Kvalita života pacientov s poruchami srdcového rytmu

Quality of life in patients with heart rhythm disorders

Anna LITVÍNOVÁ[1], Ľubomíra LIPTÁKOVÁ[2]

[1]*Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín, SR*
[2]*Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku, Ružomberok, SR*

ABSTRAKT

Východiská: Poruchy srdcového rytmu nie vždy priamo ohrozujú život pacienta, ale môžu ovplyvňovať jeho každodenné fungovanie, fyzickú výkonnosť, psychickú pohodu a sociálne začlenenie. Z tohto dôvodu má význam sledovať nielen klinické parametre u pacienta, ale venovať pozornosť aj subjektívnemu hodnoteniu zdravotného stavu, napríklad prostredníctvom štandardizovaného dotazníka: SF–36 (Short Form–36 Health Survey).

Cieľ: Cieľom prieskumu bolo porovnať kvalitu života pacientov pred diagnostikovaním poruchy srdcového rytmu a po zahájení liečby poruchy srdcového rytmu a zistiť, ako vplývajú poruchy srdcového rytmu na kvalitu života pacientov vo fyzickej a v emocionálnej oblasti.

Metodika a vzorka: Pre získanie dát sme použili štandardizovaný dotazník „SF–36 (Short Form–36 Health Survey).“ Štandardizovaný dotazník bol pre potreby nášho prieskumu doplnený aj o ďalšie položky. Prieskumný súbor tvorilo 51 pacientov s diagnostikovanou poruchou srdcového rytmu sledovaných v kardiologickej ambulancii. V súbore respondentov tvorili muži 72,55 % (n = 37) a ženy 27,45 % (n = 14). Priemerný vek respondentov dosahoval 65,7 roka (medián = 68; najnižší vek = 28; najvyšší vek = 86; modus = 69).

Výsledky: Z hľadiska klinickej anamnézy sa poruchy srdcového rytmu u respondentov prejavili v priemere vo veku 53,3 roka. Pri subjektívnom vnímaní symptómov srdcovej arytmie vykazovala väčšina súboru prítomnosť klinických príznakov (n = 36; 70,59 %). Pri porovnaní subjektívnej kvality života pred diagnostikovaním či liečbou poruchy srdcového rytmu v súčasnosti je možné pozorovať pozitívny trend. Pred liečbou pacienti hodnotili svoju kvalitu života v priemere na úrovni 5,75 bodu z 10, pričom po zahájení liečby a kardiologického sledovania sa toto hodnotenie zvýšilo na priemerných 7,69 bodu z 10. Fyzické obmedzenia pacientov s poruchami srdcového rytmu sú najvýraznejšie pri činnostiach s vysokým energetickým výdajom. Respondenti sa všeobecne necítia byť významne viac chorľaví než ich okolie. Najsilnejšie pozitívne vnímanie pozorujeme pri odmietaní tvrdenia, že by respondent ochorel ľahšie ako iní ľudia (n = 27; 52,94 %), odpovede „väčšinou nie“ a „určite nie“ spolu). Vplyv emocionálneho stavu na pracovný výkon bol v sledovanej vzorke menej významný. Väčšina súboru respondentov (pohybujúca sa od 76,47 % do 82,35 %) neevidovala žiadne emocionálne podmienené obmedzenia v bežných denných aktivitách, ale určité rezervy však pozorujeme pri vitalite, ktorá sleduje množstvo elánu, dostatok energie, či únavu.

Záver: Pacienti s poruchami srdcového rytmu vnímajú svoju kvalitu života lepšie, najmä v dôsledku efektívnej liečby. Komplexný a individualizovaný prístup v ošetrovateľskej starostlivosti je nevyhnutný pre udržanie a zlepšenie kvality života pacientov s poruchami srdcového rytmu.

Kľúčové slová: *Kvalita života. Porucha srdcového rytmu. Fyzická oblasť. Emocionálna oblasť. Pacient.*

ABSTRACT

Background: Cardiac arrhythmias do not always pose a direct threat to patients' lives; however, they may affect their daily functioning, physical performance, psychological well-being, and social integration. Therefore, it is important to monitor not only patients' clinical parameters but also their subjective assessment of health status, for example, using the standardized SF-36 (Short Form-36 Health Survey) questionnaire.

Aim: The aim of the study was to compare patients' quality of life before the diagnosis of cardiac arrhythmia and after the initiation of treatment, and to determine how cardiac arrhythmias affect patients' quality of life in the physical and emotional domains.

