

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Svetlana Nejedlá

Kvalita života u pacientů s fibrilací síní

Bakalářská práce

Praha 2021

Autor práce: Svetlana Nejedlá

Vedoucí práce: PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Oponent práce: PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

Datum obhajoby: 2. 6. 2021

Bibliografický záznam

NEJEDLÁ, Svetlana. Kvalita života u pacientů s fibrilací síní. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, ústav ošetrovatelství, 2021, 101 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce
PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Abstrakt

Cíl: Cílem práce Kvalita života u pacientů s fibrilací síní bylo zjistit, do jaké míry onemocnění zasahuje do kvality života pacientů a jak je ovlivňována kvalita života v souvislosti s věkem, pohlavím a formou tohoto onemocnění a rodinným stavem. Získaná data jsou dále také porovnána s daty běžné populace. Teoretická část práce obsahuje základní poznatky o tomto onemocnění, mechanismus vzniku, léčbu, s ní související komplikace apod. Zavedení nových perorálních antikoagulancií do léčby oproti Warfarinu se jeví jako léčba s menšími komplikacemi a praktičtější pro pacienty. Nárůst katetrizačních výkonů také přispívá ke zlepšení kvality života pacientů. **Metody:** Vlastní šetření proběhlo formou dotazníkového šetření standardizovaným dotazníkem WHOQOL-BREF, který byl doplněn demografickými údaji respondentů a formou onemocnění s jakou je pacient léčen. Výzkumné šetření proběhlo v nemocnici ve Slaném, osloveno bylo 214 respondentů, z toho 123 pacientů bylo ochotno dotazník vyplnit. Výsledky vlastního šetření jsou prezentovány v tabelárních přehledech doplněných komentářem. **Výsledky:** Z dotazníkového šetření byla zjištěna mírně zhoršená kvalita života pouze v doméně „Fyzické zdraví“ oproti běžné populaci, částečně ovlivnění kvality života pohlavím a formou onemocnění fibrilace síní. **Závěr:** Závěrem lze shrnout, že diagnóza fibrilace síní výrazně neovlivňuje kvalitu života pacientů.

Klíčová slova Kvalita života Fibrilace síní Pacient Spokojenost

Abstract

Aim: The aim of the work Quality of life in patients with atrial fibrillation was to determine the extent to which the disease affects the quality of life of patients and how the quality of life is affected in relation to age, gender and the form of the disease, marital status. The obtained data are also compared with the data of the general population. The theoretical part of the work contains basic knowledge about this disease, mechanism of origin, treatment, related complications, etc. The introduction of new oral anticoagulants in treatment compared to Warfarin appears to be a treatment with minor complications and more practical for patients. The increase in catheterization performance also contributes to improving patients' quality of life. **Methods:** The survey itself took the form of a questionnaire survey with a standardized questionnaire WHOQOL-BREF, which was supplemented by demographic data of respondents and the form of the disease with which the patient is treated. The research survey took place in the hospital in Slaný, 214 respondents were contacted, of which 123 patients were willing to fill in the questionnaire. The results of the survey are presented in tabular summaries supplemented by comments. **Results:** From the questionnaire survey, a slightly worsened quality of life was found only in the domain "Physical health" compared to the general population, partly influencing the quality of life by sex and the form of atrial fibrillation disease. **Conclusion:** In conclusion, the diagnosis of atrial fibrillation does not significantly affect the quality of life of patients.

Keywords: Quality of life Atrial fibrillation Patient Satisfaction

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Svetlana Nejedlá**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Kvalita života u pacientů s fibrilací síní**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

TÁBORSKÝ, Miloš. Fibrilace síní: novinky v léčbě 2013. Praha: Axonite CZ, 2013. Asclepius. ISBN 978-80-904899-3-6.

KAUTZNER, Josef. Fibrilace síní v běžné praxi. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-270-4

TÁBORSKÝ, Miloš. Fibrilace síní. Praha: Mladá fronta, 2011. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2572-0

APSITE, Ketija, Baiba LURINA, Andris TUPAHINS, Vladimirs VOICEHOVSKIS, Tarass IVASCENKO, Oskars KALEJS a Aivars LEJNIEKS. Atrial fibrillation, oral anticoagulants and health related quality of life. Cor et Vasa. 2018, 60(6), 703-708. DOI: 10.1016/j.crvasa.2017.12.012. ISSN 0010-8650.

LUKL, Jan. Fibrilace síní. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2768-4

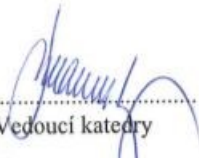
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Oponenti: **PhDr. Haluzíková Jana, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 29.4.2020

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 29.4.2020


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství (2)
V Úvalu 24, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského, Ph.D., MBA. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím seznam použitých zdrojů.

V Praze 30.4. 2021

Nejedlá Svetlana

Poděkování

Děkuji PhDr. RNDr. Danielu Jirkovskému, Ph.D., MBA. za vedení této bakalářské práce, jeho věcné připomínky a profesionální přístup. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mě podporovala po celou dobu studia a věnovala mi dostatek trpělivosti.

Obsah

1	Úvod.....	9
1.1	Cíle práce	10
2	TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1	Kvalita života	11
2.1.1	Pojem kvalita života.....	11
2.1.2	Hodnocení kvality života	13
2.2	Fibrilace síní	14
2.2.1	Komplikace fibrilace síní	15
2.2.2	Klasifikace fibrilace síní.....	16
2.2.3	Epidemiologie a prevalence fibrilace síní	18
2.2.4	Mechanismus vzniku fibrilace síní.....	20
2.2.5	Klinický obraz fibrilace síní	21
2.3	Vliv pohlaví na fibrilaci síní	22
2.4.1	Antikoagulační léčba	25
2.4.2	Léčba Warfarinem a ovlivnění života pacienta	25
2.4.3	Nová perorální antikoagulancia a vliv na kvalitu života pacientů	29
2.4.4	Stanovení antikoagulační terapie.....	32
2.5	Klinická skóre pro hodnocení rizika krvácení	34
2.6	Katetrizační výkony u pacientů s fibrilací síní.....	34
3	EMPIRICKÁ ČÁST	37
3.1	Cíle pro empirickou část bakalářské práce a souhrn hypotéz	37
3.1.1	Metodika šetření	38
3.1.2	Materiál a organizace šetření.....	38
3.2	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	39
3.3	Výsledky vlastního šetření.....	42
3.4	Diskuze.....	57
3.4.1	Zhodnocení výsledků vlastní práce ve vztahu k pracovním hypotézám	57
3.4.2	Porovnání výsledků s běžnou populací	86
3.4.3	Diskuze	88
4	ZÁVĚR	90
5	POUŽITÁ LITERATURA	93
6	INTERNETOVÉ ZDROJE.....	95
7	SEZNAM TABULEK	98
8	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	100

9	SEZNAM PŘÍLOH.....	101
---	--------------------	-----

SEZNAM ZKRATEK

ACE	angiotensin – converting enzyme, inhibitory enzymu angiotenzin konvertázy
AFEQT	Atrial Fibrillation Effect of Quality of Life
AV UZEL	atrioventrikulární uzel
CMP	cévní mozková příhoda
ED	erektilní dysfunkce
EKG	elektrokardiogram
ELSA	English longitudinal study of Ageing
FS	fibrilace síní
HRQOL	Health-Related Quality of Life
INR	ang.zkr.International Normalized Ratio
KVO	kardiovaskulární onemocnění
Např.	například
NOAC	non vitamin K oral anticoagulants
QT	Quickův test
RE-LY	Randomized Evaluation of Long-term Anticoagulation Therapy
SA	sexuální aktivita
SF 12	short form 12
SF 36	short form 36
TIA	tranzitorní ischemická ataka
Tzv.	takzvaně

1 Úvod

Téma bakalářské práce “ Kvalita života u pacientů s fibrilací síní“ byla pro mě zajímavá a hodně blízká. Pracuji jako všeobecná zdravotní sestra na interním oddělení v nemocnici ve Slaném a částečně v kardiologické ambulanci, kde jsou soustředění pacienti s tímto onemocněním. Tím, že u pacientů je toto onemocnění diagnostikováno často, i pro mě bylo zajímavé šetřením zjistit, v jaké míře onemocnění ovlivní kvalitu života pacientů vzhledem k věku, pohlaví, formě onemocnění a rodinného stavu, jak zasahuje do jejich fyzického zdraví, prožívání a sociálních vztahů.

Kvalitu života může každý pacient popisovat různě, co je pro něj v tu chvíli důležité, nebo taky co ho tíží v momentální chvíli. V publikacích zaznamenáváme zmapovanou kvalitu života v souvislosti s věkem, pohlavím, formou onemocnění a jiné. Není ojedinělým případem, že do ambulance docházejí pacienti ve vysokém věku, kteří jsou aktivní, bez obtíží a připadá nám, že jsou spokojeni a nemoc jim do kvality života nezasahuje. Další skupinou jsou pacienti, které i v mladším věku toto onemocnění může potrápit zvláště, když se fibrilace síní spojuje s dalšími onemocněními, jako jsou například obezita či srdeční selhání. Třetí skupinou pacientů, kteří stojí za zmínění, jsou ti, kteří k nám přicházejí s novým záchytem fibrilace síní a po nastavení léčby a sledování při pravidelných kontrolách se jejich život s touto nemocí zlepšil.

Táto práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části seznamuje čtenáře s charakteristikou onemocnění, možnými komplikacemi, klasifikací onemocnění, epidemiologií, příčinách vzniku. Další část je věnována příznakům nemoci, prevalenci, epidemiologii, léčbě a její možnému ovlivnění kvality života pacientů, dále zavedení nových perorálních antikoagulancií do léčby pacientů s fibrilací síní a jejich minimalizování nežádoucích účinku v porovnání s Warfarinem. V závěru teoretické části

jsou popisovány katetrizační výkony u pacientů s fibrilací síní, které jsou spojeny se zlepšující se kvalitou života. Druhá část bakalářské práce, empirická, je věnovaná výsledkům vlastního dotazníkového šetření.

1.1 Cíle práce

Záměrem práce je zjistit, zda a do jaké míry onemocnění fibrilace síní zasahuje do kvality života pacientů vzhledem k věku, pohlaví a formě onemocnění. Zjistit, jak moc jsou ovlivněny touto nemocí domény „Fyzické zdraví“, „Prožívání“, „Sociální vztahy“ a „Prostředí“ dle dotazníku WHOQOL – BREF.

1. Přinést základní přehled teoretických poznatků o tomto onemocnění a dříve realizované studie s tím související.
2. Cílové skupině pacientům zadat standardizované dotazníky k získání potřebných informací nezbytných k naplnění záměru práce.
3. Získaná data utřídit, vyhodnotit a statisticky zpracovat.
4. Interpretovat výsledky vlastní práce, porovnat je s výsledky běžné populace a dříve realizovanými studiiemi na stejné nebo obdobné téma.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kvalita života

Pro tento pojem není přesně určená definice, téma je natolik aktuální, že se jím zabývá mnoho autorů, popisují termín kvalita života, jeho vývoj v čase a dále ve vztahu ke zdraví a nemoci.

2.1.1 Pojem kvalita života

Kvalita života je v současnosti velmi diskutovaný pojem, který využívají odborníci v různých oblastech ke zkoumání zjištění aspektů života jedince. Mareš uvádí, že na kvalitu života se může nahlížet z různých uhlů pohledů, který slouží k orientaci faktorů, které život ovlivňují. (Mareš, 2006)

Pojem kvalita života se objevuje ve druhé polovině 20. století v různých vědních disciplínách. Předmětem zájmu byla zpočátku materiální stránka života společnosti, která postupně přecházela k výzkumu stránky nemateriální, nakonec nastává posun k subjektivnímu vnímání a hodnocení kvality života jedince. Šubrt (2008) popisuje kvalitu života jako složitý a široký pojem, který se dá těžce uchopit pro svou vícerozměrnost a komplexnost, zabývá se smyslem života, jeho postavením a samotným bytím. Celkový pohled na život zahrnuje vnější a vnitřní rozměry člověka. Když zkoumáme kvalitu života, hodnotíme materiální, psychologické, sociální, duchovní a jiné podmínky pro spokojený život člověka. (Šubrt, 2008)

Mandincová (2011) uvádí, že zpočátku byla věnována pozornost měření kvality života chronicky nemocným a starým lidem. Během pokroku v léčbě dochází k narůstání problému, které jsou zahrnuty pod pojmem kvalita života. K hodnocení zdraví-nemoc narůstá zájem o aspekty psychické, behaviorální a sociální.

Začátkem devadesátých let se posouvá zájem na individuální kvalitu života, změnu a posun od objektivních indikátorů k subjektivním, od skupinových k individuálním a přednost dostalo zkoumání jevu pozitivních před negativními. (Mandincová, 2011)

Kvalita života u lidí může být ovlivněna historickým, geografickým, ekonomickým i společenským kontextem. Dvořáčková (2012) dále uvádí, že se kvalita života může být ovlivněna věkem, zdravotním stavem, sociálním postavením a dalšími okolnostmi jako jsou životní podmínky a zkušenosti, ale také subjektivním vnímáním. Stejně jako Gurková popisuje hodnocení kvality života jako subjektivní náhled člověka na jednotlivé stánky života. (Dvořáčková, 2012)

Gurková (2011) zaznamenává zájem o problematiku kvality života v posledních třech desetiletích v ošetrovatelství, což také dokazuje i nárůst edice publikací týkající se kvality života. Podobně jako v jiných vědných oborech tak i v ošetrovatelství zaznamenáváme různorodost přístupů a definic. Hodnocení, zda náš život je kvalitní, je subjektivní vnímání každého jedince, může ho porovnávat se životem jiného člověka. Jaký je ale kvalitní život? Jaké jsou jeho kvality? Koncept kvality života nemá všeobecnou definici a stává se otázkou mnohých rozprav. (Gurková, 2011)

Mareš (2006) udává, že obecný pojem kvalita života se vyskytuje jak v ošetrovatelství, tak v lékařských oborech, která má své specifické označení HRQOL – health related quality of life (dále jen HRQOL) a jako vědecká kategorie je použitelná pro jedince, skupinu lidí i celé populace. S anglickým termínem „related quality of life“ se setkáváme v odborných publikacích s několika překlady. Na překladu „kvalita života souvisejícím se zdravím“ se shodlo nejvíce autorů, neboť je obsahově neutrální a dává prostor i pro souvislost s nemocí. (Mareš, 2006)

Křivohlavý (2002) upozorňuje, že životní situace změněná nemocí může výrazně ovlivnit kvalitu života. Avšak kvalita života je širší pojem než zdravotní stav. Při zhoršení zdravotního stavu někteří jedinci nemusí uvádět zhoršenou kvalitu života, závisí, jak důležitý pro ně zdravotní stav je. (Křivohlavý, 2002)

2.1.2 Hodnocení kvality života

Pojem kvalita života je hojně používán také ve zdravotnictví a medicínských oborech, je spojen se zdravím a zaměřuje se na člověka ve specifické životní situaci ve vztahu ke zdravotnímu stavu. (Gurková, 2011)

Křivohlavý uvádí (2002), že pokud chceme zjistit kvalitu života, je potřeba ji nějakým způsobem změřit. Rozděluje metody měření kvality života do třech skupin:

1. metoda měření, pokud kvalitu života měří jiná osoba;
2. metoda měření, pokud si kvalitu života hodnotí osoba sama;
3. metoda smíšená, vzniklá spojením obou výše uvedených metod.

Popisuje, že k metodám měření v první skupině patřily tzv. HS (Health State), což jsou rejstříky zdravotního stavu daného pacienta. Dokonalejší formou měření jsou pak tzv. HSP (Health State Profiles), kde je snaha nastínit zdravotní stav pacienta z lékařského fyziologického hlediska. (Křivohlavý, 2002)

Nejrozšířenější metoda z druhé skupiny je metoda SEIQOL (Schedule For The Evaluation Of Individual Quality Of Life), což je systém individuálního hodnocení kvality života. Šimíčková-Čížková (2008) popisuje kvalitu života jako subjektivní fenomén, který nemá obecnou platnost pro jedince, společnost a kulturu. Metoda SEIQOL vystihuje priority kvalitního života určitého jedince. (Šimíčková-Čížková, 2008)

Gillernová (2011) popisuje rozdělení dotazníků týkající se zjišťování kvality života ve zdraví do dvou základních skupin. Za prvé se jedná o dotazníky obecné například Short-Form Health Subject Questionary (SF -36), Nottigham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile, Euro Qol, WHOQOL 100, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, SQUALA. Tyto dotazníky především umožňují srovnávat soubory nemocných s různými chorobami u vzorku celé populace. Druhou skupinou jsou dotazníky zaměřené na konkrétní onemocnění, výhodou je jejich vysoká citlivost, ale nemožnost porovnání s obecnou populací. Dalšími oblastmi, kde se využívají dotazníky speciálně zaměřené na konkrétní onemocnění, je psychiatrie. Zde se jejich pomocí sleduje kvalita života s diagnózami jako jsou např. schizofrenie, depresivní porucha aj. (Gillernová, 2011)

Kvalita života související se zdravím zahrnuje vnímané zdraví jako fyzické, duševní a sociální fungování. Hodnocení kvality života je důležité při chronických onemocněních, kam patří i fibrilace síní, která může snižovat kvalitu života. (Stromnes, 2019)

2.2 Fibrilace síní

Fibrilace síní (dále jen „FS“) je nejčastější trvalou arytmií v klinické praxi, její patofyziologický mechanismus je složitý a zahrnuje spojení hemodynamických, strukturních a elektrofyziologických faktorů. (Cintra, 2021)

Charakteristika onemocnění: FS je nejčastější významnou arytmií a mluví se o ní jako o epidemii 21. století. Její průběh je rozmanitý, počínajíc bezpříznakovým průběhem přes významné potíže až po komplikace jako jsou např. cévní mozková příhoda (dále jen CMP), srdeční selhání a embolie.

Táborský (2012) popisuje FS jako onemocnění, které snižuje kvalitu života, neboť u pacientů dochází mimo jiné k opakovaným hospitalizacím. Onemocnění je také často spojeno se sníženou zátěžovou kapacitou a se srdečním selháním. (Táborský, 2012)

FS je supraventrikulární arytmie, kterou charakterizuje rychlá nekoordinovaná akce srdečních síní a nepravidelný komorový rytmus. Na elektrokardiogramu (dále jen EKG) jsou přítomné rychlé fibrilační vlnky. (Švarcová, 2014)

Mihalová (2015) uvádí FS jako nejfrekventovanější arytmii snižující kvalitu života, což vzhledem ke stárnutí populace vede ke zvýšení socioekonomické zátěži společnosti. (Mihalová, 2015)

Existují rozdíly mezi pohlavími ve FS, v příznacích, průběhu nemoci a léčby. Zatím tento okruh v rozdílech pohlaví není dostatečně probádán a nastává tak prostor pro jejich výzkum. (Westerman, 2019)

Moqem popisuje, že FS má na kvalitu života zásadní vliv, ale je problémem také veřejného zdraví, jehož dopad je často podceňován. (Moqem, 2020)

2.2.1 Komplikace fibrilace síní

FS neohrožuje člověka bezprostředně na životě, ale z neléčení tohoto problému vzniká řada následných komplikací. Zvyšuje se riziko mozkové příhody zhruba 5krát, přičemž 1 z 5 všech mozkových příhod mají často fatální následky, nebo jsou spojené s významnou invalidizací. Zanedbávání léčby FS má také za následek zvýšený výskyt demence. U pacientů s FS je vyšší výskyt srdečního selhání. Údaje z randomizovaných studií, které sledovaly účinnost inhibitoru enzymu angiotenzin-konvertázy (dále jen ACE) u srdečního selhání, poukazují na to, že výskyt FS se zvyšuje se závažnosti srdečního selhání. (Eisenverger a kol., 2012)

Lefflerová (2008) upozorňuje, že CMP figuruje jako druhá nejčastější neúrazová příčina mortality a tím vytváří problém nejen medicínský, ale také sociální a ekonomický. (Lefflerová, 2008)

Hans Christopher Diener (2019) popisuje, že mnoho studií a registrů poukazuje na souvislost mezi FS a mozkovou demencí a také snížením kognitivních funkcí, jejichž příčinou jsou mozkové mikro infarkty, ischemické cévní příhody a snížení průtok krve mozkiem. Řada observačních a prospektivních studií poukazuje na snížení rizika demence vlivem antikoagulační léčby, jak antagonisty vitamínu K, tak i účinkem přímých antikoagulancií. (Diener, 2019)

Alvaro Alonso (2017) uvádí studii, která proběhla v letech 2011-2013. Tento průzkum podstoupilo celkem 6432 účastníků. Cílem sledování byla spojitost FS s demencí a snížením kognitivních funkcí. Účastníci studie postoupili EKG, fyzikální vyšetření, podrobná kognitivní vyšetření a magnetickou rezonanci mozku. Prevalence demence související s Alzheimerovou nemocí a vaskulární demence byla vyšší u pacientů s FS než u těch, kterým tato arytmie nebyla prokázána. V modelech hodnotících podtypy demence byl diabetes mellitus spojen s demencí s Alzheimerovou chorobou a při podtypu vaskulární demence byli rizikovými faktory mužské pohlaví a cévní mozková příhoda. (Alvaro Alonso, 2017)

2.2.2 Klasifikace fibrilace síní

FS lze klasifikovat z řady hledisek, která jsou především založena na délce trvání a následném způsobu léčby.

