, S. NARAYAN, J. TEERLINK. *Management of heart failure*. Chichester, West Sussex: Wiley, 2010. ISBN 978-0-470-66941-9.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9916-7.

HRADEC, J., BÝMA, S. *Chronické srdeční selhání: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-48-0.

KAMARYTOVÁ, Monika, 2014. Studie PARADIGM - HP: a natriuretické peptidy. [Http://www.rochediagnostics.cz/content/dam/diagnostics\\_czechrepublic/cs\\_CZ/documents/Labor\\_Aktuell/LA2017/LA01\\_17/StudiePARADIGM\\_Kamarytova.pdf](http://www.rochediagnostics.cz/content/dam/diagnostics_czechrepublic/cs_CZ/documents/Labor_Aktuell/LA2017/LA01_17/StudiePARADIGM_Kamarytova.pdf)[online].[cit. 2018-05-10].

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KETTNER, Jiří, 2005. *Mechanické srdeční podpory a náhrady*.

<[http://www.kardiologickeforum.cz/pdf/kf\\_04\\_01\\_06.pdf](http://www.kardiologickeforum.cz/pdf/kf_04_01_06.pdf)>. [online]. kardiofórum [cit. 2018-05-07].

KŘEČKOVÁ, M. a J. BĚLOHLÁVEK, *Chronické srdeční selhání v ambulantní péči*.

Www:<<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/chronicke-srdecni-selhani-v-ambulantni-peci-457275>>. [online]. [cit. 2018-05-01].

LUKL, J. *Klinická kardiologie: stručně*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0876-7.

MÁLEK, Filip a Ivan MÁLEK, 2013. *Srdeční selhání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2238-5.

MÁLEK, F. a kol. Speciální problémy u chronického srdečního selhání. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2879-0.

MÁLEK, F. SCHEJBALOVÁ M. *Chronické srdeční selhání v praxi*. Medicína po promoci [Internet]. 2011 [cit. 2018-05-04];12(4):[about 1 p.]. Available from: <http://www.tribune.cz/clanek/23834-chronicke-srdecni-selhani-v-praxi>

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

ONDRUŠOVÁ, J, 2009. Měření kvality života u seniorů.

[Http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr\\_09\\_01\\_07.pdf](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf). [online]. Česká geriatriká revue [cit. 2018-05-01].

PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PONIKOWSKI, Piotr et al., 2016. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* [online]. 37(27), 2129-2200 [cit. 2018-05-15]. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128. ISSN 0195-668X. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehw128>

RECTOR, Thomas S., 2017, FDA Medical Device Development Tool (MDDT) Qualification Package for the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). [https://djhurij4nde4r.cloudfront.net/attachments/files/000/000/483/original/MLHFQ\\_FDA\\_Medical\\_Device\\_Development\\_Tool\\_\(MDDT\)\\_Qualification\\_Package.pdf?1516113948](https://djhurij4nde4r.cloudfront.net/attachments/files/000/000/483/original/MLHFQ_FDA_Medical_Device_Development_Tool_(MDDT)_Qualification_Package.pdf?1516113948) [online]. [cit. 2018-05-10].

RIEDEL, M. *Dějiny kardiologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-614-4.

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

SOUČEK, M., ŠPINAR, J., VORLÍČEK, J. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.

ŠAFRÁNKOVÁ A., M. NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4711-485.

ŠENKYŘÍKOVÁ, M. *Hodnocení kvality života a informovanosti u pacientů se srdečním selháním*. Brno, 2014. Disertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit.10.05.2018].Dostupnéz [http://is.muni.cz/th/60107/lf\\_d/DISERTACNI\\_PRACE.SENKYRIKOVAx.pdf](http://is.muni.cz/th/60107/lf_d/DISERTACNI_PRACE.SENKYRIKOVAx.pdf)

ŠPINAR, J. et al., 2012. Czech Society of Cardiology guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure 2011. *Cor et Vasa* [online]. 54(2), e113-e134 [cit. 2018-05-01]. DOI: 10.1016/j.crvasa.2012.03.002. ISSN 00108650. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010865012000355>

ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.

TÁBORSKÝ, M. *Kardiologie pro interní praxi*. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3361-9.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.

VÉVODOVÁ, Šárka, Michaela ANDRLOVÁ a Jiří VÉVODA, 2017. Deprese a kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním. *Profese online: recenzovaný časopis pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. **10**(1) cit.2018-05-01]. DOI: 10.5507/pol.2017.003. ISSN 1803-4330.

VOJÁČEK, Jan, Jiří KETTNER a Jan BYTEŠNÍK, 2009. *Klinická kardiologie*. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 978-80-87009-58-1.

WIDIMSKÝ, J., LEFFLEROVÁ, K., SEDLÁČEK, K. *Srdeční selhání*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-680-7.

WIDIMSKÝ, Jiří, 2003. *Srdeční selhání*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-385-7.