Methods and Sample: Data were collected using the standardized SF-36 (Short Form-36 Health Survey) questionnaire, which was supplemented with additional items for the purposes of the study. The study sample consisted of 51 patients diagnosed with cardiac arrhythmia who were followed up at an outpatient cardiology clinic. The sample comprised 72.55% men (n=37) and 27.45% women (n=14). The mean age of the respondents was 65.7 years (median=68; minimum age=28; maximum age=86; mode=69).

Results: According to the clinical history, cardiac arrhythmias first manifested in respondents at a mean age of 53.3 years. Regarding the subjective perception of cardiac arrhythmia symptoms, the majority of respondents reported the presence of clinical symptoms (n=36; 70.59%). A positive trend was observed when comparing patients' self-reported quality of life before diagnosis or treatment of cardiac arrhythmia with their quality of life during ongoing treatment. Before treatment, patients rated their quality of life at an average of 5.75 out of 10 points, while during ongoing treatment and regular cardiological follow-up, this rating increased to an average of 7.69 out of 10 points. Physical limitations among patients with cardiac arrhythmias were most pronounced during activities requiring high energy expenditure. Respondents generally did not perceive themselves as significantly more susceptible to illness than those around them. The strongest positive perception was observed in the rejection of the statement that respondents were more likely to become ill than other people (n=27; 52.94%; combined responses of „mostly no" and „definitely no"). The impact of emotional well-being on work performance was less pronounced in the study sample. The majority of respondents (ranging from 76.47% to 82.35%) reported no emotionally induced limitations in their daily activities. However, certain limitations were observed in the domain of vitality, which assesses levels of enthusiasm, energy, and fatigue.
Conclusion: Patients with cardiac arrhythmias perceive their quality of life more positively, primarily as a result of effective treatment. A comprehensive and individualized approach to nursing care is essential for maintaining and improving the quality of life of patients with cardiac arrhythmias.

Key words: *Quality of life. Heart rhythm disorder. Physical domain. Emotional domain. Patient.*

ÚVOD

Svetová zdravotnícka organizácia definuje kvalitu života ako individuálne vnímanie svojej pozície v živote, v kontexte kultúry a hodnotových systémov, v ktorých osoba žije a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam a záujmom (WHO, 2023).

Kvalita života je koncept, ktorý sa snaží zachytiť mieru pohody jednotlivca alebo populácie vzhľadom na pozitívne aj negatívne prvky ich života v danom časovom období (Teoli, Bhardwaj, 2023).

Meranie kvality života pacientov predstavuje nástroj hodnotenia napríklad výsledkov liečby alebo aj vzťahu medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom (Cai, Verze, Johansen, 2021). Na rozdiel od tradičných klinických ukazovateľov (napr. mortalita, morbidita) umožňuje zachytiť aj subjektívne prežívanie pacienta, jeho funkčný stav a sociálne začlenenie (Bužgová, 2018).

V súčasnosti existuje niekoľko konkrétnych metodologických prístupov a štandardizovaných nástrojov na meranie kvality života. Generické (nešpecifické) nástroje sú určené na hodnotenie kvality života naprieč rôznymi chronickými diagnózami a populáciami. Medzi veľmi často používané patrí dotazník SF–36 (Short Form–36 Health Survey), ktorý hodnotí osem oblastí zdravia (zdravotný stav, fyzické fungovanie, telesnú bolesť, celkové zdravie, vitalitu, sociálne fungovanie, emocionálny well-being, a duševné zdravie). Tento nástroj je sebaposudzovací a hodnotí zdravie tak, ako ho vníma respondent (Gurková, 2011).

Špecifické (disease-specific) nástroje sú zamerané na konkrétne ochorenia alebo skupiny pacientov, čím dosahujú vyššiu citlivosť na zmeny zdravotného stavu. Ich úlohou je čo najpresnejšie identifikovať faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života (napríklad onkologických pacientov, pacientov s diabetes mellitus, s gastrointestinálnym, s neurologickým, s respiračným, s kožným ochorením alebo chorobami pohybového aparátu a iné) (Gurková 2011). Môžeme sem zaradiť napríklad Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), ktorý sa zameriava na dopad srdcového zlyhávania na každodenný život vo fyzickej a emocionálnej oblasti (Bilbao et al., 2016).