Táborský (2013) rozděluje FS do skupin:

- *Poprvé diagnostikovaná FS* – první záchyt arytmie nezávislý na délce trvání a přítomnosti příznaků, pacient ji nemusí vnímat, může být zachycena náhodně.
- *Paroxysmální FS* – arytmie končící spontánně obvykle během 48 hodin, maximálně trvající 7 dní.
- *Perzistující FS* – arytmie trvající déle než 7 dní nebo pokud je k jejímu ukončení potřebná kardioverze či farmakologická léčba.
- *Dlouhodobě perzistující FS* – fibrilace trvá víc než rok, zde se uplatňuje snaha o převod na sinusový rytmus.
- *Permanentní FS* – arytmie je akceptována lékařem i pacientem jako trvalý stav, důležitá je pravidelná kontrola frekvence srdečního rytmu a nezahajují se pokusy kardioverze na sinusový rytmus.
- *Nevalvulární fibrilace síní* – arytmie bez přítomnosti významné chlopenní vady nebo náhrady chlopně.
- *Sekundární fibrilace síní* – tato arytmie vzniká pouze při určitých podmínkách, jako jsou např. infarkt myokardu, myokarditida, perikarditida, plicní embolie, onemocnění štítné žlázy, pneumonie a jiná další onemocnění.
- *Subklinická (asymptomatická) fibrilace síní*-se projeví komplikací až při onemocnění, CMP, srdeční selhání. (Táborský a kol, 2013)

U více než 50 % pacientů během 10 let i přes antiarytmickou léčbu FS přechází z formy paroxysmální do formy permanentní. Za faktory progresu FS je považován věk nad 75 let, srdeční selhání, tranzitorní ischemická ataka (dále jen TIA), CMP, chronická obstrukční plicní nemoc a hypertenze.

Specifickým typem je tzv. izolovaná („lone“) fibrilace síní bez přítomnosti onemocnění myokardu. Tato arytmie tvoří asi 25–45 % případů paroxysmální fibrilace síní a 15-30 % případů permanentní FS. Postihuje častěji mladší jedince mužského pohlaví, je více symptomatická a obvykle ji zapříčiňují spouštěče, jako jsou spánek, fyzická zátěž, příjem alkoholu. Můžeme tady také pozorovat familiární výskyt nebo genetickou predispozici. (Táborský, 2013)

2.2.3 Epidemiologie a prevalence fibrilace síní

Kautzner (2012) popisuje, že FS postihuje obecně 1-2 % populace, riziko vzniku arytmie pak narůstá s věkem, u osmdesátníků je to přibližně 10 %. Předpokládá se, že incidence FS by se měla v nejbližších 30 letech více než zdvojnásobit, a to důsledkem stárnutí populace. (Kautzner, 2012)

V roce 2019 je prevalence FS 3,37 %, která roste s věkem. (Táborský, 2019)

Lukl (2009) uvádí, že mezi lety 1980 a 1992 se zvýšila návštěvnost ordinací pro FS v USA z 1,3 milionu na 3,1 milionu a příčinou hospitalizace nad 65 let v roce 1982 byla FS zastoupena v 0,3 % a v roce 1993 to bylo 0,6 %. V roce 1995 bylo v USA postiženo FS 2,1 miliónů obyvatel, v roce 2020 to jsou 3 miliony a v roce 2050 5,6 miliónů. (Lukl, 2009)

Bennett (2014) se s předchozími tvrzeními ztotožňuje, tedy i podle něj riziko FS narůstá s věkem. Uvádí studii u britských úředníků, kde prevalence FS byla 0,16 % u věkové skupiny 40-49 let, 0,37 % u věkové skupiny 50-59 let a 1,13 % ve věku 60-64 let. U ambulantních pacientů to bylo 3,7 % výskytu FS nad 65 let. (Bennett, 2014)

Kölbel (2011) se vyjadřuje o FS jako o nejčastější arytmii, podkladem, který je rychlá nekoordinována akce síní, frekvence se pohybuje kolem 300-400/min. FS

postihuje 1% populace a je diagnostikována u 25 % hospitalizovaných pacientů na interním oddělení. (Kölbel, 2011)

V roce 2016 Čihák uvádí 10-40 % hospitalizací pacientů s FS. (Čihák, 2016)

Švarcová (2014) uvádí, že FS postihuje přibližně 2,2 milionu Američanu a 4,5 – 6 milionů Evropanů. Dále také poukazuje na vyšší výskyt tohoto onemocnění v Evropě kvůli větší části bílé rasy proti Afroameričanům-věková skupina nad 50 let, 2,2 vs. 1,5 %. Prevalence se významně liší, jak už bylo zmíněno i u jiných výše uvedených autorů, v různých věkových skupinách. Vzácně se objevuje u dětí (po kardiochirurgických operacích), obecně u osob mladších 55 let výskyt není častý (0,1 - 0,2 %). U dospělých můžu je výskyt této arytmie vyšší než u dospělých žen. S narůstajícím věkem pak riziko FS rychle narůstá, u mužů starších 75 let a žen starších 80 let stoupá nad 10 %, ve věku nad 85 let se u mužů i žen blíží dokonce 20 %. (Švarcová, 2014).

Westerman (2019) popisuje, že přítomnost tohoto onemocnění bývá spojena se sníženou kvalitou života jak u pacientů, kteří se léčí s paroxysmálním typem onemocnění, tak s permanentní FS. Pacienti udávají sníženou kvalitu života napříč různými doménami jako je například subjektivní spokojenost se životem, duševní zdraví nebo funkční kapacita. Snížení výkonnosti je podobné jako u pacientů se srdečním selháním nebo po kardiologickém zákroku. Substudie ze studie AFFIRM hodnotila kontrolu srdečního rytmu versus frekvence tohoto rytmu a zjistila, že měřítko kvality života se výrazně nelišila od léčby kontroly rytmu nebo jeho frekvence. Některé studie ukázaly, že ženy měly horší kvalitu života napříč vícero doménami a trpí většími symptomy FS proti mužům. Některá data uvádějí, že skóre kvality života po katetrizaci se zlepšuje jak u žen, tak u mužů. Také popisuje značné rozdíly v příčině a mechanismu vzniku onemocnění, reakce na léčbu a vznik cévní mozkové příhody mezi ženami a muži. Například antiarytmické léky a katetrizační výkony mohou mít víc komplikací u žen než u mužů.

Na druhé straně ale Westerman popisuje, že ženy jsou v klinických studiích nedostatečně zastoupeny, což stěžuje interpretaci údajů a přínos různých strategií léčby. (Westerman, 2019)

2.2.4 Mechanismus vzniku fibrilace síní

Štejska (2011) popisuje, že při spouštění FS je nejdůležitější ektopická aktivita, která vychází z myokardu ve stěně plicních žil a jejich ústí do levé srdeční síně. V jiných místech síní je spouštěcí aktivita vzácná. V mechanismu dlouhodobějšího udržování se uplatňuje šíření elektrické aktivity po proměnlivých reentry okruzích. Některé reentry okruhy jsou poměrně stabilní, většinou jsou lokalizované v blízkosti plicních žil a udržují arytmií. Tyto mechanismy jsou důležité u fibrilace paroxysmální. (Štejska, 2011)

Švarcová (2014) uvádí, aby FS vznikla a udržela se, je zapotřebí spouštěcí faktor a také přítomnost anatomického substrátu. Mezi spouštěcí mechanismy patří zvýšená automatice nebo mnohočetné reentry okruhy. (Švarcová, 2014)

Kölbel (2011) popisuje přítomnost 5-7 reentry okruhů. (Kölbel, 2011)

Jak počet a lokalizace ložisek, tak i mechanismy se mohou měnit v čase. Nejobvyklejší místo lokalizace vzniku FS je v oblasti ústí plicních žil, vzácněji v jiných hrudních žilách (horní dutá žíla, koronární sinus, Marshallova žíla). Nejčastěji jsou tato ložiska ektopie v oblasti svaloviny v přechodu ze síní na plicní žíly. Pokud se jedná o mnohočetné reentry okruhy v síních, aktivační vlna se štěpí na vlny dceřiné, udržující se rotací. Počet aktivačních vln a pravděpodobnost udržení FS zvyšují zvětšení síní, krátká refrakterita, zpomalené vedení. Ke vzniku reentry okruhu je důležitý arytmogenní substrát – fibrotizace a ztráta síly kontrakce svaloviny. FS vytváří podmínky pro své udržení a má vyšší riziko recidivy, je progresivní, což je důležité vědět při léčbě antiarytmické i antikoagulační. (Švarcová, 2014)

2.2.5 Klinický obraz fibrilace síní

Štejfa (2006) ve své knize uvádí, že FS se projevuje palpitacemi, u někoho se mohou objevovat stenokardie z nedostatečného prokrvení, dále vyvolání nebo zhoršení srdečního selhání, dušností. FS může způsobovat tromboembolické komplikace, příčinou je stagnace krve v levém oušku. FS způsobuje také remodelaci myokardu. Nejdříve funkční, která nastává po minutách, poté strukturální vznikající po týdnech a měsících, která vyústí ve vazivovou přestavbu. FS vzniká často po onemocněních, jako jsou plicní embolie, infarkt myokardu, dále kardiologické výkony, nebo onemocnění štítné žlázy-hypertyreóza. Arytmogenní substrát je výsledkem změn na myokardu, které vznikají při ischemii myokardu, kardiomyopatii, chlopenních vadách, hlavně mitrální stenóze a zánětlivých onemocněních srdce. U starších pacientů se může projevit snížení kognitivních funkcí z důvodu hypoperfúze mozku nebo opakovaných mikroembolizací. Co se týče vzniku CMP, má FS k tomuto onemocnění jasný vztah. (Štejfa, 2006)

Výše uvedené potvrzuje i Čihák (2016), podle něj 20-30 % všech CMP vzniká v důsledku FS. Zvyšuje se počet CMP u pacientů s asymptotologickým průběhem FS. (Čihák, 2016)

Kölbel (2011) se vyjadřuje o FS jako o nejčastější setrvalé poruše srdečního rytmu, uvádí navíc kromě již uvedených symptomů také pocení a únavu. Zajímavý je také poznatek, že arytmie může probíhat i bez příznaků, což způsobuje těžkou komplikaci, jíž je CMP, která je způsobena stagnací krve v levém oušku. Při FS jsou na EKG viditelné fibrilační vlnky, kdy tyto mohou být zrychlené nebo zcela normální. Rychlost FS závisí na vlastnostech AV uzlu, vlivu medikace a tonu vegetativního nervového systému. Kölbel

(2011) také u pacientů popisuje vznik tachykardické kardiomyopatie, která je reverzibilní a mizí po nastolení sinusového rytmu. (Kölbel, 2011)

Bennet (2014) navíc popisuje, že FS je charakterizována kromě nepravidelného komorového rytmu taky chybějící vlnou P na záznamu EKG. Elektrická aktivita dosahuje v síních 350-600/min., tato rychlá aktivita má za následek ztrátu efektivní kontrakce síní. Upřesňuje, že atrioventrikulární vedení bude urychleno zvýšením sympatické nervové aktivity a zpomalí ho vysoký ton vagu. Při námaze je rychlá komorová odpověď s frekvencí do 200/min, ve spánku bude komorová odpověď pomalá. (Bennet, 2014)

Souček (2019) jako jediný z výše uvedených autorů udává ke zmíněným příznakům i synkopu. (Souček, 2019)

2.3 Vliv pohlaví na fibrilaci síní

Incidence a prevalence jsou u žen nižší než u mužů, riziko úmrtí je však podobné jako u mužů, případně dokonce vyšší. Ženy s diagnózou FS mohou být výrazněji symptomatické než muži, bývají starší a jsou polymorbidní. Riziko krvácení při antikoagulační léčbě je pak u obou pohlaví podobné. Výsledky katetrizační ablace bývají u žen srovnatelné jako u mužů. Co se týče kvality života, Čihák (2016) se vyjadřuje o zhoršení kvality života ve spojitosti s přidáním kardiovaskulárním onemocněním k FS. (Čihák, 2016)

Westerman (2019) popisuje rozdíly mezi pohlavími v elektrofyziologických vlastnostech, ženy mají v porovnání s muži prodloužený QT interval v průměru o 12-20 ms. Tento rozdíl v repolarizaci komor se objevuje v pubertě, kde dochází ke zkrácení QT intervalu u mužů. Základní mechanismus není zcela objasněn, předpokládá se, že tento rozdíl souvisí s androgenními hormony. Zajímavý je také fakt, že ženy s dlouhodobou fibrilací síní mají zvýšenou síňovou fibrózu, což u mužů nepozorujeme. Tento rozdíl

může být příčinou více nepulmonálních spouštěčů FS a také nižší úspěšnost katetrizační ablace. (Westerman, 2019)

2.4 Léčba fibrilace síní

Cíle léčení kardiovaskulárních chorob spočívají jak ve zlepšení kvality života postižených osob, tak i v jeho prodloužení. Hlavními přístupy, jak dosáhnout tyto cíle je opakovaná edukace, motivace pacienta a jeho psychická podpora. Štejfa (2006) definuje kvalitu života jako okruh schopností, příznaků a psychosociální interakce, které popisují schopnost jedince pociťovat uspokojení ze životních rolí. Zjednodušeně lze mluvit o „dobrém životním pocitu“. Nízká kvalita života je podmíněná závažností onemocnění, prožitkem pocitu nemoci a adaptací nemocného na okolí. (Štejfa, 2006)

Léčba FS vychází z formy a příznaků, která pacienta postihují. Souček považuje za cíl léčby udržení sinusového rytmu a stabilizace srdeční frekvence a prevence tromboembolických onemocnění. Někdy, zpravidla u starších lidí, je nastolování sinusového rytmu spojeno s komplikací, a proto se zahajuje, až když jim příznaky nemoci činí větší potíže, jako je například dušnost nebo zhoršená tolerance zátěže. V případě neudržení sinusového rytmu antiarytmiky je snaha o převod kardioverzi, kterou lze provést farmakologicky nebo elektricky. Pokud není účinná farmakologická verze, zahajuje se do 24 hodin verze elektrická. Po opakovaných neúčinných elektrických kardioverzích dochází k možnosti ponechání FS jako rytmu trvalého s nutností antikoagulační léčby a podávání betablokátoru, s cílem udržení srdeční frekvence 60-80/min v klidu a při střední zátěži 115/min. (Souček, 2019)

Farmakologická verze: U této verze se používají antiarytmika I. c a III. třídy a provádí se za monitorování EKG. Nejčastěji se podává ze skupiny I. c propafenom

(intravenózně 1-2 mg /kg i.v. nebo perorálně 300-600 mg). Nejčastěji z III. skupiny je podáván amiodaron (intravenózně 150-300 mg jako bolus a pak kontinuálně do dávky 600-1200 mg /24 h). K nastolení sinusového rytmu u amiodaronu dochází později, ale výhodou je bradykardizující účinek a možnost podávat i u pacientů s dysfunkcí levé komory. Farmakologická verze amiodaronem se podaří u 70–90 % pacientů. Nežádoucím účinkem tohoto medikamentu je jeho ukládání v rohovce, tyreopatie, plicní alveolitidy a výjimečně i plicní fibróza. Amiodaron zvyšuje účinek digoxinu a antikoagulancí. Pokud se nepovede změna na sinusový rytmus do 48 hodin, měla by se zahájit antikoagulační léčba. Ke zpomalení rytmu se užívá verapamil, digoxin nebo betablokátor. Souček se vyjadřuje k nastolení sinusového rytmu u pacientů následovně. Pokud pacienta hemodynamicky ohrožuje tzv. selhání srdce, hypotenze je zapotřebí provést kardioverzi, která obnovuje srdeční výdej o 20 %. Ta se může provést u pacientů do 48 hodin, pokud mají FS zjištěnou poprvé bez antikoagulace. Pokud FS trvá déle, je třeba uvažovat o zahájení antikoagulační léčby, což znamená nastolení léčby v délce 3-4 týdnů, poté se přistoupí ke kardioverzi, po které se v antikoagulační léčbě pokračuje kvůli zajištění mechanické funkce síní. Na některých pracovištích se provádí transesofageální echo (TEE) – jícnová echokardiografie, kde se zjistí funkčnost síní. Pokud nejsou shledány tromby, je možné bezpečně provést kardioverzi bez antikoagulace, ale zahájit antikoagulaci následně na 3-4 týdny. Při prokázání trombů je nutné nastolit antikoagulační léčbu na 3-4 týdny, poté opakovat TEE, když nejsou prokázány tromby, lze provést kardioverzi. Mezi hlavní příčiny, které způsobují návrat FS, patří dilatace levé síně nad 50 mm, fibrilace trvající 12 měsíců, která způsobuje remodelaci srdeční svaloviny, chlopenní vady, mitrální vady, chronické plicní onemocnění, pokročilý věk, kde dochází k fibrotizaci síní a také opakované recidivy fibrilace síní. (Souček, 2011)

Katetrizační ablace: V případě selhání jednoho antiarytmika lze uvažovat o katetrizační ablaci, úspěšnost je vysoká zejména u paroxysmálních a také u permanentních forem FS. Zpočátku se používal elektrický výboj, v současnosti se užívá radiofrekvenční proud, kde se cíleně zaměří energie do malého ohniska, čímž dochází k větší selektivitě a bezpečnosti. Další metodou je chirurgická ablace, pomocí které se operačně odstraňuje arytmiologický substrát před jeho lokalizací intraoperačním mapováním. (Klener, 2011)

2.4.1 Antikoagulační léčba

Michalcová (2016) popisuje vývoj antikoagulační léčby a charakterizuje ji jako hledání ideálního antitrombotika, které by mělo splňovat následující kritéria: bezpečnost, vhodnou terapeutickou šíří, perorální i parenterální použití, antidotum, rychlý nástup účinku, ekonomická dostupnost, minimum lékových a potravinových interakcí a předvídat účinek bez podrobování se laboratorním kontrolám. V praxi je nejdéle Heparin, který je ale dnes již nahrazen Fraxiparinem, který se aplikuje subkutánně. Michalcová uvádí také zavedení kumarinových preparátů, hlavním představitelem léků této skupiny je Warfarin. Jako milník k hledání perorálních antikoagulancií je i přes nesmírný přínos tato léčba spojena s řadou známých limitací, proto se hledala další ideálnější antikoagulace. V posledním desetiletí došlo k výraznému posunu v zavedení nových perorálních antikoagulancií, non vitamin K antagonist oral anticoagulant (dále jen NOAC). (Michalcová, 2016)

2.4.2 Léčba Warfarinem a ovlivnění života pacienta

Antikoagulační léky, jsou látky, které snižují srážlivost krve. Tato léčba tvoří významnou část prevence před CMP, tromboembolických nemocí. Na rozdíl od

Michalcové (2016) Leflerová (2008) popisuje známý antikoagulant-kumarínový derivát Warfarin, který zasahuje do metabolismu vitamínu K. Byl vyvinut ve 40. letech minulého století Karlem Paulem Linkem a název byl zvolen na počest pracoviště ve Wisconsinu (Wisconsin Alumni Research Foundation). V roce 1954 byl poté přípravek schválen do humánní medicíny. (Leflerová, 2008)

Terapie Warfarinem v kontrolovaných klinických studiích prokázala snížení rizika CMP o 68 %. Proti dosavadní léčbě kyselinou acetylsalicylovou se léčba Warfarinem jeví jako mnohem účinnější. V běžné praxi při léčbě tímto lékem je obava z docházení pacientů na odběry krve, které jsou nutné jednou za 3 týdny, dále je to riziko zvýšeného krvácení, také jsou popisované interakce Warfarinu s potravinami a jinými léky. Léčbu Warfarinem je vždy potřeba upravit dle věku, momentálního zdravotního stavu pacienta a případných dalších medikamentů, které pacient užívá. U pacientů je sledována hodnota International Normalized Ratio (dále jen INR), která stanoví poměr koagulačního času v sekundách k tromboplastinovému času normální plazmy. Fyziologický rozsah INR je 0,8 - 1,2. U pacientů s FS je právě prodloužení tohoto intervalu na hodnotu 2,5 - 3, kdy nastává účinná antikoagulace. Warfarin se spolehlivě vstřebává z trávicího traktu, má dlouhý poločas v plazmě (36–42) hodin a umožňuje podání v jedné denní dávce. Je vylučován ledvinami, maximální účinek je dosažen za 3-4 dny, účinek léku přetrvává 4-5 dní. Zásadním problémem léčby Warfarinem je stanovení individuální účinné dávky pro pacienta. Ačkoliv má Warfarin řadu pozitivních dopadů při prevenci CMP i u pacientů s FS, jsou popisovány i různé komplikace spojené s touto léčbou a také interakce s potravinami a léky. (Leflerová, 2008)