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ACEI	angiotensin-converting-enzyme inhibitor
apod.	a podobně
ARB	antagonisté receptoru pro angiotensin II
ARNI	angiotensinový receptor a inhibitor neprilysinu
BB	betablokátory
BMI	body mass index
BNP	B-typ natriuretického peptidu
CO <sub>2</sub>	oxid uhličitý
Cl	chloridy
ECHO	echokardiograf
EKG	elektrokardiogram
ECMO	extrakorporální membránová oxygenace
EMB	endomyokardiální biopsie
EF	ejekční frakce
CHSS	chronické srdeční selhání
IABP	intraaortální balonková kontrapulzace
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
ICD	implatabilní kardioverter defibrilátor
K	draslík
LAVD	left ventricle assist device
LK	levá komora
LSS	levostranné srdeční selhání
MAZE	operace pro poruchy srdečního rytmu

---

MLHFQ	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
MRA	antagonisté mineralokortikoidních receptorů
MR	magnetická rezonance
Na	sodík
NT-pro BNP	N terminální fragment pro B- typu natriuretického peptidu
NYHA	New York Heart Association
O <sub>2</sub>	kyslík
P	pulz
PET	pozitronová emisní tomografie
PMK	permanentní močový katetr
PROQoLID	Patient Reported Outcome quality of Life Instruments Database
PSK	pravostranná katetrizace
PSS	pravostranné srdeční selhání
PŽK	periferní žilní kanyla
RTG	rentgen
SKG	selektivní koronarografie
SS	srdeční selhání
tj.	to je
TK	tlak krve
tzv.	takzvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

**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 Restrikce 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



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLOMOUC

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc  
Tel. 588 441 111, E-mail: [fn@fnol.cz](mailto:fn@fnol.cz)  
IČO: 00098892

ODBOR KVALITY

Dokument č.:  
Fm-MP-G015-05-PRLIST-001

verze č.: 1, str. 1/1

## 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. Vzorkování, technika sběru 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:


Schválil:

Ing. Andrea Drobiličová  
Hlavní sestra  
Odbor hlavní sestry  
Fakultní nemocnice Olomouc

Ukončení průzkumu:

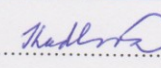
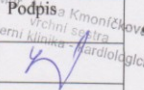
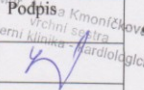
Leden 2018

## PŘÍLOHA II. ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

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

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Burešová		
Téma bakalářské práce	Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	Pacienti/klienti léčící se s chronickým srdečním selháním		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
I. INTERNÍ KL. - KARDIOLOGICKÁ FN OLOMOUČ	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 21-10-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

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

Ing. Andrea Drobiličová  
hlavní sestra  
Oddělení hlavní sestry  
Fakultní nemocnice Olomouc

razítko a podpis zástupce zařízení

## PŘÍLOHA III. MODIFIKOVANÝ MINNESOTSKÝ DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA

### Modifikovaný Minnesotský dotazník kvality života

#### Život se srdečním selháním

Následující otázky se snaží posoudit jak moc srdeční selhání (nemocné srdce) ovlivnilo Váš život v poslední 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 nemůžete nebo nechcete odpovídat zakroužkujte prosím číslo 0.

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

	Ne	Velmi málo				Velmi mnoho
1. Míváte otoky kotníků (nohou)?	0	1	2	3	4	5
2. Musíte se posadit nebo ulehnout z důvodu odpočinku během dne?	0	1	2	3	4	5
3. Máte obtíže při procházkách 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 výdělků?	0	1	2	3	4	5
9. Jste omezení prováděním 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. Jíte méně jídla než bylo zvykem?	0	1	2	3	4	5
12. Trpíte větším zadýcháváním?	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 hospitalizováni?	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 přítěží pro rodinu či přátel?	0	1	2	3	4	5
18. Trpíte pocitem ztráty soběstačnosti?	0	1	2	3	4	5
19. Máte narůstající obavy z budoucností?	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 pocity 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)

NYHA I.	Bez omezení při fyzické aktivitě. Běžná aktivita nepůsobí obtíže.
NYHA II.	Mírné omezení fyzické aktivity. Běžná aktivita působí obtíže
NYHA III.	Výrazné omezení fyzické aktivity. Bez obtíží v klidu, menší než běžná fyzická aktivita působí obtíže.
NYHA IV.	Neschopnost fyzické aktivity.. Symptomy v klidu zhoršující se fyzickou aktivitou.

## PŘÍLOHA V. INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)

### Index tělesné hmotnosti (BMI)

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška <sup>2</sup> (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená
		>27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I. stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II. stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

## PŘÍLOHA VI. DOTAZNÍK

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 péče.

Kateřina Burešová – studentka

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.- vedoucí práce

- 
1. Vaše pohlaví:            Muž            Žena
2. Váš věk: .....
3. Vaše hmotnost: ..... kg            4. Vaše výška:.....cm
5. Jak dlouho se léčíte se srdečním selháním - cca..... let
6. 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 dušnosti dle NYHA:    I.            II.            III.            IV.
- Pokud nevíte, požádejte o pomoc sestřičku v ambulanci.
8. Vážíte 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 diuretika nebo kontaktujete 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. ( bílé pečivo, uzeniny, konzervy, minerálky, 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 Váš 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:

Ne	Velmi málo				Velmi mnoho
0	1	2	3	4	5

18. Míváte otoky kotníků (nohou)?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

19. Musíte se posadit nebo ulehnout 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 omezení vycházením ven z domu?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

23. Trpíte poruchami nočního spánku?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

24. Jste omezení v možnosti dělat společné věci s vašimi přáteli nebo rodinou?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

25. Jste omezeni v možnosti výdělků?

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. Jíte 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 koncentrací na konkrétní věci?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

38. Máte pocity úzkosti a deprese?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Děkuji Vám za spolupráci.