Kvalita života pacientov s poruchami srdcového rytmu predstavuje významný ukazovateľ klinického stavu pacienta a účinnosti liečby. Na rozdiel od iných kardiovaskulárnych ochorení sú poruchy srdcového rytmu častokrát sprevádzané výraznými subjektívnymi symptómami, ako sú palpitácie, dyspnoe, únava či úzkosť, ktoré významne ovplyvňujú každodenné fungovanie pacienta. Tieto symptómy majú priamy dopad na fyzickú aj psychickú dimenziu kvality života, pričom ich intenzita nemusí vždy korelovať s objektívnym nálezom (Hindricks et al., 2021).

Starostlivosť o pacientov s poruchami srdcového rytmu predstavuje oblasť ošetrovateľskej praxe, ktorá si vyžaduje komplexný, systematický a individuálne prispôsobený prístup. Poruchy srdcového rytmu zahŕňajú široké spektrum klinických jednotiek, ktoré sa môžu prejavovať miernymi

subjektívnymi ťažkosťami, ale aj závažnými stavmi ohrozujúcimi život pacienta. Vzhľadom na chronický charakter mnohých arytmií dochádza často k dlhodobému ovplyvneniu fyzickej výkonnosti, psychickej pohody a celkovej kvality života pacienta (Bartůněk a kol., 2016).

V ošetrovateľskej starostlivosti kladieme dôraz na monitorovanie fyziologických funkcií a spoluprácu pri diagnostike a liečbe, ale aj na edukáciu pacienta, podporu jeho sebestačnosti a adaptácie na život s ochorením. Významnú úlohu zohráva sestra, ktorá sa podieľa na hodnotení zdravotného stavu pacienta, identifikácii potrieb a plánovaní individuálnej ošetrovateľskej starostlivosti (Boroňová, 2023).

Hodnotenie kvality života u pacientov s poruchami srdcového rytmu (arytmiami) je dôležitou súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Poruchy srdcového rytmu nie vždy priamo ohrozujú život pacienta, ale môžu výrazne ovplyvňovať jeho každodenné fungovanie, fyzickú výkonnosť, psychickú pohodu a sociálne začlenenie. Z tohto dôvodu má význam sledovať nielen klinické parametre u pacienta, ale venovať pozornosť aj subjektívnemu hodnoteniu zdravotného stavu, napríklad prostredníctvom štandardizovaného dotazníka: SF–36 (Short Form–36 Health Survey) (Nagyová, 2009).

CIEĽ

Cieľom prieskumu bolo porovnať kvalitu života pacientov pred diagnostikovaním poruchy srdcového rytmu a po zahájení liečby poruchy srdcového rytmu a zistiť, ako vplývajú poruchy srdcového rytmu na kvalitu života pacientov vo fyzickej a v emocionálnej oblasti.

METODIKA

Pre získanie dát sme použili voľne dostupný štandardizovaný dotazník „SF–36 (Short Form–36 Health Survey).“ Obsahuje 36 uzatvorených položiek s možnosťou voľby odpovede k preddefinovaným odpovediam. Štandardizovaný dotazník bol pre potreby nášho prieskumu doplnený o ďalšie položky: demografické (3 položky) – vek, pohlavie, sociálny status; charakteristiky ochorenia (4 položky) – vek, v akom sa objavila porucha srdcového rytmu, dĺžka liečby, prítomnosť príznakov a ich charakter, počet hospitalizácií v súvislosti s poruchou srdcového rytmu; subjektívne hodnotenie kvality života pred diagnostikovaním a po diagnostikovaní ochorenia. Pri subjektívnom hodnotení kvality života pred diagnostikovaním a po diagnostikovaní ochorenia bola použitá numerická škála s hodnotami od 0 po 10 (0 – najhoršia, 10 – najlepšia kvalita života).

Prieskumnú vzorku tvorilo 51 respondentov. Základným kritériom pre zaradenie do prieskumného súboru bola diagnóza porucha srdcového rytmu a sledovanie v kardiologickej ambulancii. Výber respondentov nebol obmedzený ani vekom ani pohlavím.

Dotazník bol distribuovaný osobne v mesiacoch január až február 2026 na vybranej kardiologickej ambulancii v pôsobnosti Trenčianskeho samosprávneho kraja, po predchádzajúcej dohode a so súhlasom lekárky.

Zber údajov prebiehal prostredníctvom tlačenej (printovej) verzie dotazníka. Návratnosť dotazníkov bola 100 % - ná, pričom všetky dotazníky respondenti vyplnili kompletne.