Lopez (2017) uvádí Warfarin jako nejčastější předepisovaný antikoagulační lék, a bohužel i s ním spojené krvácení, které zvyšuje důvody hospitalizace. Warfarin je levný lék, jeho cena se však zvyšuje s důvodem nutnosti terapeutického monitorování. Nová

perorální antikoagulancia mají rychlejší nástup účinku a předvídatelnější požadavky na dávkování. (Lopez, 2017)

Gumulec (2012) popisuje, že vynechání adekvátní antikoagulační léčby je v dnešní době vnímáno jako velké medicínské pochybení. Ztotožňuje se se Sternem, že krvácení je nejobávanější komplikace. Na druhou stranu uvádí, že s dlouholetým používáním Warfarinu známe jeho specifické antidotum a v případě potřeby umožní zrušení antikoagulačního účinku. (Gumulec, 2012)

Vítovec (2018) uvádí, že pro účinnou léčbu Warfarinem má pro pacienty značný význam interakce s ostatními léky nebo potravinami. Léky mohou účinek zvyšovat i snižovat, různé potraviny spíše vedou ke snížení jeho účinku. Při předávkování Warfarinem je nutné medikaci snížit, dočasně přerušit nebo podat antidotum. Jako antidotum se používá vitamin K formou perorální nebo intravenózní aplikace, nevýhodou je však pomalý nástup účinku. Někdy lze podávat čerstvě zmraženou plazmu. Vítovec dále popisuje případy, kdy Warfarin u pacientů podán být vůbec nesmí. Jedná se o případ těhotenství (zejména I. trimestr – teratogenní účinek na plod a III. trimestr, kde hrozí riziko poporodního krvácení), závažná jaterní insuficience nebo cirhóza, vrozené nebo získané krvácivé stavy, krvácení do gastrointestinálního traktu, nemožnost kontroly hodnoty INR, nedostatečná spolupráce pacienta, stavy bezprostředně po operaci, časté kolapsové stavy apod. (Vítovec, 2018)

O negativních vedlejších účincích léčby Warfarinem v kombinaci s ostatními léky a stravou se zmiňuje také Lefflerová (2008). Popisuje, jak některá antibiotika a mikrobiální léky účinky Warfarinu zvyšují. V takových případech je nutné provádět častější kontrolu INR. Lefflerová poukazuje na možnost ovlivnění účinků Warfarinu i léky, u nichž není interakce popsána, proto je třeba být při medikaci obezřetný. Nejrizikovější jsou podle ní starší a nemocní lidé, u kterých samotný věk zvyšuje riziko

krvácení. Další skupinou, kdy je třeba předpis Warfarinu dostatečně zvážit, jsou polymorbidní pacienti užívající větší počet léků. Samostatnou částí je ovlivnění úrovně antikoagulace dietou, kdy například již výše uvedení polymorbidní pacienti by měli dodržovat například dietu diabetickou nebo redukční. Bylo prokázáno, že zejména listová zelenina ovlivňuje nastavení hladiny INR, který může kolísat směrem dolů, kvůli obsahu vitamínu K nejdůležitější přirozený antagonist Warfarinu. Vitamin K1 (fylochinon) se nachází v zelených částech rostlin, vitamin K2 (menachinon) je produkován střevními bakteriemi. Denní doporučený příjem vitamínu K u žen je 65 mikrogramů, u mužů pak 80 mikrogramů. Udává se, že příjem vitamínu K v potravě v dávce 250-500 mikrogramu denně ovlivňuje efekt Warfarinu. Vysoký obsah vitamínu K ve stravě obsahuje například brokolice, kapusta, salát, špenát, zelený čaj, avokádo atd. Cílem dodržování diety při antikoagulanci není vyloučení ovoce a zeleniny z jídelníčku, ale spíše edukace pacienta o stabilní zdravé životosprávě a aktuální úpravě dávky Warfarinu. (Lefflerová, 2008)

Pavlík (2018) popisuje, že Warfarin v České republice v roce 2019 oslavil na trhu již 65 let, a ačkoliv na trh jsou zavedená NOAC, zůstává i tak jako jeden z nejpoužívanějších léků. Dle odhadu jej užívá 0,5 - 1,5% celosvětové populace. Zůstává v centru pozornosti vědeckých skupin i po půlstoletí.

Kromě interakcí s léky a ovlivnění stravou jsou v poslední době prozkoumány podrobně i faktory genetické, především polymorfismy v genech pro vitamin K epoxid reduktázový komplex 1 - dále jako (CYP2C9) a isoenzym cytochromu P450-dále jen (VKORC1) a jejich klinické využití k správnému dávkování pro pacienty. Ovlivnění genetickými faktory tvoří 50-60 %. Zajímavým faktorem k určení dávky Warfarinu je ovlivnění etnikem. Z výsledků retrospektivní studie z roku 2005 zkoumající jeho dávkování vyplynula potřeba průměrné denní dávky u etnických skupin rozdílně, a to

následujícím způsobem: U Afroameričanů 43 mg/týden, u bělochů 36 mg/týden, u Hispánců 25 - 37mg/týden a pouze 24 mg/týden u Asiatů. Tyto rozdíly jsou také připisovány mimo jinému polymorfismem CYP2C9 a VKORC1 (polymorfismus CYP2C9 – dnes je známo více než 30 mutací tohoto genu, jsou spojeny s potřebou nižšího množství Warfarinu a delšího časového úseku na dosažení optimální hladiny INR; polymorfismus VKORC1-je také obecně spojen s vyšší citlivostí k Warfarinu, to znamená užívání nižších dávek. (Pavlík, 2018)

Urbánek (2008) popisuje studii, která byla zaměřena na informovanost, vnímání rizik a compliance pacientů, kteří užívají Warfarin. Studie byla provedena v okresech Olomouc a Brno – město celkem v 16 ambulantních zdravotnických zařízeních. Dotazník vyplnilo celkem 102 pacientů, z toho 81 % respondentů znalo důvod léčby Warfarinem, 97 % bylo informováno o vlastnostech léku, ale pouze 36 % znalo riziko krvácení. Více než 61 % respondentů užívalo současně další 4 léky. Během posledních 3 měsíců si alespoň jednou koupilo volně prodejný lék 34 % pacientů, ale pouze 29 % z nich informovalo lékárníka, že užívají Warfarin. Celkem 62 % pacientů si neuvědomuje, že strava může ovlivnit účinek tohoto léku. Výsledky této studie poukazují na nutnost zvýšení edukací pacientů, a to lékárníky a rovněž odborným zdravotnickým personálem. (Urbánek, 2008)

2.4.3 Nová perorální antikoagulancia a vliv na kvalitu života pacientů

V současné době léčbu Warfarinem nahrazují nová antikoagulancia, která nabízí mnohá pozitiva pro pacienty. Jedná se hlavně o minimum lékových a potravinových interakcí bez nutnosti laboratorního sledování. Nevýhodou NOAC je zatím neznámé antidotum. Obsahuje jej pouze preparát Pradaxa – Idarucizumab schválený v roce 2015. Ostatní medikamenty jsou v současné době ve vývoji. (Zatloukalová, 2020).

Lábrová (2012) popisuje, že nová antitrombotika působí na různých místech koagulační kaskády a vznikla z důvodu potřeby nahradit Warfarin. Předpokládá se u nich vyšší účinnost, snížení komplikací a zlepšení kvality života. (Lábrová, 2012)

Souček (2019) uvádí léčbu Warfarinem u 60 % pacientů, zbývajících 40 % tvoří pacienti užívající NOAC. Kromě absence laboratorní kontroly hladiny INR Souček popisuje další výhody NOAC. Těmi jsou vyšší nebo srovnatelná účinnost léku, jeho rychlý nástup a odeznění účinků, snížení riziko intrakraniálního krvácení, nízký výskyt lékových interakcí, žádná zvláštní dietní opatření, dávkování bez titrace. (Souček, 2019)

Švarcová (2014) popisuje pacienty, u kterých se Warfarin nastavuje obtížně. Jsou to nositelé genových polymorfismů, nebo jde o pacienty, kteří nemohou na kontroly pravidelně docházet, anebo nelze zaručit, že léky budou brát pravidelně (invalidita, demence). Také poukazuje na výhody NOAC. Avšak žádné z nových perorálních antikoagulancí nemá antidotum, a také při vynechání více než jedné dávky jsou pacienti bez antikoagulační ochrany. Při přechodu léčby z Warfarinu na NOAC je třeba pacientovi i jeho blízkému okolí, zejména rodině vše důkladně vysvětlit. Někteří pacienti, kteří jsou zvyklí navštěvovat praktického lékaře kvůli pravidelným relativně častým odběrům na Quickův testu (dále jen QT), mohou mít najednou pocit, že již nejsou tolik pod potřebnou kontrolou. Proto je důležité pacientům dostatečně a srozumitelně vysvětlit, že nedojde k omezení lékařské péče. (Švarcová, 2014)

Nová antikoagulační léčba přiměla mnoho odborníků ke srovnávání léčby Warfarinem a nových antikoagulancií. V roce 2020 Zatloukalová prezentuje výsledky pilotní studie, ve které je hodnocena kvalita života a compliance pacientů léčených antikoagulantní léčbou Warfarinem, Pradaxou, Xareltem a Eliqisem. Studie se zúčastnilo celkem 39 lidí, z toho 23 mužů a 16 žen. Kvalita života byla měřena podle dotazníku SF 12 (zkrácená verze dotazníku SF 36) a respondenti byli dotazováni na 8 oblastí zájmů.

Tyto dotazníky byly následně vyhodnoceny podle pohlaví a užívaného léku. Z výsledků studie vyplynulo, že NOAC přináší oproti Warfarinu pacientům mnohé výhody jako je jednoduchost jeho užívání, odpadnutí nutnosti častého monitoringu v průběhu léčby atd. I zde je třeba se u pacientů zaměřit na edukaci o probíhající léčbě a preventivních opatřeních. (Zatloukalová, 2020)

Táborský v roce 2012 popisuje NOAC jako nově zavedený preparát namísto Warfarinu. Jedná se o lék Dabigatran – Etxilát (Pradaxa). V prevenci tromboembolických nemocí byla jako první publikována studie RE-LY, zahájená v roce 2007, ve 44 zemích, která zahájila novou epochu léčby pacientů s FS. Bylo do ní zařazeno více než 18 000 pacientů a trvala dva roky. Prospěšnost podávání Dabigatranu versus Warfarinu u prevence CMP a embolie byla u Dabigatranu zachována, dokonce i ve skupině pacientů s vysokým rizikem byl Dabigatran v dávce 150 mg 2x denně účinnější než Warfarin. V případě hemoragických CMP byl u Dabigatranu zaznamenán výrazně nižší počet tohoto onemocnění než u dobře kontrolovatelného Warfarinu. U ischemických nebo nespecifikovaných CMP byl Dabigatran také účinnější. Jedinci léčení Dabigatranem měli výrazně nižší riziko všech krvácení. Tento lék také výrazně usnadňuje monitoraci pacientů s FS, přesto se musí k této léčbě přistupovat s rozvahou, znát renální parametry pacienta, počítat s krvácejícími komplikacemi, které však při dodržování kritérií budou minimalizovány. V současnosti celosvětově užívá Dabigatran k prevenci CMP více než 600 000 pacientů s FS. (Táborský, 2012)

Dalším zástupcem NOAC je Rivaroxaban-lék Xarelto, jehož účinnost byla porovnávána s Warfarinem ve studii ROCKET – AF, studie byla prezentována na podzim 2010 v Chicagu. Ve studii bylo zaznamenáno o 21 % výskytu méně CMP a systémové embolie oproti léčbě Warfarinem, dále snížení rizika krvácení vedoucí k smrti o 50 %, intrakraniálního krvácení o 33 % a subdurálního krvácení o 47 %. Při léčbě

Rivaroxabanem však došlo k zvýšenému výskytu krvácení do gastrointestinálního traktu, zároveň ale také k zjednodušení řešení hemoragií. Kromě léčby u pacientů s FS jako prevence CMP je indikován k prevenci recidivující hluboké žilní trombózy, plicní embolie a léčbě hluboké žilní trombózy. (Zatloukalová, 2020)

Lábrová (2012) popisuje i studii ARISTOTLE u Apixabanu – lék Eliquis. Cílem studie bylo porovnání Apixabanu s Warfarinem v prevenci CMP a tromboembolických příhod u nemocných s FS a nejméně s jedním rizikovým faktorem pro vznik CMP (hypertenze, anamnéza CMP, věk nad 75 let, diabetes mellitus a další). Ve výsledku studie bylo popsáno snížení rizika CMP a plicní embolie o 21 % a snížení rizika velkého krvácení o 31 %. (Lábrová, 2012)

Edoxaban-lék Liliana je čtvrtým lékem, patřícím k NOAC, který byl schválen k prevenci CMP u pacientů s nevalvulární FS. Bezpečnost a účinnost byla navíc prokázána u pacientů starších nad 75 let, resp. 80 a také u pacientů postupující kardioverzi. Určen je pro léčbu hluboké žilní trombózy a plicní embolie. V roce 2013 byly publikovány výsledky studie ENGAGE AF TIMI 48. Do této studie bylo zařazeno 21105 pacientů a Edoxaban byl první volbou starších nad 75 resp. 80 let. (Černošek, 2018)

2.4.4 Stanovení antikoagulační terapie

Špinar (2015) uvádí důležitost zahájení antikoagulační léčby. V primární i sekundární prevenci je důležité odhadnout riziko, a pokud je vysoké, okamžitě zahájit snížení rizikových faktorů. Skórovací systémy v preventivní kardiologii nám ukazují fatální nebo nefatální výskyt kardiovaskulární příhody. K předvídání rizika tromboembolických příhod u nevalvulární FS bylo stanoveno několik skórovacích systému. V roce 2001 bylo vytvořeno skóre CHADS2. (Špinar, 2015)

Čihák v roce 2016 popisuje, že skórovací systém CHADS2 zjednodušuje vstupní rozhodování ohledně perorálních antikoagulancií do léčby. Obecně platí, že pacienti bez klinických rizikových faktorů nepotřebují antikoagulační léčbu, ale pacienti s rizikovými faktory pro CMP budou mít z léčby prospěch. Ve skórovacím systému se hodnotí rizikové faktory:

- C-městnavé srdeční selhání (symptomy, pokles ejekční frakce levé srdeční komory),
- H-hypertenze (klidový naměřený krevní tlak 140/90, nebo aktuálně užívaná antihypertenziva),
- A-věk 75 a vyšší,
- D-diabetes mellitus (glykémie nalačno 7 mmol/l, nebo léčba antidiabetiky, nebo inzulinem),
- S-předchozí ischemická cévní mozková příhoda, nebo projev tromboembolismu,
- cévní onemocnění (předchozí infarkt myokardu, ischemická choroba dolních končetin nebo aortální plát),
- věk 65-74 let,
- ženské pohlaví.

Všechny výše uvedené rizikové faktory jsou hodnocené jedním bodem, dva body mají pacienti ve věkové kategorii 75 a více a pacienti s překonanou cévní mozkovou příhodou. Kontrolované studie zaměřené na antikoagulační léčbu u pacientů s FS a vysokým rizikem cévní mozkové příhody dospěly k závěrům zahájení antikoagulační terapie u mužů s CHADS2 od 2 výše a u žen CHADS2 od 3 výše. Čihák zdůrazňuje, že věk nad 65 let je spojen se stále se zvyšujícím rizikem CMP, který probouzí další faktory, jako jsou srdeční selhání nebo třeba pohlaví. Rozhodnutí o zahájení antikoagulace

nemocných by se mělo odvíjet od individuálního posouzení rizika a preferencí pacienta. (Čihák, 2016)

2.5 Klinická skóre pro hodnocení rizika krvácení

Čihák (2016) definuje skóre pro hodnocení rizika krvácení zejména pro pacienty, kteří užívají Warfarin. Jde o skóre HAS-BLED (Hypertension, Abnormal Renal/Liver Function, Stroke, Bleeding History Or Predisposition, Labile INR, Elderly (více než 65let), Drugs/Alcohol Concomitantly). Za každou predispozici se počítá 1 bod, při skóre 3 a více je zapotřebí zvýšené opatrnosti v léčbě a častější kontroly. Vysoké hodnocení skóre by mělo vést k vysazení antikoagulační terapie. Rizikovým faktorem pro krvácení je i nadměrná konzumace alkoholu nebo jednorázové požívání jeho většího množství. Je zde i zvýšené riziko krvácení z jícnových varixů a riziko vážného traumatu. Pády a demence jsou spojeny se zvýšenou mortalitou, ale není prokázána jejich kontraindikace. (Čihák, 2016)

2.6 Katetrizační výkony u pacientů s fibrilací síní

Kromě léčby perorální antikoagulační, antiarytmické a léčby betablokátoru je v popředí léčba katetrizační, která má vést k trvalému odstranění arytmie a zlepšit tím kvalitu života pacienta. Čihák (2011) popisuje účinnost ablace u těch pacientů, kde selhala léčba farmakologická, někdy je nastolena ještě před zahájením léčby antiarytmické. Uvádí, že práce na téma katetrizačních ablací je mnoho, málokdy jsou ale zaměřeny na kvalitu života a socioekonomické ukazatele. (Čihák, 2011)

Právě Bulková (2011) poukazuje na pozitivní vliv ablace na zlepšení kvality života, snížení hospitalizací a tím méně následných pracovních neschopností. Intervence a hospitalizace patří totiž mezi největší náklady u léčby pacientů s FS. Snížená kvalita života poukazuje na lepší hodnocení symptomů u těchto pacientů. K ablaci jsou zatím

indikovaní symptomatictí pacienti, není probádaný dopad na morbiditu a mortální studie. Často si pacient na symptomy s FS zvykne a nevnímá je tolik jako na začátku onemocnění, ale po provedeném zákroku udává zlepšení stavu. Ablace mají vysokou účinnost jak u pacientů s paroxysmální, tak i s perzistentní formou. Cílem bylo zhodnotit kvalitu života po ablací perzistentní a paroxysmální FS. Ve studii bylo zahrnuto 89 pacientů s paroxysmální FS a 56 s dlouhodobě perzistentní FS, kteří postoupili ablací během roku a 2 roky poté byli sledováni. U obou skupin pacientů byl zaznamenán pokles počtu dnů hospitalizace, tedy i dnů pracovní neschopnosti. Závěrem studie je zlepšení kvality života u pacientů s perzistentní FS. (Bulková, 2011)

Ke katetrizačním ablacím se vyjadřuje i Vítovec (2018), který popisuje, že nefarmakologické postupy léčby FS získávají stále větší význam. Nejčastější metodou je katetrizační ablace v levé síni prováděná pomocí radiofrekvenční energie nebo kryoenergie. Podstatou je vytváření cirkulárních a lineárních radiofrekvenčních lézí v levé síni pomocí zavedených katetrů. Cílem všech katetrizačních výkonů je izolace plicních žil. Ve většině případů pacientů se katetrizační léčba navrhuje až po neúčinné antiarytmické léčbě. U vybraných pacientů může být katetrizační léčba upřednostněna před léčbou antiarytmickou, pokud se pacient rozhodne pro invazivní léčbu. Největší účinnost pozorujeme u pacientů s paroxysmální formou FS, kde se sinusový rytmus udrží až v 70 % případů. V případě perzistentní FS je úspěšnost 50 %, nicméně riziko návratu FS je nižší než u antiarytmické léčby. Před katetrizační ablací je důležité nepřerušovat antikoagulační léčbu Warfarinem nebo NOAC. Kardiochirurgický přístup jako další možnost ablace FS je výkon, který se neuplatňuje tak často. Hrozí vyšší zátěž pro pacienta, vznik potencionálních komplikací. Podstatou je ablace v levé síni endokardiálním nebo epikardiálním přístupem. Metoda vychází z původní Coxovy operace a nazývá se procedura MAZE, kde systém lineárních lézí rozděluje srdeční síně

na větší množství menších oddílů, aby se zabránilo vzniku, nebo udržení arytmie.
(Vítovec, 2018)

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Tato část práce je zaměřena na vlastní výzkum a jeho výsledky. V první kapitole jsou uvedeny cíle empirické části, následně jsou uvedeny hypotézy pro výzkum. V další podkapitole je uveden popis metodiky šetření, charakteristika zkoumaného vzorku, výsledky šetření, porovnání zvolených výsledků s dříve realizovanými studii. Výsledky šetření jsou porovnány s výsledky běžné populace dle příručky pro uživatele české verze dotazníku kvality života WHOQOL-BREF.

3.1 Cíle pro empirickou část bakalářské práce a souhrn hypotéz

Cílem empirické části práce je zjistit kvalitu života u pacientů s fibrilací síní vzhledem k věku, pohlaví a formy tohoto onemocnění zadáním dotazníků WHOQOL-BREF. Dalším cílem je zjistit do jaké míry toto onemocnění ovlivňuje domény, jako jsou fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Cílové skupině pacientům je třeba zadat standardizované dotazníky k získání informací. Následně získaná data utřídit, vyhodnotit a statisticky zpracovat. Cíl práce bude interpretovat a porovnávat je s výsledky již dříve realizovaných studií na stejné nebo obdobné téma.

V návaznosti na záměr práce a její cíle byly stanoveny následující pracovní hypotézy:

H1: Lze předpokládat, že ukazatele kvality života pacientů s FS se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na pohlaví respondentů.

H2: Lze předpokládat, že kvalita života pacientů s FS na jednotlivé položky v dotazníku se nebude statisticky významně lišit v závislosti na věku.

H3: Lze předpokládat, že kvalita života pacientů s FS na jednotlivé položky v dotazníku se nebude statisticky významně lišit v závislosti na formě tohoto onemocnění.

H4: Lze předpokládat, že kvalita života pacientů s FS se nebude statisticky významně lišit v závislosti na rodinném stavu.

3.1.1 Metodika šetření

V této kapitole jsou popsány metody šetření, které byly použity pro bakalářskou práci. K získání informací byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který tvoří 26 otázek a byl doplněn o sociodemografické údaje. Před získáním dotazníku jsme oslovili PhDr. Evu Dragomireckou, která nás odkázala na psychiatrické centrum Praha, kde nám byla po písemné domluvě zaslána Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHOQOL –BREF, jejíž součástí byl i dotazník.

Standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF (The World Health Organization Quality of Life) je používán pro hodnocení zdravotních a sociálních aspektů. Byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací a je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL 100 (World Health Organization Quality of Life Assessment). Lze jej použít pro běžnou populaci a také má využití u osob s různými zdravotními potížemi. Tento dotazník je sestaven z 26 otázek, z toho první dvě otázky se týkají kvality života a celkového zdraví respondentů. Další 24 otázek je rozděleno do čtyř domén. Fyzické zdraví je první doména, prožívání je druhá doména, třetí doména tvoří sociální vztahy a poslední doména tvoří prostředí.

3.1.2 Materiál a organizace šetření

Dotazníkové šetření bylo provedeno v nemocnici ve Slaném, po získaném souhlasu od hlavní sestry nemocnice Slaný paní Mgr. Vlasty Fialové. Původním záměrem bylo provést dotazníkové šetření v kardiologické ambulanci a na interním lůžkovém oddělení A a B. Vzhledem k pandemii Covid 19 však byly ambulance zrušeny a z interního oddělení A se stalo Covid oddělení. Změnila se tedy i metoda získávání informací od respondentů. Pokud bylo dohledatelné telefonní číslo v databázi, pacienti byli osloveni telefonicky s žádostí o vyplnění, poté jim byl zaslán email s odkazem na

výše uvedený dotazník WHOQOL-BREF. Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti s diagnózou paroxysmální a permanentní FS do věku 65 let. V kardiologické ambulanci výše popsaným kritériím odpovídalo 214 pacientů, kteří byli telefonicky osloveni. Z toho 110 pacientů souhlasilo s vyplněním formou emailu, kde obdrželi odkaz s dotazníkem. Dva pacienti, kteří neměli emailovou adresu, byli ochotní vyplnit dotazník a poslat zpět cestou pošty. 11 dotazníků bylo v době šetření předáno a vyplněno hospitalizovanými pacienty z interního oddělení B. Zbylí pacienti, kteří nesouhlasili s vyplněním dotazníku, neměli emailovou adresu, nebo nebyli ochotni vyplnit dotazník a odeslat jej poštou, byli vyřazeni. Získali jsme tedy dotazníky od 123 respondentů tj. 57 %. Výzkumné šetření probíhalo od 7.2.2021 do 9.3.2021.

Ke zpracování dat byl použit program MS Excel 2016. Za pomoci tohoto programu byl vytvořen datový list, na jehož základě probíhaly analýzy v programu STATISTICA CZ 12.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Do zkoumaného vzorku byli zařazeni ženy i muži-pacienti z kardiologické ambulance v nemocnici ve Slaném ve věku 38-65 let s diagnózou FS permanentní a paroxysmální, 11 dotazníků bylo vyplněno hospitalizovanými pacienty.

Tab. 1: Pohlaví

Pohlaví		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Muž	53	43,09
Žena	70	56,91
Celkem:	123,00	100,00

Z uvedené tabulky vyplývá, že z dotazovaných tvořilo 43,09 % (n=53) mužů a 56,91 % (n=70) žen.

Tab. 2: Věk respondentů

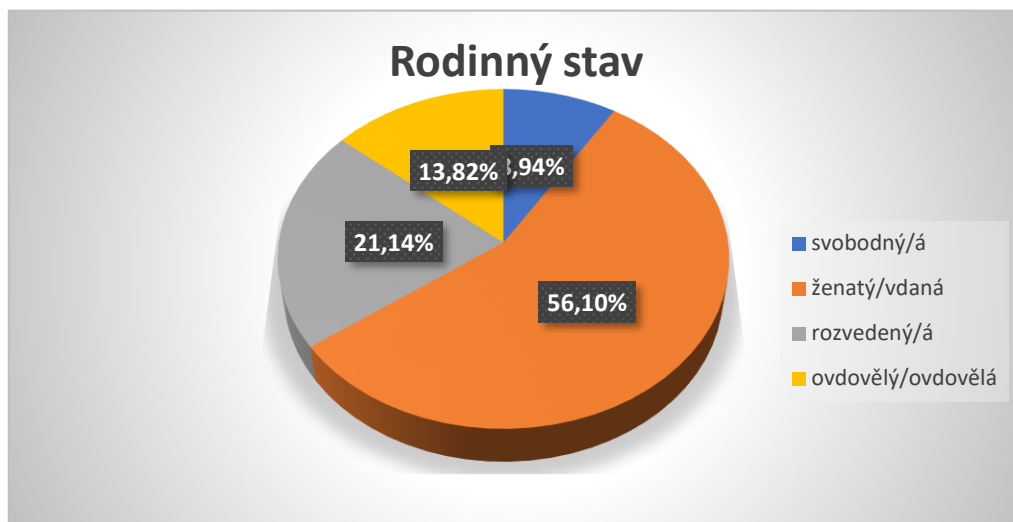
Věk respondentů:		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
do 59 let vč.	62	50,41
60 let +	61	49,59
Celkem:	123	100,00

Věk respondentů byl rozdělen do dvou kategorií, do 59 let včetně, tuto kategorii tvořilo 50,41 % (n=62) a věk 60 let a více 49,59 % (n=61).

Tab. 3: Nejvyšší ukončené vzdělání

Nejvyšší ukončené vzdělání		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Základní	7	5,69
střední bez maturity	29	23,58
střední s maturitou	65	52,85
Vysokoškolské	22	17,89
Celkem:	123	100,00

U této otázky převažuje zvolená odpověď střední s maturitou 52,85 % (n=65). Základní vzdělání má 5,69 % (n=7) respondentů. 23, 58 % (n= 29) dotázaných vybralo možnost střední bez maturity. Vysokoškolské vzdělání u respondentů tvořilo 17, 89 % (n=22).



Obr. 1: Rodinný stav

Rodinný stav ženatý/vdaná uvedlo 56,10 % (n=69) respondentů, 21,14 % (n=26) respondentů uvedlo, že jsou rozvedení, ovdověných tvořilo 13,82 % (n=17), v nejmenším zastoupení byl rodinný stav svobodný/á 8,94 % (n=11).

Tab. 4: S jakou formou fibrilace síní se léčíte?

S jakou formou fibrilace síní se léčíte?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Paroxysmální	45	36,59
Permanentní	78	63,41
Celkem:	123	100,00

S permanentní fibrilací síní se léčí 63,41 % (n=78) dotázaných, zbylých 36,5 % (n=45) se léčí s paroxysmální formou fibrilace síní.

3.3. Výsledky vlastního šetření

V této části budou popsány výsledky vlastního šetření.

Tab. 5: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi špatná	2	1,63
špatná	34	27,64
ani špatná ani dobrá	35	28,46
dobrá	46	37,40
velmi dobrá	6	4,88
Celkem:	123	100,00

Nejvyšší počet respondentů 37,40 % (n=46) označilo kvalitu života za „dobrou“. Variantu „ani špatnou ani dobrou“ kvalitu života zvolilo 28,46 % (n=35) dotázaných. Špatnou kvalitu života hodnotilo 27,64 % (n=34) respondentů. 4,88 % (n= 6) hodnotilo kvalitu života jako velmi dobrou. 1,63 % (n=2) respondentů označili svoji kvalitu života jako velmi špatnou.

Tab.6 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojen/a	2	1,63
nespokojen/a	42	34,15
ani spokojen/a ani nespokojen/a	42	34,15
spokojen/a	35	28,46
velmi spokojen/a	2	1,63
Celkem:	123	100,00

Na otázku „Jak jste spokojen/a se svým zdravím“, odpovědělo 1,63 % (n= 2) respondentů, že jsou „velmi nespokojeni“. Stejný počet 1,63 % (n=2) pacientů uvedli variantu „velmi spokojen“ a možnosti „nespokojen/a“ a „ani spokojen/a ani

nespokojen/a“ si zvolilo stejný počet respondentů. „Spokojenost“ se svým zdravím vyjádřilo 28,46 % (n=35) respondentů.

Tab. 7: Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	12	9,76
trochu	45	36,59
středně	47	38,21
hodně	19	15,45
Celkem:	123	100,00

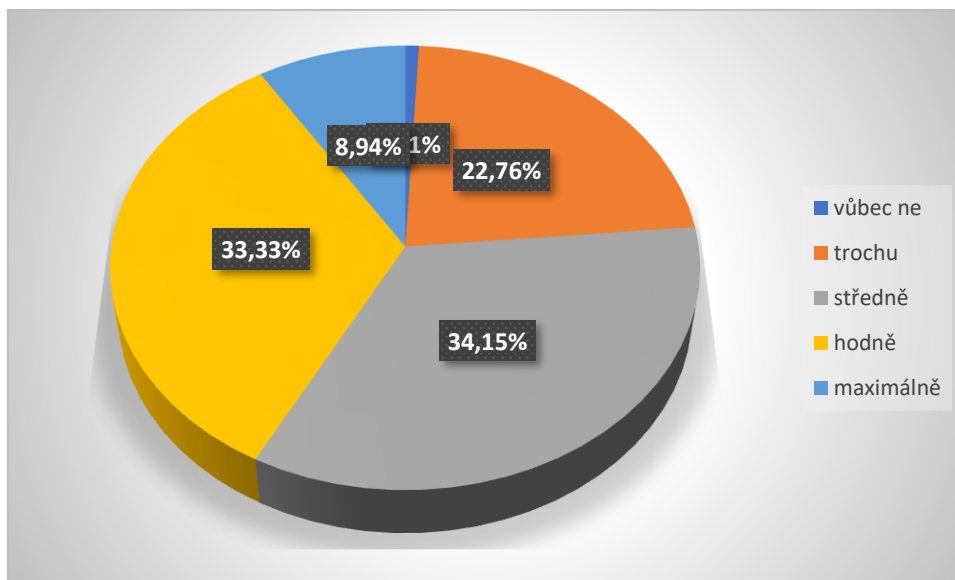
Bolest brání v tom, co potřebuji dělat „hodně“ 15,45 % (n=19) respondentům. Nejvíce zvolenou odpovědí byla možnost „středně“, kterou označilo 38,21 % (n=47) dotázaných. Pouze o 2 respondenty méně zvolilo možnost „trochu“ 36,59 % (n=45). Bolest „vůbec“ nebrání v tom, co potřebuji dělat 9,76 % (n=12) respondentům.

Tab. 8: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	4	3,25
trochu	46	37,40
středně	52	42,28
hodně	21	17,07
Celkem:	123	100,00

Nejvíce zastoupenou odpovědí na otázku „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?“ byla varianta „středně“, kterou zvolilo 42,28 % (n=52) respondentů. „Trochu“ ji potřebuje 37,40 % (n=46)

dotázaných. 17,7 % (n=21) pacientů potřebuje lékařskou péči „hodně“. A pouze 3,25 % (n=4) účastníků nepotřebuje lékařskou péči vůbec.



Obr. 2: Jak moc Vás těší život?

Odpověď „hodně“ zvolilo 33 % (n=41) respondentů. „Středně“ těší život 34 % (n=42) dotázaných, 23 % (n=28) respondentů odpovědělo, že je život těší „trochu“. Pouze 9 % (n=11) účastníku vybralo odpověď „maximálně“. A 1 % (n= 1) dotázaný označil možnost, že ho život „netěší vůbec“.

Tab. 9: Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	1	0,81
trochu	24	19,51
středně	39	31,71
hodně	47	38,21
maximálně	12	9,76
Celkem:	123	100,00

38,21 % (n=47) dotázaným se zdá, že jejich život má „hodně“ smysl. Možnost „středně“ zvolilo 31,71 %(n=39) respondentů. Odpověď život má smysl „trochu“ označilo 19,51 %(n=24) dotázaných. Vůbec žádný smysl nemá pro 0,81 (n=1) respondenta.

Tab. 10: Jak se dokážete soustředit?

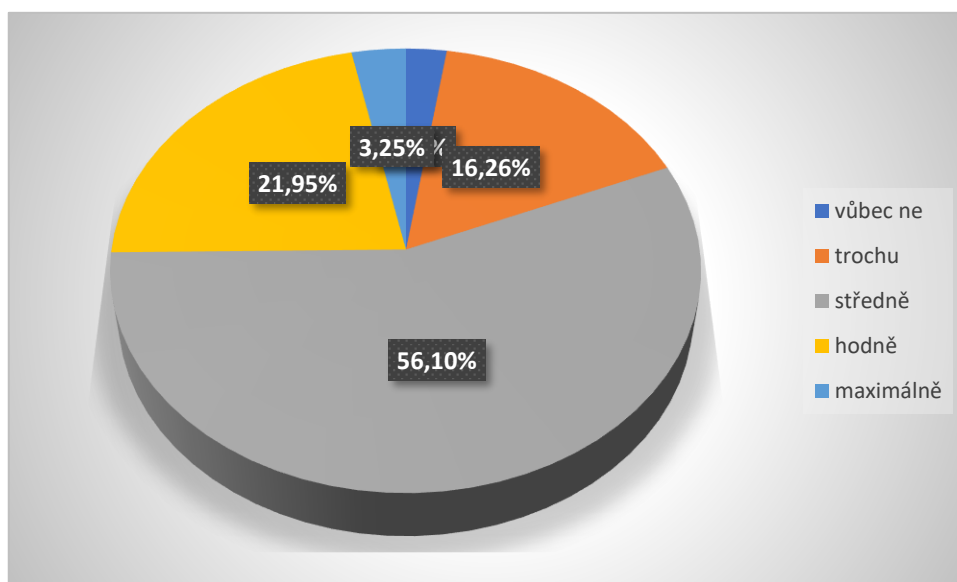
Jak se dokážete soustředit?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	2	1,63
trochu	32	26,02
středně	51	41,46
hodně	37	30,08
maximálně	1	0,81
Celkem:	123	100,00

V největším zastoupení byli respondenti, kteří zvolili, že se dokážou soustředit „středně“ a to 41,46 % (n=51). Volbu dokážu se soustředit „hodně“ uvedlo 30,08 % (n=37) dotázaných. 26,02 % (n=32) účastníku se soustředí „trochu“. Pouze jeden účastník se dokáže soustředit maximálně. 0,81 % (n=1). Možnost „vůbec ne“ zvolili 1,63 % (n=2) respondenti.

Tab. 11: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	4	3,25
Trochu	29	23,58
Středně	63	51,22
Hodně	26	21,14
Maximálně	1	0,81
Celkem:	123	100,00

„Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?“ Nadpoloviční většina respondentů 51, 22 % (n=63) uvedla odpověď „středně“, možnost cítím se „trochu“ bezpečně uvedlo 23, 58 % (n=29) dotázaných. „Hodně“ bezpečně se cítí ve svém životě 21,14 % (n=26) účastníků průzkumu a ve svém každodenním životě se „vůbec“ bezpečně necítí 3,25 % (n=4) respondentů. Nejvyšší možnost „maximálně“ zvolil pouze 0, 81 % (n=1) respondent.



Obr. 3: Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

Pro 56 % (n=69) dotázaných je prostředí ve kterém žijí „středně“ zdravé. Možnost „maximálně“ zdravé prostředí zvolilo 3 % (n= 4) respondentů. Pro počet účastníků 22 % (n=27) je jejich prostředí zdravé „hodně“ a 16 % (n=20) oslovených respondentů

označilo, že jejich prostředí, ve kterém žijí je zdravé „trochu“. Variantu, že prostředí pro respondenty není zdravé „vůbec“ uvedlo 2 % (n=3).

Tab. 12: Máte dost energie pro každodenní život?

Máte dost energie pro každodenní život?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	3	2,44
trochu	32	26,02
středně	46	37,40
hodně	39	31,71
maximálně	3	2,44
Celkem:	123	100,00

Na otázku „Máte dost energie pro každodenní život?“ odpovědělo „středně“ 37,40 % (n=46) respondentů, „hodně“ energie v každodenním životě má 31,71 % (n=39) dotázaných, možnost „trochu“ energie v každodenním životě uvedlo 26,02 % (n=32) účastníků a stejný počet 2,44 % (n=3) dotázaných zvolilo odpověď „vůbec ne“ a „maximálně“.

Tab. 13: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	1	0,81
spíše ne	29	23,58
Středně	18	14,63
většinou ano	67	54,47
Zcela	8	6,50
Celkem:	123	100,00

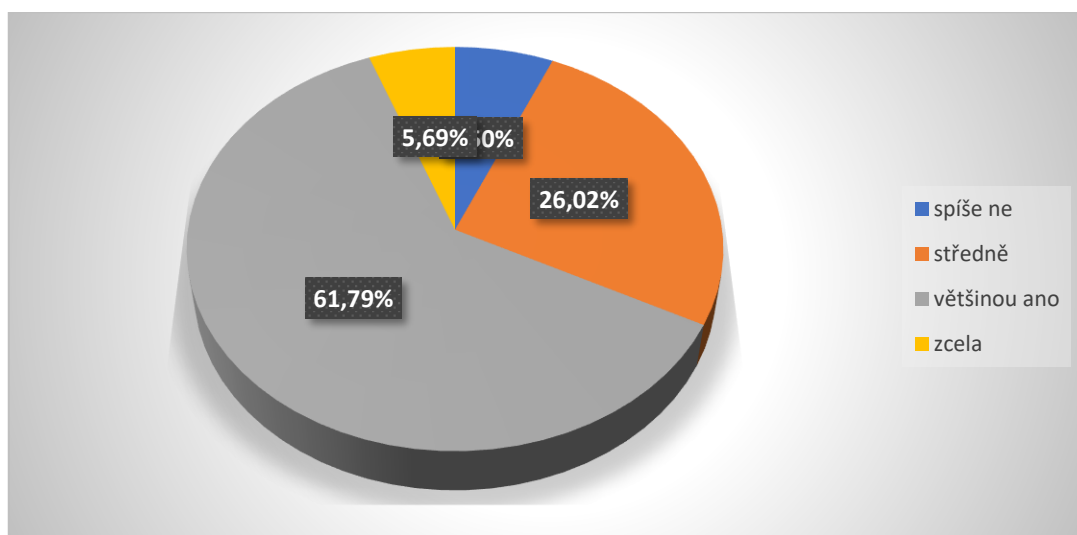
Nadpoloviční většina dotázaných 54, 47 % (n=67) svůj vzhled „většinou“ akceptuje. Podstatně méně respondentů a to 23, 58 % (n=29) svůj vzhled „spíše neakceptuje“, 14,

63 % (n=18) účastníků akceptuje svůj vzhled „středně“ a odpověď „vůbec ne“ zvolil 0,81 % (n=1) respondent. Zcela je spokojeno se svým vzhledem 6,50 % (n=8) dotázaných.

Tab. 14: Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	3	2,44
spíše ne	32	26,02
Středně	36	29,27
většinou ano	44	35,77
Zcela	8	6,50
Celkem:	123	100,00

Zda mají respondenti dost peněz „na uspokojení svých potřeb“, odpovědělo 35,77 % (n=44) „většinou ano“. Možnost „středně“ uvedlo 29,27 % (n=36) dotázaných, variantu „zcela“ dost peněz k uspokojení svých potřeb vybralo 6,50 % (n=8) účastníků a 26,02 % (n=32) dotázaných zvolilo možnost „spíše ne“. „Vůbec ne“ byla odpověď u 2,44 % (n=3) respondentů.