Získané údaje boli spracované pomocou programov MS Excel a MS Word. Pri analýze údajov bola použitá deskriptívna štatistika ako aritmetický priemer, medián a modus.

VZORKA

Prieskumný súbor tvorilo 51 pacientov s diagnostikovanou poruchou srdcového rytmu. Z hľadiska pohlavia tvorili muži 72,55 % (n = 37) a ženy 27,45 % (n = 14). Priemerný vek respondentov dosahoval 65,7 roka (medián = 68; najnižší vek = 28; najvyšší vek = 86; modus = 69).

Najväčšou skupinou z ekonomicko-sociálneho hľadiska boli starobní dôchodcovia (64,71 %), pričom druhou najväčšou skupinou boli zamestnaní respondenti (27,45 %). Malú časť tvorili invalidní dôchodcovia (3,92 %), kým jeden respondent uviedol súbežnú prácu na starobnom dôchodku (1,96 %) a jeden respondent uviedol prácu na invalidnom dôchodku (1,96 %). V súbore sa nevyskytovali nezamestnaní pacienti.

Z hľadiska klinickej anamnézy sa poruchy srdcového rytmu u respondentov prejavili v priemere vo veku 53,3 roka (medián = 50; min. = 15; max. = 83; modus = 50). Priemerná dĺžka ochorenia predstavovala v sledovanej vzorke 12,4 roka (medián = 10; min. = 0; max. = 48; modus = 10).

Pri subjektívnom vnímaní symptómov srdcovej arytmie vykazovala väčšina súboru prítomnosť klinických príznakov (n = 36; 70,59 %), zatiaľ čo 15 pacientov (29,41 %) sa nachádzalo v asymptomatickom stave. Medzi najčastejšie uvádzané ťažkosti patrili búšenie srdca, pocit preskakovania srdca, zrýchlený pulz, celková slabosť a znížená výkonnosť. Traja pacienti (5,88 %) v otvorenej odpovedi špecifikovali prítomnosť závažných život ohrozujúcich stavov, ako sú komorová tachykardia so srdcovým zlyhávaním, synkopa či zastavenie krvného obehu s nutnosťou kardiopulmonálnej resuscitácie.

Frekvencia hospitalizácií v súvislosti s ochorením za posledných 12 mesiacov bola v prieskumnom súbore relatívne nízka (priemer = 0,43). Až 66,67 % pacientov (n = 34) nevyžadovalo v sledovanom období nemocničnú starostlivosť. Jednu hospitalizáciu absolvovalo 14 pacientov (27,45 %) a viacnásobnú hospitalizáciu (2 až 4 pobyty v nemocnici) uviedli 3 respondenti (5,88 %).

VÝSLEDKY

Subjektívne hodnotenie kvality života

Pri porovnaní subjektívnej kvality života pred diagnostikovaním a po zahájení liečby poruchy srdcového rytmu je možné pozorovať pozitívny trend. Kým pred diagnostikovaním pacienti hodnotili svoju kvalitu života v priemere na úrovni 5,75 bodu z 10, po zahájení liečby sa toto hodnotenie zvýšilo na priemerných 7,69 bodu z 10. Tento posun naznačuje mierne zlepšenie subjektívneho vnímania zdravotného stavu a adaptáciu na ochorenie po nastavení vhodnej liečby. Sumárne dáta uvádzame v tabuľke 1.

Tabuľka 1 Subjektívne hodnotená kvalita života z vlastného dotazníka

Sledovaný parameter (škála 0 – 10)	Priemer	Medián	Min. – Max.
Kvalita života pred diagnostikovaním	5,75	6,0	0 – 10
Kvalita života po zahájení liečby	7,69	8,0	3 – 10