Obr. 4: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Až 62 % (n=72) respondentů na otázku „Máte přístup k informacím pro svůj každodenní život?“ uvedlo možnost „většinou ano“. Podstatně méně dotázaných 26 % (n=32) označilo, že mají přístup k informacím „středně“. Odpověď „spíše ne“ hodnotilo 6,5 % (n =8) oslovených, 5,69 % (n=7) účastníků uvádí odpověď mám „zcela“ přístup k informacím pro svůj každodenní život.

Tab. 15: Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Máte možnost věnovat se svým zálibám?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
spíše ne	30	24,39
středně	43	34,96
většinou ano	43	34,96
zcela	7	5,69
Celkem:	123	100,00

V otázce „Máte možnost věnovat se svým zálibám?“ odpovědělo stejný počet dotázaných na možnost „středně“ a „většinou ano“ a to v 34,96 % (n=43). Volbu „spíše ne“ zvolilo 24,39 % (n=30) účastníků. „Zcela“ má možnost věnovat se svým zálibám 5,69 % (n=7) respondentů.

Tab. 16: Jak se dokážete pohybovat?

Jak se dokážete pohybovat?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi špatně	1	0,81
špatně	23	18,70
ani špatně ani dobře	44	35,77
dobře	50	40,65
velmi dobře	5	4,07
Celkem:	123	100,00

Z celkového počtu dotázaných odpovědělo na otázku „Jak se dokážete pohybovat?“ odpovědí „dobře“ 40,65 % (n=50) respondentů. Nejednoznačnou odpověď „ani špatně

ani dobře“ uvedlo 35,77 % (n=44) respondentů, „špatně“ se pohybuje 18,70 % (n=23) účastníků průzkumu. 0,81 % (n=1) respondentů se pohybuje „velmi špatně“ a pouze 4,07 % (n= 5) z dotázaných se pohybuje „velmi dobře“.

Tab. 17: Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

Jak jste spokojen/a se svým spánkem?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojen/a	3	2,44
nespokojen/a	43	34,96
ani spokojen/a ani nespokojen/a	29	23,58
spokojen/a	48	39,02
Celkem:	123	100,00

Nejméně dotázaných, kteří jsou „velmi nespokojeni“ se svým spánkem je celkem 2,44 % (n=3). „Spokojeno“ se svým spánkem je 39,02 % (n=48) účastníků, „nespokojenost“ se svým spánkem vyjádřilo 34,96 % (n=43) respondentů. Možnost „ani spokojeni ani nespokojeni“ hodnotilo 23,58 % (n=29) dotázaných.

Tab. 18: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?

Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojen/a	1	0,81
nespokojen/a	31	25,20
ani spokojen/a ani nespokojen/a	48	39,02
spokojen/a	41	33,33
velmi spokojen/a	2	1,63
Celkem:	123	100,00

U 33,33 % (n=41) respondentů na základě jejich odpovědi jsou „spokojeni“ se svou schopností provádět každodenní činnost. Možnost „ani spokojeni ani nespokojeni“ vyjádřilo 39,02 % (n=48) dotázaných. „Nespokojenost“ se svou schopností provádět

každodenní činnosti uvedlo 25,20 % (n=31). „Velmi spokojeni“ se svou schopností provádět každodenní činnosti je 1,63 % (n=2) dotázaných, „velmi nespokojeno“ je 0,81 % (n=1) respondentů.

Tab. 19: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Odpověď:	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojen/a	2	1,63
nespokojen/a	40	32,52
ani spokojen/a ani nespokojen/a	39	31,71
spokojen/a	42	34,15
Celkem:	123	100,00

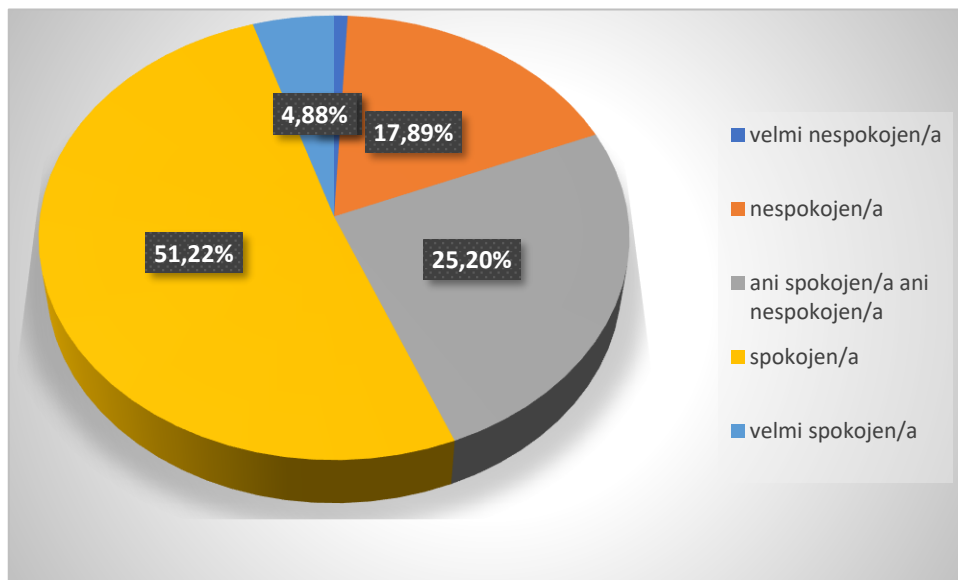
Se svým pracovním výkonem je velmi nespokojeno 1,63 % (n=2) respondentů, „spokojenost“ se svým pracovním výkonem uvedlo 34,15 % (n=42) dotázaných. Možnost „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ byla zvolena 31,71 % (n=39) účastníky, 32,52 % (n=40) respondentů je „nespokojeno“ s pracovním výkonem.

Tab. 20: Jak jste spokojen/a sám se sebou?

Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojen/a	2	1,63
nespokojen/a	36	29,27
ani spokojen/a ani nespokojen/a	39	31,71
spokojen/a	43	34,96
velmi spokojen/a	3	2,44
Celkem:	123	100,00

Na otázku „Jak jste spokojen/a sám se sebou?“ možnost „spokojen/a“ označilo 34,96 % (n=43) respondentů, volbu „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ vybralo 31,71 % (n= 39) dotázaných, variantu „nespokojeni“ sami se sebou vybralo 29,27 % (n=36) účastníků.

„Velmi nespokojeni“ sami se sebou uvedli 1,63 % (n=2) dotázaných. 2,44 % (n=3) respondentů uvedlo, že jsou se sebou „velmi spokojeni“.



Obr. 5: Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

„Spokojenost“ se svými osobními vztahy označilo 51 % (n=63) respondentů. Skoro polovina 25 % (n=31) vybralo možnost „ani spokojen/a ani nespokojen/a“, variantu „nespokojen/a“ zvolilo 18 % (n=22) účastníků. „Velmi spokojeni“ se svými osobními vztahy je 5 % (n=6) respondentů a nejmenší část tvoří položka „velmi nespokojena“, kterou označil 1 % (n=1) respondent.

Tab. 21: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojen/a	13	10,57
nespokojen/a	58	47,15
ani spokojen/a ani nespokojen/a	23	18,70
spokojen/a	28	22,76
velmi spokojen/a	1	0,81
Celkem:	123	100,00

Z celkového počtu dotázaných je „nespokojen/a“ se svým sexuálním životem 47, 15 % (n=58) účastníků. Možnost „velmi nespokojen/a“ se svým sexuálním životem označilo 10, 57 % (n=13) respondentů, variantu „spokojen/a“ vybralo 22, 76 % (n=28) dotázaných, 18,70 % (n=23) uvedlo možnost „ani spokojen/a ani nespokojen“ a pouze 0, 81 % (n=1) respondent je se svým sexuálním životem „velmi spokojen“.

Tab. 22: Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

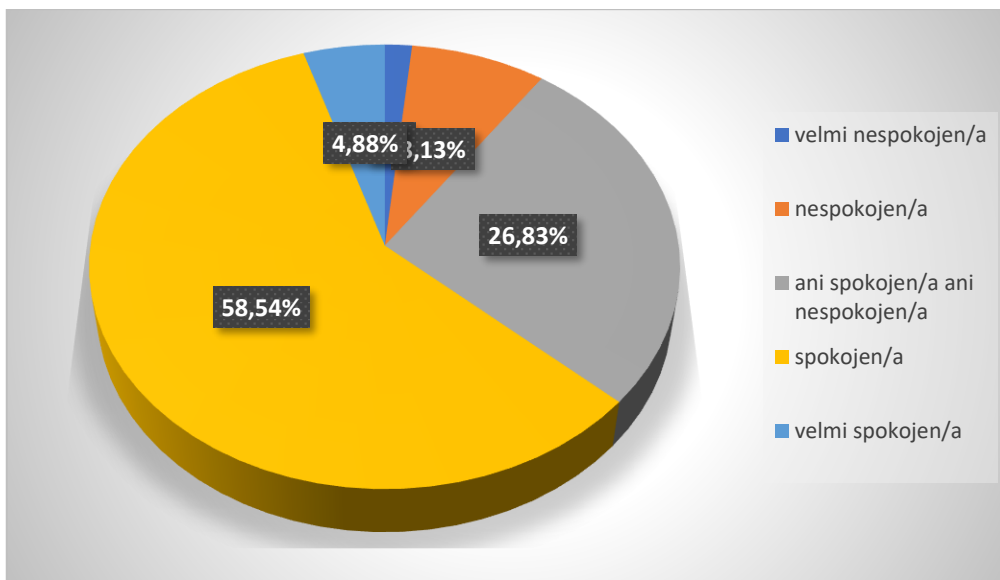
Jak jste spokojen/a s podporou kterou Vám poskytují přátelé?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
nespokojen/a	10	8,13
ani spokojen/a ani nespokojen/a	40	32,52
spokojen/a	67	54,47
velmi spokojen/a	6	4,88
Celkem:	123	100,00

Více jak polovina respondentů a to 54, 47 % (n=67) je „spokojen/a“ s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Pouze 4, 88 % (n=6) dotázaných označilo možnost „velmi spokojen/a“ s touto podporou, možnost „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ zvolilo 32,52 % (n=40) účastníků a „nespokojeno“ s podporou přátel bylo 8, 13 % (n=10) účastníků šetření.

Tab. 23: Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojen/a	2	1,63
nespokojen/a	10	8,13
ani spokojen/a ani nespokojen/a	41	33,33
spokojen/a	65	52,85
velmi spokojen/a	5	4,07
Celkem:	123	100,00

Nejvíce dotazovaných, celých 52,85 % (n=65) je s podmínkami v místě, kde žije, „spokojeno“. Celkem 33,33 % (n=41) respondentů označila možnost odpovědi „ani spokojen/a ani nespokojen/a“, variantu „nespokojen/a“ s podmínkami v místě, kde žije, uvedlo 8,13 % (n=10) účastníků. Odpověď „velmi nespokojen/ a“ zvolilo 1,63 % (n=2) a „velmi spokojen/a je s podmínkami, kde žijí 4,07 % (n=5).



Obr.6: Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

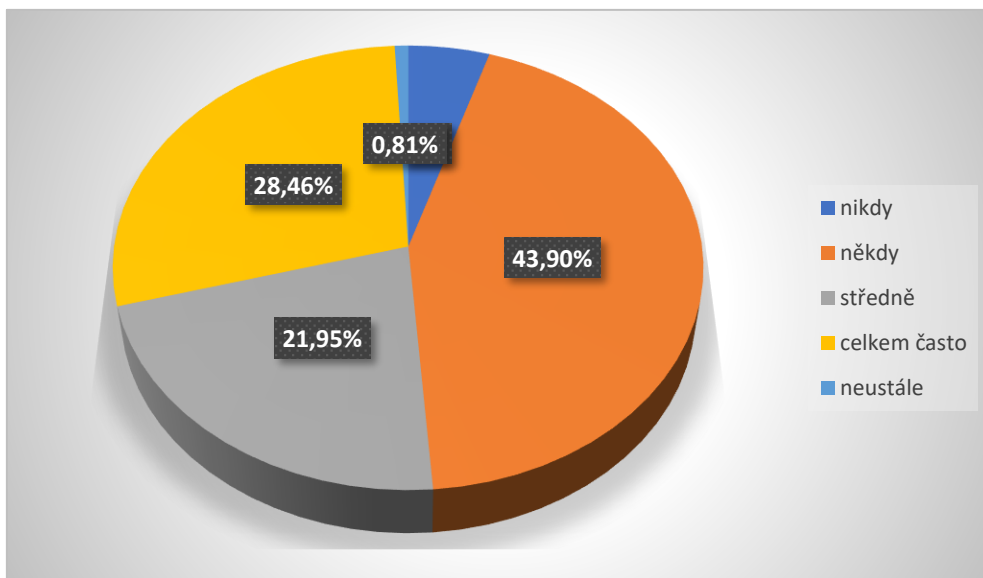
Celých 58 % (n=72) respondentů označilo možnost „spokojen/a“ s dostupností zdravotní péče. Možnost „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ s dostupností zdravotní péče zvolilo 27

% (n=33) dotázaných, odpověď „nespokojen/a“ s dostupností zdravotní péče uvádí 8 % (n=10) účastníků. „Velmi spokojen/a“ s dostupností zdravotní péče je 5 % (n=6) respondentů a nejméně účastníků 2 % (n=2) zvolilo možnost „velmi nespokojen/a“.

Tab. 24: Jak jste spokojen/a s dopravou?

Jak jste spokojen/a s dopravou?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojen/a	2	1,63
nespokojen/a	16	13,01
ani spokojen/a ani nespokojen/a	35	28,46
spokojen/a	65	52,85
velmi spokojen/a	5	4,07
Celkem:	123	100,00

Nejvíce označovanou možností byla varianta „spokojen/a“ s dopravou, kterou označilo ji 52,85 % (n=65) účastníků. Odpověď „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ zvolilo 28,46 % (n=35) dotázaných, v počtu 13,01 % (n=16) byla zvolena možnost „nespokojen/a“, „velmi nespokojen/a s dopravou je 1,63 % (n=2) respondentů, naproti tomu možnost „velmi spokojen/a“ s dopravou uvedlo 4,07 % (n=5) dotázaných.



Obr.:7 Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

V otázce „Jak často prožíváte negativní pocity?“ zvolilo možnost „někdy“ 44 % (n=54) dotázaných. V nejmenším zastoupení byla zvolená možnost „neustále“ a to v 1 % (n=1). Odpověď „nikdy“ uvedlo 5 % (n=6) respondentů, „celkem často“ prožívá negativní pocity 28 % (n=35) účastníků a variantu „středně“ označilo 22 % (n=27) dotázaných.

3.4 Diskuze

V této části bakalářské práce budou diskutovány výsledky vlastního šetření především ve vztahu k výše stanoveným hypotézám. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF budou také porovnány se zdravou populací.

3.4.1 Zhodnocení výsledků vlastní práce ve vztahu k pracovním hypotézám

V rámci této podkapitoly budou diskutovány výsledky vlastní práce ve vztahu k následujícím hypotézám.

H1: Lze předpokládat, že ukazatele kvality života u pacientů s FS na jednotlivé položky v dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na pohlaví.

H2: Lze předpokládat, že kvalita života u pacientů FS na jednotlivé položky v dotazníku se nebude statisticky významně lišit v závislosti na věku.

H3: Lze předpokládat, že kvalita života u pacientů s FS na jednotlivé položky v dotazníku se nebude statisticky významně lišit v závislosti na formě tohoto onemocnění.

H4: Lze předpokládat, že kvalita života pacientů s FS se nebude statisticky významně lišit v závislosti na rodinném stavu.

Vzhledem k relativně malé četnosti zkoumaného vzorku respondentů ($n=123$) bylo nutné sloučit vybrané charakteristiky respondentů do větších, logicky uspořádaných skupin tak, aby bylo možné provést základní statistickou analýzu pomocí neparametrického statistického testu významnosti Pearsonova χ^2 – kvadrátu a výsledky korektně interpretovat. Soubor dat nevykazoval parametry normálního rozdělení. Z tohoto důvodu byl použit neparametrický statistický test významnosti. Pro vlastní statistickou analýzu byly stanoveny tyto kategorie charakterizující účastníky šetření:

Z hlediska věku byl soubor respondentů rozdělen podle hodnoty mediánu na dvě kategorie, a to na respondenty ve věku do 59 let včetně a na respondenty ve věku 60 let a

více. Četnost dotazovaných v obou věkových kategoriích je uvedena v následující tabulce.

Tab. 25: Kategorie-věk

Věk respondentů:		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
do 59 let vč.	62	50,41
60 let +	61	49,59
0,00	123,00	100,00

K provedení statistické analýzy bylo nutné soubor rozdělit podle pohlaví respondentů.

Četnost v obou skupinách je uvedena v tab. 26

Tab. 26: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů:		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Muž	53	43,09
Žena	70	56,91
Celkem:	123,00	100,00

Z hlediska formy FS byli respondenti rozděleni na dvě skupiny, a to na respondenty s paroxysmální formou FS a na respondenty s permanentní formou FS. Četnosti respondentů jsou prezentovány v tab. 27

Tab. 27: Forma fibrilace síní

Forma fibrilace síní:		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Paroxysmální	45	36,59
Permanentní	78	63,41
Celkem:	123,00	100,00

Zkoumaný vzorek respondentů byl kategorizován také podle rodinného stavu, kde byly vytvořeny dvě kategorie a to „jiný než ženatý/vdaná“ a kategorie „ženatý/vdaná“. Četnosti respondentů v této kategorii jsou uvedeny v následující tab. 28

Tab. 28: Rodinný stav respondentů

Rodinný stav respondentů:		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
jiný než ženatý / vdaná	54	43,90
ženatý / vdaná	69	56,10
Celkem:	123	100,00

V následujícím tabelárním přehledu jsou prezentovány výsledky Pearsonova chí – kvadrátu, tedy výsledky statistického testování shora uvedených hypotéz. Pomocí specializovaného programu STATISTICA CZ 12 byly provedeny analýzy. Statistická významnost byla posuzována na standardní hladině obvyklé pro dotazníková šetření tohoto typu, tj. na hladině 0,05.

Statisticky významné výsledky, tj. výsledky, u kterých je vypočítaná p hodnota nižší než stanovená hladina statistické významnosti 0,05, jsou v tabelárním přehledu označeny tučně.

Tab. 29: Výsledky Pearsonova chí – kvadrátu

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	0,1987	0,9332	0,5401	0,0373
Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	0,0330	0,8963	0,7286	0,2494
Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	0,1380	0,2097	0,3964	0,2766
Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	0,0195	0,0087	0,4748	0,1509
Jak moc Vás těší život?	0,3851	0,6098	0,7126	0,3374
Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	0,0212	0,5846	0,7717	0,1029
Jak se dokážete soustředit?	0,1128	0,7068	0,0611	0,3170
Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	0,0386	0,3113	0,2251	0,1660
Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	0,2209	0,9399	0,8475	0,3813
Máte dost energie pro každodenní život?	0,0384	0,8719	0,1243	0,0270
Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	0,0241	0,4933	0,6535	0,0685
Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	0,0679	0,4440	0,0612	0,0699
Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	0,1163	0,3088	0,5062	0,2245
Máte možnost věnovat se svým zálibám?	0,3209	0,6082	0,0203	0,5990
Jak se dokážete pohybovat?	0,1854	0,7308	0,3548	0,7031
Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	0,0554	0,2460	0,3685	0,2876
Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?	0,1720	0,0851	0,3667	0,0033
Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem	0,0126	0,6530	0,0395	0,0184
Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	0,1324	0,3737	0,0519	0,1859
Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	0,3835	0,4849	0,2221	0,0952
Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	0,3930	0,5106	0,0893	0,0007

Jak jste spokojen/a s podporou kterou Vám poskytují přátelé?	0,3792	0,3440	0,7748	0,8098
Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě kde žijete?	0,8396	0,3861	0,3415	0,0870
Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	0,4489	0,8872	0,1929	0,1308
Jak jste spokojen/a s dopravou?	0,6263	0,3543	0,0779	0,1034
Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	0,5110	0,5720	0,0238	0,1391

Ze shora uvedeného tabelárního přehledu vyplývají ve vztahu k dříve stanoveným pracovním hypotézám následující závěry:

H1: Lze předpokládat, že ukazatele kvality života u pacientů s FS se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na pohlaví respondentů

S odkazem na provedenou statistickou analýzu vlastních dat lze konstatovat, že se u většiny položek dotazník nevyskytuje statisticky významný rozdíl v distribuci odpovědí respondentů mezi jednotlivé proměnné v závislosti na jejich pohlaví. Výjimky byly zaznamenány u položek:

„Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ (**p= 0,0330**)

„Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v normálním životě?“
(**p=0,0195**)

„Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ (**p=0,0212**)

„Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?“ (**p=0,0386**)

„Máte dost energie pro každodenní život?“ (**p=0,0384**)

„Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?“ (**p=0,0241**)

„Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“ ($p=0,0126$)

Kromě těchto 7 výjimek, lze konstatovat, že pohlaví respondentů zásadně neovlivňuje kvalitu života. Pro každou testovanou položku bylo pomocí STATISTICA CZ 12 vytvořena vícerozměrná kontingenční tabulka. Všechny položky v dotazníku WHOQOL-BREF patří k jedné ze čtyř domén, který jsou „Fyzické zdraví“, doména „Prožívání“, doména „Sociální vztahy“ a poslední doménou je „Prostředí“.

Z těchto statisticky významných položek byla snižená kvalita života u domény „Fyzického zdraví“, „Prostředí“ a „Prožívání“.

Z domény „Fyzické zdraví“ jsou to tyto položky: „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?“ „Máte dost energie pro každodenní život?“

„Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“ Doména „Prostředí“ je zastoupena v otázce „Jak bezpečně se cítíte v každodenním životě? Z domény „Prožívání“ jsou v zastoupení tyto položky: „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ a „Dokážete akceptovat svůj vzhled?“ V tabelárních přehledech jsou uvedeny v jednotlivých položkách statisticky významné rozdíly vzhledem k pohlaví.

Tab. 30: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Jak jste spokojen/a se svým zdravím			
Kategorie:	Muži	Ženy	Řádk. součty
velmi nespokojen/a	1	1	2
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	1,89 %	1,43 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	50,00 %	50,00 %	
nespokojen/a	17	25	42
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	32,08 %	35,71 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	40,48 %	59,52 %	
ani spokojen/a ani nespokojen/a	12	30	42
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	22,64 %	42,86 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	28,57 %	71,43 %	
spokojen/a	21	14	35
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	39,62 %	20,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	60,00 %	40,00 %	
velmi spokojen/a	2	0	2
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	3,77 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0,00 %	
Celkem	53	70	123

$p = 0,0330$

Pokud sečteme kladné možnosti odpovědi „spokojen/a“ a „velmi spokojen/a“ se svým zdravím, u mužů je to 43,39 % a u žen je tato hodnota pouze 20 %. Podíváme-li se na záporné odpovědi „velmi nespokojen/a“ a „nespokojen/a“ se svým zdravím, tak jsou ve větším počtu zastoupené ženy a to hodnotou 37,14 % a součet mužů tvoří 33,97 %. Je zřejmé, že se svým zdravím jsou více spokojeni muži než ženy. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi spokojeností se zdravím a pohlavím, v tom smyslu že ženy uvádějí nižší spokojenost se zdravím než muži.

Tab. 31: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?			
Kategorie:	Muži	Ženy	Řádk. součty
vůbec ne	1	3	4
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	1,89 %	4,29 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	25,00 %	75,00 %	
trochu	28	18	46
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	52,83 %	25,71 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	60,87 %	39,13 %	
středně	16	36	52
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	30,19 %	51,43 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	30,77 %	69,23 %	
hodně	8	13	21
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	15,09 %	18,57 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	38,10 %	61,90 %	
Celkem	53	70	123

p = 0,0195

V této otázce „Jak moc potřebujete lékařskou péči?“ možnost „hodně“ označilo 18,57 % žen a 15,09 % mužů. Volbu „středně“ označilo 51,43 % žen a pouze 30,19 % mužů. Na základě výsledků statistické analýzy lze konstatovat, že vlastním šetřením byl zjištěn statisticky významný rozdíl v tom smyslu, že ženy potřebují lékařskou péči více než muži. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi pohlavím a potřebě lékařské péče v každodenním životě v tom smyslu, že ženy potřebují lékařskou péči v každodenním životě více než muži.

Tab. 32: Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?			
Kategorie:	Muži	Ženy	Řádk. součty
vůbec ne	1	0	1
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	1,89 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0,00 %	
trochu	12	12	24
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	22,64 %	17,14 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	50,00 %	50,00 %	
středně	9	30	39
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	16,98 %	42,86 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	23,08 %	76,92 %	
hodně	23	24	47
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	43,40 %	34,29 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	48,94 %	51,06 %	
maximálně	8	4	12
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	15,09 %	5,71 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	66,67 %	33,33 %	
Celkem	53	70	123

$p = 0,0212$

Při otázce „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ odpověď „středně“ zvolilo 42,86 % žen a naproti tomu pouze 16,98 % mužů. Kladně hodnocených odpovědí „hodně a maximálně“ uvedlo 58,49 % mužů a 40 % žen. Odpověď „trochu“ zvolilo 22,64 % mužů a 17,14 % žen. Na základě výsledků statistické analýzy lze konstatovat, že vlastním šetřením byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi tím, nakolik má život pro respondenty smysl v závislosti na pohlaví. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi smyslem života a pohlavím, v tom smyslu, že četnost mužů, kterým dává život smysl je statisticky vyšší než u žen.

Tab.: 33 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?			
Kategorie:	Muži	Ženy	Řádk. součty
vůbec ne	2	2	4
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	3,77 %	2,86 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	50,00 %	50,00 %	
trochu	11	18	29
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	20,75 %	25,71 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	37,93 %	62,07 %	
středně	22	41	63
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	41,51 %	58,57 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	34,92 %	65,08 %	
hodně	18	8	26
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	33,96 %	11,43 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	69,23 %	30,77 %	
maximálně	0	1	1
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	0,00 %	1,43 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	0,00 %	100,00 %	
Celkem	53	70	123

$p = 0,0386$

V největším zastoupení byla zvolena možnost „středně“, kterou vybralo 58,57 % žen a 41,5 % mužů. „Hodně“ a „maximálně“ bezpečně se cítí 33,96 % mužů a pouze 12,86 % žen. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost, mezi pocitem bezpečí v životě a pohlavím, v tom smyslu, že četnost žen, kteří se cítí dostatečně bezpečně je významně nižší než četnost mužů.

Tab. 34: Máte dost energie pro každodenní život?

Máte dost energie pro každodenní život?			
Kategorie:	Muži	Ženy	Řádk. součty
vůbec ne	3	0	3
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	5,66 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0 00 %	
spíše ne	11	21	32
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	20,75 %	30, 00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	34,38 %	65,63 %	
středně	17	29	46
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	32,08 %	41,43 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	36,96 %	63,04 %	
většinou ano	19	20	39
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	35,85 %	28,57 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	48,72 %	51,28 %	
zcela	3	0	3
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	5,66 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0,00 %	
Celkem	53	70	123

p = 0,0384

Zda mají respondenti dost energie pro každodenní život, ohodnotili následovně. Sečtené kladné odpovědi mužů tvoří 41,51 % a u žen je tato hodnota 28,57 %. Záporné hodnocení „spíše ne“ a „vůbec ne“ u žen tvoří 30 % a u mužů 26,41 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi potřebou energie v životě a pohlavím v tom smyslu, že četnost žen, kteří mají dostatek energie v životě, je statisticky významně nižší než četnost mužů.

Tab. 35: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?			
	Muži	Ženy	Řádk. Součty
vůbec ne	0	1	1
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	0,00 %	1,43 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	0,00 %	100,00 %	
spíše ne	9	20	29
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	16,98 %	28,57 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	31,03 %	68,97 %	
středně	5	13	18
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	9,43 %	18,57 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	27,78 %	72,22 %	
většinou ano	32	35	67
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	60,38 %	50,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	47,76 %	52,24 %	
zcela	7	1	8
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	13,21 %	1,43 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	87,50 %	12,50 %	
Celkem	53	70	123

$p = 0,0241$

V této otázce zaznamenáváme výraznou četnost odpovědí u mužů v kategorii „většinou ano“ která tvoří 60,38 %. U žen je to 50,00 %. V kategorii „zcela“ je opět vyšší procento mužů 13,21 % a žen je pouze 1,43 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi schopností akceptovat svůj vzhled a pohlavím v tom smyslu, že četnost žen je statisticky významně nižší než četnost mužů.

Tab. 36: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem			
Kategorie:	Muži	Ženy	Řádk. Součty
velmi nespokojen/a	1	1	2
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	1,89 %	1,43 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	50,00 %	50,00 %	
nespokojen/a	9	31	40
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	16,98 %	44,29 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	22,50 %	77,50 %	
ani spokojen/a ani nespokojen/a	19	20	39
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	35,85 %	28,57 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	48,72 %	51,28 %	
spokojen/a	24	18	42
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	45,28 %	25,71 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	57,14 %	42,86 %	
Celkem	53	70	123

$p=0,0126$

Se svým pracovním výkonem je spokojeno 45,28 % mužů, naproti tomu žen pouze 25,71 %. Docela rozdílné jsou i výsledky v „nespokojenosti“ se svým pracovním výkonem, kdy muži tvoří pouze 16,98 % a ženy 44,29 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi vyjádření spokojenosti s pracovním výkonem a pohlavím, v tom smyslu, že četnost žen je statisticky významně nižší než četnost mužů.

Vliv pohlaví

Zjistili jsme, že kvalita života u pacientů s FS je ovlivňována ženským pohlavím, ve smyslu, že ženy udávají horší kvalitu života než muži. Moqem (2020) také popisuje, že pacientky s FS udávaly sníženou kvalitu života ve srovnání s muži, jsou starší a polymorbidní. Upozorňuje, že nejvýznamnější faktory, které snižují kvalitu života u žen, je jejich vyšší zátěž než u mužů, větší vnímání symptomů a nedostatečné využití invazivních metod v léčbě FS. Překvapivý je fakt, že FS u žen se kvůli ochranným

faktorům rozvíjí méně rychle. Výskyt FS se s věkem zvyšuje stejně jako u mužů. Uvádí, že více než 60 % pacientů s FS má zhoršenou kvalitu života, přičemž 17 % má následky spojeny s invaliditou. Ačkoliv jsou pacientky ve studiích nedostatečně zastoupeny, dostupná literatura naznačuje, že ženy s FS mohou trpět vícero symptomy a mají sníženou kvalitu života. (Moqem, 2020)

Stromnes (2019) dodává, že ženy mají vyšší prevalenci hypertenze, onemocnění štítné žlázy, onemocnění srdečních chlopní a diabetes mellitus, zatímco muži trpí spíše onemocněním koronárních tepen a mají idiopatickou FS. Riziko CMP je vyšší u žen, a to i přes použitou antikoagulační léčbu. U žen je též zaznamenána vyšší úmrtnost ve srovnání s muži. (Stromnes, 2019)

Následně uváděná studie používala standardizovaný dotazník Atrial Fibrillation Effect on Quality of life (dále jen AFEQT). Tento dotazník má 20 položek, používá Likertovou stupnici odpovědí k analýze čtyř domén a to doména „Příznaky“, dále „Každodenní činnosti“, doména „Obavy z léčby“ a „Spokojenosti s léčbou“. Celkové skóre AFEQT se vypočítává pomocí prvních třech domén k získání celkového skóre v rozmezí od 0 (nejlepší zdravotní stav) do 100 (extrémní postižení). (Ikemura, 2019)

Ikemura a kolektiv hodnotili 1534 pacientů z multicentrického registru Keio Interhospital Cardiovascular studies-Atrial of Fibrillation v Japonsku, z toho v zastoupení 458 žen (29,9 %) a 1076 mužů (70,1 %). Studie probíhala v letech 2012-2015. Ve srovnání s muži byly ženy starší, medián věku 73 let vs. věk mužů medián 65. Výsledky ukázaly, že ženy měly nižší medián celkového souhrnného skóre AFEQT než muži, a to 75 vs. 80. Tato studie také uvádí, že ženy měly častěji dyslipidémii 171 (38,7 %) vs. 332 (31,1 %), srdeční selhání 74 (16,6 %) vs. 129 (12,1 %) a chronické onemocnění ledvin 209 (49,2 %) vs. 399 (39,7 %). Ve srovnání oblasti denních aktivit se ukázal nižší průměr u žen v porovnání s muži v poměru 75 vs. 80. (Ikemura, 2019)

V našem dotazníkovém šetření byly oproti této studii více zastoupeny ženy 70 (55,91 %) než muži 53 (43,09 %). I přes věkové zastoupení do 65 let věku, který byl omezen dotazníkem WHOQOL BREF, byla zaznamenána snížená kvalita života u žen v doméně „Fyzického zdraví“ a v doméně „Prožívání“. V položce „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ je u mužů 43,39 % a u žen je tato hodnota pouze 20 %. Pro srovnání denních aktivit můžeme použít položku „Máte dost energie pro každodenní život?“ kde kladné odpovědi mužů tvoří 41,51 % naproti tomu u žen je to 28,57 %. Dost energie pro každodenní život „spíše nemá“ 20,75 % mužů a 30,00 % žen. V položce „Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“ jsou jednoznačně spokojeni muži (45,28 %) oproti ženám (pouze 25,71 %). V hodnocení „nespokojenosti“ se svým pracovním výkonem muži tvoří pouze 16,98 %, ženy 44,29 %. Můžeme říct, že i dle našeho dotazníkového průzkumu mají ženy sníženou kvalitu života než muži.

H2: Lze předpokládat, že kvalita života pacientů s FS na jednotlivé položky v dotazníku se nebude statisticky významně lišit v závislosti na věku.

S odkazem na provedenou statistickou analýzu vlastních dat lze konstatovat, že se u položek v dotazníku nevyskytuje statisticky významný rozdíl v distribuci odpovědí respondentů mezi jednotlivé proměnné v závislosti na jejich věku. Výjimka byla zaznamenána u jedné položky:

„Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?“
p=0,0870

Tab. 37: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?			
Kategorie:	Věk do 59 let vč.	Věk 60+	Řádk. součty
vůbec ne	3	1	4
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	4,84 %	1,64 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	75,00 %	25,00 %	
trochu	31	15	46
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	50,00 %	24,59 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	67,39 %	32,61 %	
středně	22	30	52
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	35,48 %	49,18 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	42,31 %	57,69 %	
hodně	6	15	21
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	9,68 %	24,59 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	28,57 %	71,43 %	
Celkem	62	61	123

p = 0,00870

Respondenti ve věku nad 60 let označili, že potřebují lékařskou péči v kategorii „středně“ v 49,18 %, naproti tomu respondenti do 59 let včetně v této kategorii tvoří pouze 35,48 %. Odpověď „hodně“ hodnotili účastníci nad 60 let věku ve 24,59 %, naproti tomu respondentů do 59 let tvořilo 9,68 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje signifikantní závislost mezi potřebou lékařské péče a věkem, v tom smyslu, že četnost potřeby lékařské péče je statisticky významně nižší u respondentů do 59 let, než četnost respondentů nad 60 let věku.

Vliv věku

Dotazníkového šetření v rámci této bakalářské práce se účastnili respondenti ve věku od 38 do 65 let, a to v zastoupení do 59 let věku v 50,41 % a nad 60let věku v 49,59 %. Můžeme říci, že procentuálně jsou tyto skupiny skoro vyrovnané. V položce „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste fungovali v každodenním životě?“ vzhledem k věku

jsme zjistili, že potřeba lékařské péče u respondentů starších 60 let je vyšší, což se může pojit se zhoršováním zdravotního stavu ve smyslu třeba častější palpitace a následná návštěva lékaře, mohou nastat komplikace s léčbou, např. krvácivé projevy, ischemické choroby a následné úpravy antikoagulační léčby. Se zvyšujícím se věkem se u pacientů s FS přidružují i další onemocnění např. srdeční selhání, plicní embolie atd.

Kavousi (2020) uvádí, že prevalence se se stoupajícím věkem zvyšuje, ve věku nad 75 let je to přibližně 10 %. Vyšší výskyt FS je zaznamenán u mužů. Ženy jsou v době diagnózy stanovení FS starší, mají horší kvalitu života, větší riziko CMP. (Kavousi, 2020)

I přesto, že šetřením této bakalářské práce bylo zjištěno, že potřeba lékařské péče stoupá s věkem, se autorka bakalářské práce setkala s pacienty, kteří byli i věkově mladší než 60 let, často pociťovali palpitace, opakovaně navštěvovali kardiologickou ambulanci nebo praktického lékaře. Mnohokrát nepomohla ani léčba, kterou si měli vzít při atace onemocnění. Takoví pacienti jsou pak předkládání k výkonu izolace plicních žil, po který se symptomy minimalizují. Naopak pacienti starší se správně nastavenou léčbou se naučili s nemocí žít, dochází do ambulance a těší se dobrému zdraví. Proto se autorka práce domnívá, že sice obecně potřeba lékařské péče stoupá s věkem, v případě onemocnění FS však záleží, v jakém stádiu dotazovaný právě je, jestli v počátku onemocnění, nastavování potřebné léčby, čeká na katetrizační výkon, jestli dojde ke snížení symptomu po katetrizačním výkonu atd.

Zda je zhoršená kvalita života u pacientů nad 75 let, nebylo vzhledem k věku respondentů do 65 let zjištěno. Tento věk byl ovlivněn kritériem dotazníku WHOQOL-BREF. Pro pacienty nad 65 let je určen dotazník WHOQOL OLD, který měl být původně také použit v dotazníkovém šetření, bylo však od něj, vzhledem k hodně komorbiditám u pacientů s FS jako jsou CMP a demence ve vyšším věku, upuštěno.

H3: Lze předpokládat, že kvalita života pacientů s FS na jednotlivé položky v dotazníku se nebude statisticky významně lišit v závislosti na formě tohoto onemocnění.

V následujících položkách byly zaznamenány tyto statisticky významné rozdíly vzhledem k formě onemocnění:

„Máte dost energie pro každodenní život?“ **p=0,0270**

„Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?“ **p=0,0033**

„Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“ **p=0,0184**

„Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?“ **p=0,0007**

Tab. 38: Máte dost energie pro každodenní život?

Máte dost energie pro každodenní život?			
Kategorie:	Paroxysmální fibrilace	Permanentní fibrilace	Řádk. součty
vůbec ne	3	0	3
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	6,67 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0,00 %	
spíše ne	11	21	32
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	24,44 %	26,92 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	34,38 %	65,63 %	
středně	15	31	46
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	33,33 %	39,74 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	32,61 %	67,39 %	
většinou ano	13	26	39
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	28,89 %	33,33 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	33,33 %	66,67 %	
Zcela	3	0	3
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	6,67 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0,00 %	
Celkem	45	78	123

p = 0,0270

V odpovědích „vůbec ne“ a „spíše ne“ respondenti s paroxysmální formou FS tvoří 31,11 % a účastníci s permanentní formou FS 26,92 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost

mezi nedostatkem energií pro každodenní život a formou FS v tom smyslu, že dotazovaní s paroxysmální formou FS mají statisticky méně energie než dotazovaní s permanentní FS.

Tab. 39: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?

Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?			
Kategorie:	Paroxysmální fibrilace	Permanentní fibrilace	Řádk. součty
velmi nespokojen/a	1	0	1
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	2,22 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0,00 %	
nespokojen/a	6	25	31
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	13,33 %	32,05 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	19,35 %	80,65 %	
ani spokojen/a ani nespokojen/a	25	23	48
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	55,56 %	29,49 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	52,08 %	47,92 %	
spokojen/a	11	30	41
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	24,44 %	38,46 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	26,83 %	73,17 %	
velmi spokojen/a	2	0	2
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	4,44 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0,00 %	
Celkem	45	78	123

$p = 0,0327$

Kategorii „spokojen/a“ a „velmi spokojen/a“ zvolilo více respondentů s permanentní FS 38,46 % než dotázaní s paroxysmální FS se 28,88 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi schopností provádět každodenní činnost a formou FS v tom smyslu, že spokojenost respondentů s paroxysmální FS je významně nižší než spokojenost respondentů s permanentní FS.

Tab. 40: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem			
Kategorie:	Paroxysmální fibrilace	Permanentní fibrilace	Řádk. součty
velmi nespokojen/a	2	0	2
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	4,44 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0,00 %	
nespokojen/a	8	32	40
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	17,78 %	41,03 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	20,00 %	80,00 %	
ani spokojen/a ani nespokojen/a	18	21	39
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	40,00 %	26,92 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	46,15 %	53,85 %	
spokojen/a	17	25	42
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	37,78 %	32,05 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	40,48 %	59,52 %	
Celkem	45	78	123

p=0,0184

V kategorii „nespokojen/a“ se svým pracovním výkonem jsou ve větším zastoupení respondenti s permanentní FS 41,03 %, oproti dotazovaným s paroxysmální FS 17,78 %. Možnost „spokojen/a“ zvolilo více účastníků s paroxysmální formou FS v hodnotě 37,78 % a respondenti s permanentní FS 32,05 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi spokojeností s pracovním výkonem a formou FS v tom smyslu, že spokojenost s pracovním výkonem u dotazovaných s permanentní FS je statisticky významně nižší než u respondentů s paroxysmální FS.

Tab. 41: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?			
Kategorie:	Paroxysmální fibrilace	Permanentní fibrilace	Řádk. součty
velmi nespokojen/a	6	7	13
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	13,33 %	8,97 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	46,15 %	53,85 %	
nespokojen/a	11	47	58
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	24,44 %	60,26 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	18,97 %	81,03 %	
ani spokojen/a ani nespokojen/a	9	14	23
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	20,00 %	17,95 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	39,13 %	60,87 %	
spokojen/a	18	10	28
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	40,00 %	12,82 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	64,29 %	35,71 %	
velmi spokojen/a	1	0	1
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	2,22 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	100,00 %	0,00 %	
Celkem	45	78	123

p=0,0007

Nejvíce respondentů uvedlo možnost „nespokojen/a“ se svým sexuálním životem. V případě permanentní FS to bylo až 60,26 % a u paroxysmální formy FS tato hodnota byla 24,44 %. V možnosti „spokojen/a“ se svým sexuálním životem větší část tvoří dotázaní s paroxysmální FS 40,00 % a respondenti s permanentní FS byli spokojeni jen v 12,82 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi spokojeností se sexuálním životem a formou FS, v tom smyslu, že spokojenost se sexuálním životem u respondentů s permanentní formou FS je výrazně nižší než spokojenost se sexuálním životem u dotazovaných s paroxysmální FS.

Vliv formy onemocnění na kvalitu života u pacientů s FS

V dotazníkovém šetření této práce respondenti uvádějí, zda se léčí s paroxysmální (36,59 %) nebo permanentní (63,41 %) formou onemocnění. První tři položky, u kterých jsme zaznamenali statisticky významný rozdíl, patří do domény „Fyzické zdraví“. Položka „Jak jste spokojen/a se sexuálním životem je řazena k doméně „Sociální vztahy“. V otázce „Máte dost energie pro každodenní život?“ jsme z kladných odpovědí respondentů zjistili, že dotazovaní s paroxysmální FS mají více energie pro každodenní život (35,67 %), než účastníci s permanentní FS (33,33 %). Domníváme, se že to může být právě nižším výskytem palpitací u paroxysmální FS, než je u permanentní formy. Předpokládáme, že pacienti mohou být také méně unavení, mají více energie v denním životě. Při shlednutí záporných odpovědí je zřejmé, že možnost „spíše ne“ zvolilo (26,92 %) dotazovaných s permanentní FS a paroxysmální FS (24,44 %). Co je zajímavé, při volbě mám energii „zcela“ a „vůbec ne“ dotazovaní s permanentní FS ne zvolili ani jednu možnost. A pacienti s paroxysmální formou byli při volbě mám energii „zcela“ a „vůbec ne“ ve stejném zastoupení (6,67 %). Při paroxysmální formě odpověď mám energii „zcela“ chápu, že dotazovaný neměl momentálně např. palpitace. Při záporné odpovědi „vůbec ne“ u paroxysmální formy je možné, že respondenti, kteří odpovídali na dotazník, měli momentálně symptomy.

Při „schopnosti provádět každodenní činnosti“ byli výrazněji „nespokojeni“ účastníci s permanentní FS (32,05 %), oproti dotazovaným s paroxysmální FS (13,33 %). Autorka práce byla překvapena výsledkem, kdy sečtením kladných reakcí „spokojen/a“ a „velmi spokojen/a“ s prováděním každodenních činností byli respondenti s permanentní FS spokojenější v 38,46 % oproti paroxysmální FS (28,88 %), kde je pravděpodobné, že dotazovaní s permanentní FS se při delším trvání této nemoci přizpůsobí, při správně nastavení léčbě neudává palpitace. Autorka práce se domnívá, že vnímání tohoto

onemocnění je opravdu individuální. V položce „Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“ je „nespokojen/a“ (41,03 %) dotazovaných s permanentní FS oproti respondentům s paroxysmální FS 17,78 %. „Spokojenější“ s pracovním výkonem jsou dotazovaní s paroxysmální formou FS (37,78 %) v poměru s permanentní formou FS (32,05 %). I když dotaz směřuje na pracovní výkon a respondenti jsou do 65 let věku, je zřejmé, že nebudou všichni v pracovním poměru, respondenti tím mohli uvádět nespokojenost s pracovním výkonem třeba v domácnosti, nebo např. na zahradě.

Zajímavou studii, která porovnávala pacienti s permanentní a perzistentní formou FS po katetrizační ablaci, uvádí Bulková (2011) a kolektiv. Ve studii, která probíhala v roce 2007 v nemocnici v Podlesí a v nemocnici Hradec Králové, bylo zařazeno 89 pacientů s paroxysmální FS a 56 s dlouhodobě perzistentní FS, u kterých byla provedena v jednom roce katetrizační ablace, a následně tyto pacienti byli sledováni po dobu 2 let. Za účelem zjištění kvality života byli pacientům zadávány dotazníky EQ-5D, které hodnotí subjektivní a objektivní kvalitu života. K objektivním ukazatelům v tomto dotazníku patří pohyblivost, sebeobsluha, obvyklá činnost, bolest, úzkost. Subjektivní hodnocení pacienti hodnotili na stupnici se škálou 0-100 %, kde pacient uvádí, jak se momentálně cítí, přičemž 0 – nejhorší stav, 100- nejlepší stav. Pacienti tyto dotazníky vyplňovali první 2 dny hospitalizace, pak po 6, 12, 18 a 24 měsících. Bulková ve svých výsledcích uvádí zjištění, že pacienti s paroxysmální formou trpí více palpitacemi (85 %) a pacienti s perzistentní formou udávají dušnost a sníženou výkonnost (75 %). V našem šetření „nespokojenost s prováděním každodenní činnosti“ taky výrazně uvedli respondenti s permanentní formou FS (32,05 %) oproti dotazovaným s paroxysmální FS (13,33 %). „Spokojení s pracovním výkonem“ byli ale více dotazovaní s permanentní FS (38,46 %) než s paroxysmální FS (28,88 %). Bulková po dvouletém sledování těchto pacientů po ablaci srovnává jejich kvalitu života. Dospěla k závěrům, že lepší kvalitu

života mají po ablaci pacienti s dlouhodobě permanentní FS. Nárůst v objektivní složce o (13 %) a v subjektivní složce o (9 %) oproti pacientům s paroxysmální FS, kde byl nárůst pouze o 1 %, tzn. výsledná hodnota kvalita života pacientů s permanentní FS byla vyšší než hodnota kvalita života pacientů s paroxysmální FS. Bulková ve studii poukazuje i na socioekonomický dopad katetrizační ablace v pozitivním smyslu, kdy dochází ke snížení počtu pracovních neschopností a hospitalizací. (Bulková, 2011)

Další statistický významný rozdíl byl zaznamenán v otázce: „Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?“ v poměru k formě onemocnění FS. Pacienti s permanentní FS hodnotili svůj sexuální život negativně, a to až v (69,23 %) naproti pacientům s paroxysmální formou (37,77 %). V kladných odpovědích bylo větší zastoupení pacientů s paroxysmální formou (42,22 %) než u pacientů s permanentní formou (12,82 %). Domníváme se, že tak vysoký výskyt nespokojenosti se sexuálním životem si můžeme vysvětlit dalšími přidruženými onemocněními, kterými jsou pacienti s FS sužováni, často je to např. srdeční selhání, stav po infarktu myokardu atd. Mnohokrát mohou být příčinou psychické obavy.

Sexuální aktivita (dále jen SA) je důležitou součástí života jedince a výrazně ovlivňuje jeho kvalitu. Mezi prvními, kdo se v České republice zajímal o sexuální problematiku u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, byl prof. Mudr. Petr Niederle, DrSc. Když se v literatuře podíváme na FS a sexuální dysfunkci, příčinou není samotné onemocnění, ale může ji způsobovat léčba, která je nastavena. Hudec popisuje, že se jedná hlavně o léčbu betablokátorů a diuretik, které uvádějí starší studie. Novější studie popisují, že modernější léky z těchto skupin erektilní dysfunkci (dále jen ED) nezpůsobují. Např. terapie betablokátorů prokázala, že po 1 roce užívání těchto léků pouze 5 pacientů z 1000 trpí ED. Při léčbě novými betablokátorů je popisován i tzv. nocebo efekt, opak placebo efektu, kdy pacient ví o nežádoucím účinku a očekává ho.

U pacientů, kde je potřebná léčba betablokátorů a je zřejmá souvislost s ED, je možnost nahradit ho nebivololem. Hudec (2017) se vyjadřuje i k SA pacientů s FS. Pokud mají dobře frekvenčně kontrolovanou fibrilaci síní a zvládají dobře volnočasové aktivity, mohou se věnovat SA. Ve studii ELSA byla porovnána SA u osob ve věku 50 let a více v závislosti s kardiovaskulárním onemocněním (dále jen KVO). Sexuálně aktivních bylo 69 % mužů s KVO vs. 80 % mužů bez KVO. Méně sexuálně aktivní byli jedinci, kteří prodělali KVO v posledních čtyřech letech. U žen, kterým byla diagnóza stanovena před méně než čtyři roky, bylo méně pravděpodobné, že budou sexuálně aktivní a to 35 % vs. 55 %. Z těchto výsledků plyne důležitost edukace pacientů o bezpečnosti a rizicích SA. (Hudec, 2017)

H4: Lze předpokládat, že kvalita života pacientů s FS se bude statisticky významně lišit v závislosti na rodinném stavu

V následujících položkách byly zaznamenány statisticky významné rozdíly vzhledem k rodinnému stavu.

Tab. 42: Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Máte možnost věnovat se svým zálibám?			
Kategorie:	jíný než ženatý / vdaná	ženatý / vdaná	Řádk. součty
spíše ne	17	13	30
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	31,48 %	18,84 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	56,67 %	43,33 %	
Středně	22	21	43
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	40,74 %	30,43 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	51,16 %	48,84 %	
většinou ano	15	28	43
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	27,78 %	40,58 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	34,88 %	65,12 %	
Zcela	0	7	7
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	0,00 %	10,14 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	0,00 %	100,00 %	
Celkem	54	69	123

p = 0,02031

V této otázce v odpovědi „zcela“ a „většinou ano“ bylo zaznamenáno více odpovědí od respondentů v kategorii „ženatý/vdaná“ a to 50,72 % oproti respondentům „jíný než ženatý/vdaná“ 27,78 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi rodinným stavem a možností věnovat se svým zálibám v tom smyslu, že četnost respondentů „jíný než ženatý/vdaná“ je statisticky významně nižší než četnost respondentů ženatý /vdaná.

Tab. 43: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem			
Kategorie:	jiný než ženatý / vdaná	ženatý / vdaná	Řádk. součty
velmi nespokojen/a	0	2	2
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	0,00 %	2,90 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	0,00 %	100,00 %	
nespokojen/a	21	19	40
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	38,89 %	27,54 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	52,50 %	47,50 %	
ani spokojen/a ani nespokojen/a	21	18	39
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	38,89 %	26,09 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	53,85 %	46,15 %	
spokojen/a	12	30	42
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	22,22 %	43,48 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	28,57 %	71,43 %	
Celkem	54	69	123

p= 0,03949

S pracovním výkonem jsou „spokojen/a“ respondenti „ženatý/vdaná“ v 43,48 % v porovnání s dotazovanými v kategorii „jiný než ženatý/vdaná“ s 22,22 %. Nespokojeni jsou respondenti „jiný než ženatý /vdaná“ ve 38,89 % oproti kategorii ženatý/vdaná 27,54 %. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi rodinným stavem a spokojeností s pracovním výkonem v tom smyslu, že respondenti „jiný než ženatý“ jsou významně méně spokojeni s pracovním výkonem než respondenti v kategorii „ženatý /vdaná“.

Tab. 44: Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?			
Kategorie:	jiný než ženatý / vdaná	ženatý / vdaná	Řádk. součty
Nikdy	0	6	6
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	0,00 %	8,70 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	0,00 %	100,00 %	
Někdy	19	35	54
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	35,19 %	50,72 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	35,19 %	64,81 %	
Středně	16	11	27
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	29,63 %	15,94 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	59,26 %	40,74 %	
celkem často	19	16	35
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	35,19 %	23,19 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	54,29 %	45,71 %	
Neustále	0	1	1
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	0,00 %	1,45 %	
<i>Řádková relativní četnost</i>	0,00 %	100,00 %	
Celkem	54	69	123

p=0,02377

V této položce odpověď „někdy“ zvolilo 50,72 % v kategorii „ženatý/vdaná“ oproti kategorii „jiná než ženatý/vdaná“ 35,19 %. Možnost „celkem často“ označilo více respondentů „jiný než ženatý /vdaná“ 35,19 % oproti dotazovaným „ženatý/vdaná“ 23,19. Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi rodinným stavem a prožívání negativních pocitů v tom smyslu, že respondenti „jiný než ženatý/vdaná“ prožívají více negativních pocitů než respondenti v kategorii „ženatý/vdaná.

Vliv rodinného stavu na kvalitu života

Hamplová popisuje rodinný stav jako významný faktor, který ovlivňuje psychické a fyzické zdraví člověka, spokojenost a kvalitu života. Proč by měli být ženatí a vdaní

lidé šťastnější než nezadaní? V literatuře se dovídáme o teorii selekce a kauzality vzhledem k rodinnému stavu. Teorie selekce, vysvětluje, že do manželství vstupují lidé s určitými charakteristickými vlastnostmi, kteří je předurčují k tomu, aby byli spokojenější a šťastnější. Tato teorie bývá často zpochybňována třemi důvody. Výzkumy, které sledovali rozdíly před a po manželství, našli pouze malý rozdíl mezi ženatý/vdaný a nezadanými. Dalším důvodem zpochybňování, je fakt, že vdovy a vdovci, po úmrtí partnera ztrácejí výhody manželského stavu. Třetím důvodem je zjištění, že svobodní lidé neumírají na geneticky podmíněné nemoci, ale na nemoci vysvětlitelné rozdílným životním stylem. Zastánci kauzálního vysvětlení uvádějí, že život v manželství vede ke zdravějšímu životnímu stylu, ženatí a vdaní lidé mají vyšší životní standard, protože společně hospodaří. Na lepší životní pohodu působí citová podpora partnera. Lidé v manželství se dožívají vyššího věku, trpí méně depresí, a úzkostnými poruchami. (Hamplová, 2006)

Výzkumné šetření této bakalářské práce ukázalo, že možnost věnovat se svým zálibám mají ve větší míře kategorie „ženatý /vdaný“ 50,72 % oproti kategorii „jiný než ženatý/vdaný“ 27,78 %. Lze to porovnat s výsledky v šetření, kde v položce „Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese?“ bylo zjištěno, že dotazovaní v kategorii „ženatý /vdaný“ prožívají méně často negativní pocity 23,19 % oproti dotazovaným v kategorii „jiný než ženatý /vdaný“ 35,19 %. Lze tedy říci, že u respondentů prožívá méně negativních pocitů v kategorii ženatý/vdaný oproti jiný než ženatý/vdaný. Když bude zhodnocena položka „spokojenost s pracovním výkonem“, ve 43,48 % jsou spokojeni respondenti v kategorii ženatý/vdaný, oproti ženatý/vdaný 22,22 %. I zde je vidět vyšší spokojenost s pracovním výkonem u zadaných respondentů. Lze tedy říci, že v tomto dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že zadaní lidé prožívají méně

negativních pocitů, jsou spokojenější s pracovním výkonem a mají více možností věnovat se svým zálibám než dotazovaní v kategorii „jiný než ženatý/vdaná“.

3.4.2 Porovnání výsledků s běžnou populací

Získaná data z provedeného dotazníkového šetření byla porovnána s daty běžné populace, která jsou uvedena v Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života. Dle standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF se hodnotí kvalita života dle čtyř domén a první dvě otázky se hodnotí zvlášť. V následující tabulce je přehled výsledků domén a dvou otázek z dotazníkového šetření u pacientů s FS.

Tab. 45: Hodnocení domén dle dotazníku WHOQOL-BREF

Otázka/Doména	Počet	Medián	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Min.	Max.
Otázka č. 1	123	3,0	3,16	0,94	1,00	5,00
Otázka č. 2	123	3,0	2,94	0,87	1,00	5,00
Doména č. 1	123	12,57	12,62	2,52	6,28	18,28
Doména č. 2	123	13,33	12,93	3,02	6,00	18,67
Doména č. 3	123	13,33	12,71	2,61	6,67	18,66
Doména č. 4	123	13,50	13,29	2,22	6,50	18,00

V porovnání s běžnou populací bylo dotazníkovým šetřením u dotazovaných s FS zjištěno následující:

V otázce č. 1 - Q1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ Aritmetický průměr v této otázce u dotazovaných s FS tvoří 3,16 (SD 0,94). U běžné populace je tato hodnota 3,82 (SD 0,72), rozpětí škály u této otázky je 1-5.

V otázce č. 2 - Q2 „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ Hodnota aritmetického průměru u běžné populace je 3,68. V našem dotazníkovém šetření hodnota činí 2,94 (SD 0,87), rozpětí škály je stejné jako u otázky č. 1, 1-5. U hodnocení obou otázek lze říci, že odpovědi respondentů s FS se výrazně neliší od odpovědí respondentů běžné populace.

S porovnáváním odpovědí bylo pokračováno i v samostatných čtyřech doménách fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

V doméně „Fyzické zdraví“, kterou tvoří sedm otázek, z výzkumného šetření tvoří aritmetický průměr 12,62 (SD 2,52). Průměr u běžné populace je 15,55 (SD2,55), rozpětí škály činí 5,14 - 20,00. Pro domény WHOQOL-BREF je stanovena spodní hranice fyzického zdraví hodnota 14,3. Mírně snížená kvalita domény činí hodnotu 13,0. Z výsledků vyplývá, že respondenti s FS mají v této doméně mírně sníženou kvalitu života oproti běžné populaci.

Doménu „Prožívání“ tvoří šest položek. Aritmetický průměr zdravé populace je 14,78 (SD2,43). U respondentů s FS tato hodnota činí 12,93 (SD 3,02), rozpětí škály je 6,67-20,00. Spodní hranice u této domény je 13,6 (SD 2,4). Z šetření tedy vyplývá, že hodnota 12,93 je pod spodní hranicí, ale nedosahuje mírně sníženou kvalitu domény 12,4. Můžeme tedy říci, že dotazovaní s FS nemají sníženou kvalitu života této domény oproti běžné populaci.

Třemi položkami je tvořena doména „Sociální vztahy“. U dotazovaných s FS aritmetický průměr tvoří hodnota 12,71 (SD 2, 61) v porovnání se zdravou populací, kde je aritmetický průměr 14,98(SD 2,89). Rozpětí škály je od 4-20. Hodnota aritmetického průměru dotazovaných s FS se nachází pod spodní hranicí, ale také nedosahuje mírně sníženou kvalitu domény. Můžeme konstatovat, že u dotazovaných s FS nedochází ke snížené kvalitě života.

Poslední hodnocená doména „Prostředí“ je tvořena osmi otázkami. U zdravé populace činí aritmetický průměr 13,30 (SD 2,08). U respondentů s FS je aritmetický průměr 13,29. Rozpětí škály u této domény je 6,00- 18,50. U této domény můžeme říci, že u dotazovaných s FS nedochází k poklesu kvality života.

3.4.3 Diskuze

Pouze v jedné ze čtyř domén byla zaznamenána mírně snížená kvalita života u dotazovaných s FS v porovnání s běžnou populací. Jedná se o doménu „Fyzické zdraví“, kterou tvoří otázky týkajících se potřeby lékařské péče, energie pro každodenní život, rozsahu pohybu, spokojenosti se spánkem, schopností provádět každodenní činnosti, spokojenost s pracovním výkonem, zásahu bolesti do denního života. V běžném životě mohou pacienti s FS pociťovat dušnost, snížený výkon, únavu. V noci je mohou rušit palpitace, kterých si přes den ani nemusí být vědomi. O fyzickém zdraví se vyjadřuje Rienstra, který uvádí, že hlavními úvahy při individualizaci léčby pacienta je zmírnění symptomu, zlepšení výkonu a kvality života pacienta. Popisuje, že není objasněno, jestli FS predisponuje nebo je výsledkem zhoršeného fyzického výkonu. FS může snížit srdeční výkon, avšak není pro ni specifický. Zhoršení fyzického zdraví může souviset s dalšími nemocí jako je CMP, diabetes mellitus, muskuloskeletární poruchy, onkologické onemocnění, obezita. (Rienstra, 2013).

Garimella (2016) poukazuje na fyzickou nečinnost a příznaky deprese, které úzce souvisí s obezitou a mohou tak zhoršovat symptomy FS. (Garimella, 2016). V praxi se setkáváme s pacienty, kteří jsou obézní, a u nich lze říci, že se nacházejí v začarovaném kruhu. Tím, že jsou špatně pohybliví, nedaří se jim zhubnout, samotná úprava stravy mnohokrát nestačí, nevede se jim pracovní život zkombinovat se cvičením. K arytmiím jim pak přibývají další onemocnění jako je artróza, srdeční selhání a diabetes mellitus. V ambulanci se jim lékaři vždy snaží vysvětlit komplikace a následky jejich obezity, nicméně ne vždy se to pacientům podaří skloubit s pracovním životem. Je třeba motivovat pacienty, aby svůj boj nevzdávali, snížení hmotnosti znamená zlepšení zdravotního stavu. Nelze tedy než souhlasit s autorem Rienstrem (2013) v tom, že další přítomné nemoci můžou zhoršovat FS.

V doménách „Sociální vztahy“, „Prožívání“ a „Prostředí“ nebyla zaznamenána snížená kvalita života oproti běžné populaci. Lze tedy zkonstatovat, že průzkumným šetřením bylo zjištěno, že kromě domény „Fyzické zdraví“, kde byla zaznamenána snížená kvalita života, je kvalita života u pacientů s FS dobrá a výrazně se neliší od běžné populace.

4 ZÁVĚR

FS je popisována jako nejčastější arytmie, její výskyt se neustále zvyšuje a mnoho autorů se o ní zmiňuje jako o epidemii 21. století. Je spojena se zvýšenou morbiditou, mortalitou a horší kvalitou života. U pacientů se často FS diagnostikuje jako vedlejší nález např. předoperačního vyšetření nebo prvozáchyt na preventivní prohlídce. U pacientů s potvrzenou diagnózou je důležitá antikoagulační léčba, sledování srdečního rytmu, kontrola frekvence a minimalizace symptomů. Jako velmi prospěšná se jeví katetrizační léčba, která je v dnešní době na vzestupu a zbavuje pacientů nepříjemných palpitací nebo může navrátit snížený výkon.

Jako všeobecnou zdravotní sestru, která se s touto diagnózou setkává téměř denně, mě zajímalo, zda tato arytmie ovlivňuje život pacientů vzhledem k jejich věku, pohlaví a formě onemocnění a jak moc se kvalita života pacientů s FS liší od běžné populace. Musím přiznat, že jsem čekala, že výsledky našeho šetření budou spíše negativní, na druhou stranu provedené výzkumné šetření dává zpětnou vazbu o pacientech, se kterými jsme v kontaktu, navštěvují nás v ambulancích, nebo jim poskytujeme ošetrovatelskou péči při hospitalizaci, kde je důležité poučit pacienty o antikoagulační léčbě, nutnosti její užívání, upozornit je na riziko krvácivých komplikací. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že u pacientů s FS vzhledem k pohlaví, mají horší kvalitu života ženy než muži, což se nám potvrdilo u položek, kde jsme zaznamenali statisticky významné rozdíly: spokojenost se zdravím, potřeba lékařské péče, množství energie pro život, spokojenost s pracovním výkonem, bezpečnost v každodenním životě, akceptace svého vzhledu. V těchto oblastech života jsme u žen zaznamenali horší kvalitu života v porovnání s muži.

Co se týče kvality života u dotazovaných s FS vzhledem k věku, v našem dotazníkovém šetření jsme zjistili pouze jednu statisticky významnou odchylku v položce „Jak moc potřebujete lékařskou péči abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?“, která korelovala s věkem. Čím byl vyšší věk, tím byla častější odpověď větší potřeby zdravotní péče.

V našem výzkumném šetření jsme zaznamenali čtyři statisticky významné rozdíly vzhledem k formě FS, se kterou se dotazování léčí, a to buď paroxysmální nebo permanentní. V položce „Máte dostatek energie pro každodenní život?“ jsme zjistili, že dotazovaní s paroxysmální formou FS mají méně energie než respondenti s permanentní FS. Stejný výsledek nám vyšel i u položky, která se dotazovala na schopnost provádět každodenní činnost, tzn. dotazovaní s paroxysmální FS nebyli dostatečně spokojeni se schopností provádět každodenní činnosti. Spokojenost s pracovním výkonem jsme zaznamenali vyšší u dotazovaných s paroxysmální formou FS než u permanentní FS. Nespokojenost se sexuálním životem byla výrazně vyšší u dotazovaných s permanentní formou FS proti účastníkům s paroxysmální FS. Je zřejmé, že forma FS rozdílně ovlivňuje kvalitu života nemocných. Pacienti s paroxysmální FS si většinou stěžují na palpitace, které mají nárazový charakter, naopak pacienti s permanentní FS si stěžují na symptomy, jako jsou únava, nevykonnost, dušnost.

V porovnání s běžnou populací jsme zjistili, že dotazovaní s FS mají mírně zhoršenou kvalitu života v doméně „Fyzické zdraví“, které je právě spojováno se symptomy při FS, jako jsou palpitace, únava, dušnost. Oblast fyzického zdraví může být navíc zhoršena přidruženými nemocemi jako je např. srdeční selhání, obezita, stav po CMP. V ostatních doménách v porovnání s běžnou populací kvalita života pacientů s FS snížena není. Naše výzkumné šetření má i určité nedostatky, které se dotýkají informací

od pacientů ohledně antikoagulační léčby, komplikace s ní spojeny, eventuálně zjištění, jestli jsou po katetrizačním výkonu.

Na tyto položky jsme se respondentů nedotazovali. Myslíme si, že získáním těchto informací by vznikli zajímavá data, který by nás informovaly o kvalitě života pacientů s FS ohledně jejich léčby a komplikací s ní spojených.

Záměrem této práce nebylo vyčerpávajícím způsobem popsat a zhodnotit kvalitu života pacientů s FS, ale pomocí studie, která byla realizována v této práci s využitím standardizovaného dotazníků, získat informace o širším kontextu tohoto onemocnění u pacientů, kteří jsou dispenzarizováni v kardiologické ambulanci a hospitalizováni na lůžkovém oddělení v nemocnici ve Slaném.

Domnívám se, že výsledky práce mohou být přínosem pro zdravotní sestry, které se setkávají ve své praxi s pacienty s diagnózou FS. Informace z našeho šetření můžu interpretovat svým kolegyním, se kterými se setkávám v péči o pacienty.

5 POUŽITÁ LITERATURA

BENNETT, David H. *Srdeční arytmie: praktické poznámky k interpretaci a léčbě*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5134-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

EISENBERGER, Martin, Alan BULAVA a Martin FIALA. *Základy srdeční elektrofyzologie a katérových ablací*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3677-8.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2798-1.

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

KAUTZNER, Josef. *Fibrilace síní v běžné praxi*. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-271-1.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. Čtvrté. Praha: Galén, 2011. ISBN 978 80-7262-457-5.

KÖLBEL, František. *Praktická kardiologie*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1962-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN isbn80-247-0179-0.

LUKL, Jan. *Fibrilace síní*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2768-4.

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.

MAREŠ, Jiří; MAREŠOVÁ, Jana. *Kvalita života související se zdravím. MAREŠ, J. a kol. Kvalita života u dětí a dospívajících I. Brno: MSD, 2006, 29-42.*

SOUČEK, Miroslav a Petr SVACHINA. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2289-9.

SOUČEK Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK, ed. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka; VAŠINA, Bohumil; ŠIŠÁK, Petr. TĚMA ZDRAVÍ JAKO ASPEKT KVALITY ŽIVOTA UNIVERZITNÍCH STUDENTŮ. *ŠKOLA A ZDRAVÍ 21, 3/2008 Praxe současné školy a výchova ke zdraví*, 2008, 15.

ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3., přepracované a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024713854.

ŠVARCOVÁ, Tereza a Jiří VESELÝ. *Antikoagulační léčba u fibrilace síní*. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3047-2.

TÁBORSKÝ, Miloš. *Fibrilace síní: novinky v léčbě 2013*. Praha: Axonite CZ, 2013. Asclepius. ISBN 978-80-904899-3-6.

VÍTOVEC Jiří, Jindřich ŠPINAR, Lenka ŠPINAROVÁ a Ondřej LUDKA. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0624-0.

6 INTERNETOVÉ ZDROJE

ALONSO, Alvaro, David S. KNOPMAN, Rebecca F. GOTTESMAN, et al. Correlates of Dementia and Mild Cognitive Impairment in Patients With Atrial Fibrillation: The Atherosclerosis Risk in Communities Neurocognitive Study (ARIC-NCS). *Journal of the American Heart Association* [online]. 2017, **6**(7) [cit. 2021-04-09]. ISSN 2047-9980. Dostupné z: doi:10.1161/JAHA.117.006014

BULKOVÁ, Veronika. *Hodnocení kvality života a nákladů na léčbu u pacientů s fibrilací síní* [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/h34urv/>. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta.

CINTRA, Fatima Dumas a Marcio Jansen de Oliveira FIGUEIREDO. Fibrilação Atrial (Parte 1): Fisiopatologia, Fatores de Risco e Bases Terapêuticas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 2021, **116**(1), 129-139 [cit. 2021-04-12]. ISSN 0066-782X. Dostupné z: doi:10.36660/abc.20200485

ČERNOŠEK, Michal a Martin FIALA. Edoxaban -its properties and role in antithrombotic prophylaxis in atrial fibrillation. *Intervenční a akutní kardiologie* [online]. 2018, **17**(3), 169-172 [cit. 2021-04-09]. ISSN 1213807X. Dostupné z: doi:10.36290/kar.2018.018

ČIHÁK, Robert, Luděk HAMAN a Miloš TÁBORSKÝ. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Summary of the document prepared by the Czech Society of Cardiology. *Cor et Vasa* [online]. 2016, **58**(6), e636-e683 [cit. 2021-04-09]. ISSN 00108650. Dostupné z: doi:10.1016/j.crvasa.2016.11.005

DIENER, Hans-Christoph, Robert G. HART, Peter J. KOUDSTAAL, Deirdre A. LANE a Gregory Y.H. LIP. Atrial Fibrillation and Cognitive Function. *Journal of the American College of Cardiology* [online]. 2019, **73**(5), 612-619 [cit. 2021-04-09]. ISSN 07351097. Dostupné z: doi:10.1016/j.jacc.2018.10.077

GARIMELLA, Roja S., Samuel F. SEARS a Anil K. GEHI. Depression and Physical Inactivity as Confounding the Effect of Obesity on Atrial Fibrillation. *The American Journal of Cardiology* [online]. 2016, **117**(11), 1760-1764 [cit. 2021-04-11]. ISSN 00029149. Dostupné z: doi:10.1016/j.amjcard.2016.03.012

GUMULEC, Jaromír, et al. Krvácivé komplikace a předávkování antikoagulační léčby. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2012, 26.2: 84-89.

HAMPLOVÁ, Dana, et al. Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2006, 42.01: 35-55.

HUDEC, Štěpán, Miloslav ŠPAČEK, Martin HUTYRA, Ondřej MORAVEC a Miloš TÁBORSKÝ. Sexual activity and cardiovascular disease, erectile dysfunction as a predictor of ischemic heart disease. *Cor et Vasa* [online]. 2018, 60(3), e296-e305 [cit. 2021-04-09]. ISSN 00108650. Dostupné z: doi:10.1016/j.crvasa.2017.08.006

IKEMURA, Nobuhiro, Shun KOHSAKA, Takehiro KIMURA, et al. Assessment of Sex Differences in the Initial Symptom Burden, Applied Treatment Strategy, and Quality of Life in Japanese Patients With Atrial Fibrillation. *JAMA Network Open* [online]. 2019, 2(3) [cit. 2021-04-09]. ISSN 2574-3805. Dostupné z: doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.1145

KAVOUSI, Maryam. Differences in Epidemiology and Risk Factors for Atrial Fibrillation Between Women and Men. *Frontiers in Cardiovascular Medicine* [online]. 2020, 7 [cit. 2021-04-09]. ISSN 2297-055X. Dostupné z: doi:10.3389/fcvm.2020.00003

LÁBROVÁ, Růžena a Jindřich ŠPINAR. Antikoagulační terapie a fibrilace síní. *Kardiologická revue*. Praha: Ambit media, a.s., 2012, roč. 14, č. 2, s. 79-86. ISSN 1212-4540.

Pavlik T. Warfarin – an old acquaintance? *Remedia* 2018; 28: 412–417

LEFFLEROVÁ, Kateřina, et al. Úskalí antikoagulační léčby warfarinem u nemocných s fibrilací síní–lékové a potravinové interakce. *Intervenční a akutní kardiologie*, 2008, 7.6: 220-224.

LÓPEZ-LÓPEZ, José A, Jonathan A C STERNE, Howard H Z THOM, et al. Oral anticoagulants for prevention of stroke in atrial fibrillation: systematic review, network meta-analysis, and cost effectiveness analysis. *BMJ* [online]. [cit. 2021-04-09]. ISSN 0959-8138. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.j5058

MIHALOVÁ, Zuzana, et al. Skórovací systémy u fibrilace síní. 2015.

MICHALCOVÁ, Jana, et al. Nová–přímá perorální antikoagulancia: aktuální přehled. *Vnitř Lék*, 2016, 62.10: 805-813.

MOQEEM, Komal, Mohammad Waseem BEEHARRY, Tiffany FANG, Khei Jazzle M LIM a Nicholas TSOUKLIDIS. Factors Influencing Sex-Related Differences in the Quality of Life of Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review. *Cureus* [online]. [cit. 2021-04-09]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.12341

RIENSTRA, Michiel, Asya LYASS, Joanne M. MURABITO, Jared W. MAGNANI, Steven A. LUBITZ, Joseph M. MASSARO, Patrick T. ELLINOR a Emelia J. BENJAMIN. Reciprocal relations between physical disability, subjective health, and atrial fibrillation: The Framingham Heart Study. *American Heart Journal* [online]. 2013, **166**(1), 171-178.e3 [cit. 2021-04-17]. ISSN 00028703. Dostupné z: doi:10.1016/j.ahj.2013.02.025

STRØMNES, Linn Arvidsson, Helene REE, Knut GJESDAL a Inger ARIANSEN. Sex Differences in Quality of Life in Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review. *Journal of the American Heart Association* [online]. 2019, **8**(8) [cit. 2021-04-09]. ISSN 2047-9980. Dostupné z: doi:10.1161/JAHA.118.010992

ŠPINAR, Jindřich. Skórovací systémy a predikce kardiovaskulárního rizika. *Kardiologická revue Interní medicína*. 2015, **17**(2), 103-104.

TÁBORSKÝ, Miloš, Aleš TOMEK, Robert ČIHÁK, Ondřej ŠKODA, Josef DANĚK a Martin KOLEK. (Cost-effectiveness analysis of first-line NOAC prevention of stroke and systemic embolism in patients with non-valvular atrial fibrillation). *Cor et Vasa* [online]. 2019, **61**(4), e354-e369 [cit. 2021-04-09]. ISSN 00108650. Dostupné z: doi:10.33678/cor.2019.058

URBÁNEK, Karel, et al. Informovanost, percepce rizik a compliance pacientů užívajících warfarin. *Klin Farmakol Farm*, 2008, **22**.1: 6-10.

WESTERMAN, Stacy a Nanette WENGER. Gender Differences in Atrial Fibrillation: A Review of Epidemiology, Management, and Outcomes. *Current Cardiology Reviews* [online]. 2019, **15**(2), 136-144 [cit. 2021-04-09]. ISSN 1573403X. Dostupné z: doi:10.2174/1573403X15666181205110624

ZATLOUKALOVÁ, Anna. New direct oral anticoagulances - new molecules in research. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2020, **34**(2), 84-88 [cit. 2021-04-10]. ISSN 12127973. Dostupné z: doi:10.36290/far.2020.017

7 SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Pohlaví	str. 39
Tab. 2 Věk respondentů	str. 40
Tab. 3 Nejvyšší ukončené vzdělání	str. 40
Tab. 4 S jakou formou fibrilace síní se léčíte?	str. 41
Tab. 5 Jak byste hodnotila/a kvalitu svého života?	str. 42
Tab. 6 Jak jste spokojen/a se zdravím?	str. 42
Tab. 7 Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	str. 43
Tab. 8 Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?	str. 43
Tab. 9 Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	str. 44
Tab. 10 Jak se dokážete soustředit?	str. 45
Tab. 11 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	str. 46
Tab. 12 Máte dost energie pro každodenní život?	str. 47
Tab. 13 Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	str. 47
Tab. 14 Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	str. 48
Tab. 15 Máte možnost věnovat se svým zálibám?	str. 49
Tab. 16 Jak se dokážete pohybovat?	str. 49
Tab. 17 Jak jste spokojen/a se spánkem?	str. 50
Tab. 18 Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	str. 50
Tab. 19 Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	str. 51
Tab. 20 Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	str. 51
Tab. 21 Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	str. 53
Tab. 22 Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	str. 53
Tab. 23 Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě kde žijete?	str. 54
Tab. 24 Jak jste spokojen/a s dopravou?	str. 55
Tab. 25 Kategorie-věk	str. 58
Tab. 26 Pohlaví respondentů	str. 58
Tab. 27 Forma fibrilace síní	str. 58
Tab. 28 Rodinný stav respondentů	str. 59

Tab. 29 Výsledky Pearsonova chí – kvadrátu	str. 60-61
Tab. 30 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	str. 63
Tab. 31 Jak moc potřebujete lékařskou péči?	str. 64
Tab. 32 Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	str. 65
Tab. 33 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	str. 66
Tab. 34 Máte dost energie pro každodenní život?	str. 67
Tab. 35 Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	str. 68
Tab. 36 Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	str. 69
Tab. 37 Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	str. 72
Tab. 38 Máte dost energie pro každodenní život?	str. 74
Tab. 39 Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?	str. 75
Tab. 40 Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	str. 76
Tab. 41 Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	str. 77
Tab. 42 Máte možnost věnovat se svým zálibám?	str. 82
Tab. 43 Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	str. 83
Tab. 44 Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	str. 84
Tab. 45 Hodnocení domén dle dotazníku WHOQOL-BREF	str. 86

8 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Rodinný stav	str. 44
Obr. 2 Jak moc Vás těší život?	str. 44
Obr. 3 Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	str. 46
Obr. 4 Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	str. 48
Obr. 5 Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	str. 52
Obr. 6 Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	str. 54
Obr. 7 Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	str. 56

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník světové zdravotnické organizace kvality života – WHOQOL-BREF
str. 102

Příloha B: Žádost o dotazníkové šetření
str. 105

Dobrý den, jmenuji se Svetlana Nejedlá. Jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studijního programu pro přípravu všeobecných sester na 2.LF UK. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na zjištění kvality života u pacientů s fibrilací síní. Dotazník je anonymní, obsahuje 26 otázek, v závěru dotazníku prosím o vyplnění osobních údajů. Dotazníky budou vyhodnoceny a zpracované výsledky použiji v bakalářské práci.

**Dotazník kvality života
Světové zdravotnické organizace
WHOQOL – BREF**

**KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE**

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Osobní údaje

Pohlaví: muž žena

Váš věk:

Nejvyšší ukončené vzdělání:

základní
střední bez maturity
střední s maturitou
vysokoškolské

Rodinný stav:

svobodný/á
ženatý/vdaná
rozvedený/á
ovdovělý/á

S jakou formou fibrilace síní se léčíte?

Paroxysmální fibrilace síní
Permanentní fibrilace síní

Máte nějaké připomínky k dotazníku?

Děkuji Vám za spolupráci

Příloha B – žádost o dotazníkové šetření

Svetlana Nejedlá

bakalářský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra

2. lékařská fakulta UK

kontaktní email: nejedla.svetlana@seznam.cz

X-X

Ve Slaném, dne 24.01. 2021

Vážená paní
Mgr. Vlasta Fialová
hlavní sestra Nemocnice Slaný
Nemocnice Slaný
Politických vězňů 576
274 01 Slaný

Věc: **Žádost o povolení dotazníkového šetření**

Vážená paní magistro,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření u pacientů Nemocnice Slaný k tématu „Kvalita života pacientů s fibrilací síní“ v rozsahu přiloženého dotazníku. Zařazení pacientů do studie je dobrovolné a záleží pouze na vůli pacienta zúčastnit se dotazníkového šetření. V případě zájmu Vám výsledky šetření poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

Svetlana Nejedlá
studentka 3. ročníku

X-X

Vyjádření vedoucího bakalářské práce:

Žádosti vyhovět doporučuji.

V Praze, dne

29. 01. 2021

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství (Z)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský Ph.D., MBA
přednosta Ústavu ošetrovatelství 2, LF UK a FN Motol
vedoucí bakalářské práce

X-X

Stanovisko hlavní sestry:

S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím - nesouhlasím.

Ve Slaném, dne

NEMOCNICE SLANÝ
Politických vězňů 576
PSČ 274 51
IČO: 00875295
DIČ: CZ00875295

Mgr. Vlasta Fialová
hlavní sestra Nemocnice Slaný