Oblasť fyzického zdravia a obmedzenia v bežných činnostiach

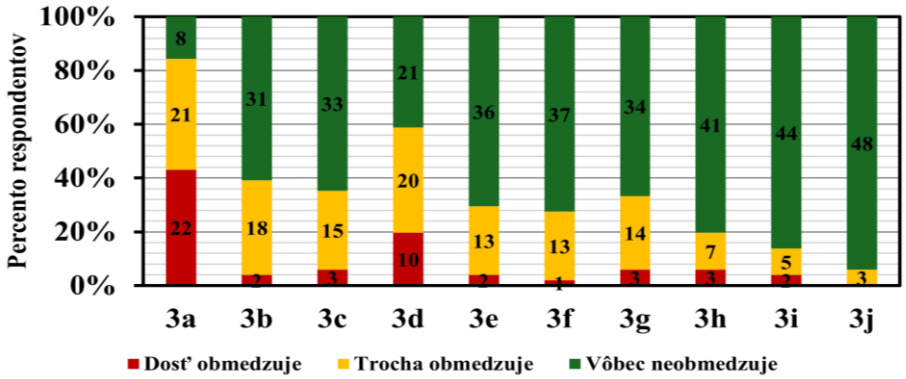
Získané údaje (graf 1) poukazujú na to, že fyzické obmedzenia pacientov s poruchami srdcového rytmu sú najvýraznejšie pri činnostiach s vysokým energetickým výdajom.

Najväčšiu mieru limitácie pacienti pociťovali pri vykonávaní namáhavých činností (3a; napr. beh, dvíhanie ťažkých predmetov), kde takmer polovica súboru (n = 22; 43,14 %) uviedla, že ich zdravotný stav v týchto aktivitách „dosť obmedzuje“. Ďalších 21 pacientov (41,18 %) sa cítilo „trocha obmedzených“. Druhou najproblematickejšou aktivitou bolo zvládnutie chôdze po schodoch o viac ako jedno poschodie (3d), kde obmedzenie (či už výrazné, alebo mierne) udávalo 30 pacientov (58,82 %).

Naopak, pri aktivitách s nízkou fyzickou záťažou vykazoval súbor vysokú mieru sebestačnosti. Až 48 respondentov (94,12 %) sa necítilo „vôbec obmedzených“ pri sebaobsluhe, konkrétne pri kúpaní alebo obliekaní (3j). Podobne priaznivé výsledky boli zaznamenané aj pri chôdzi na vzdialenosť sto metrov (3i), kde vykonávanie aktivity bez obmedzení uviedlo 44 respondentov (86,27 %).

Obmedzenia v práci a denných aktivitách v dôsledku fyzického a emocionálneho stavu

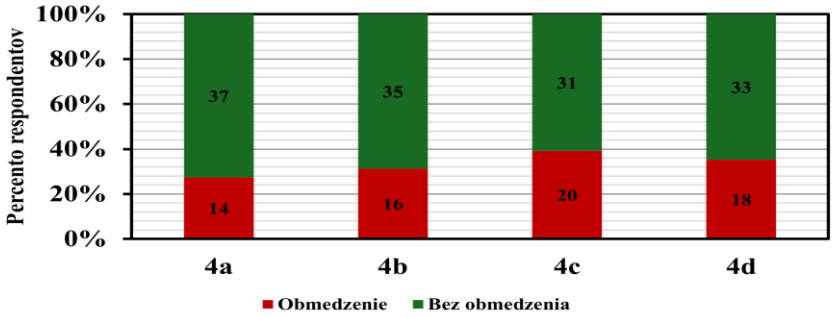
Výsledky z dotazníka SF-36 preukázali, že fyzické problémy predstavujú pre pacientov významnejšiu bariéru ako emocionálny stav z hľadiska vykonávania bežných činností a práce (graf 2). Pri hodnotení vplyvu fyzického zdravia na denné činnosti najväčšia časť súboru pociťovala obmedzenie v druhu vykonanej práce (4c), čo uviedlo 20 pacientov (39,22 %). Podobne významným limitujúcim faktorom boli ťažkosti pri samotnom výkone práce (4d), ktoré deklarovalo 18 respondentov (35,29 %). Nutnosť zredukovať čas strávený pracovnými aktivitami (4a) uviedlo 14 pacientov (27,45 %). Vo všeobecnosti však pri každej zo sledovaných kategórií fyzických obmedzení prevažovala skupina pacientov bez udania ťažkostí (od 60,78 % do 72,55 %).



Legenda: 3a – namáhavé silové činnosti, 3b – stredne namáhavé činnosti, 3c – dvíhanie a nosenie nákupu, 3d – chôdza po schodoch viac ako jedno poschodie, 3e – chôdza po schodoch jedno poschodie, 3f – zohýbanie a kľačanie, 3g – chôdza jeden kilometer, 3h – chôdza menej ako kilometer, 3i – chôdza sto metrov, 3j – kúpanie a obliekanie bez cudzej pomoci. Označenie položiek v grafe 1 (3a, 3b, 3c, ...) zodpovedá pôvodnému číslovaniu otázok v štandardizovanom dotazníku SF-36.

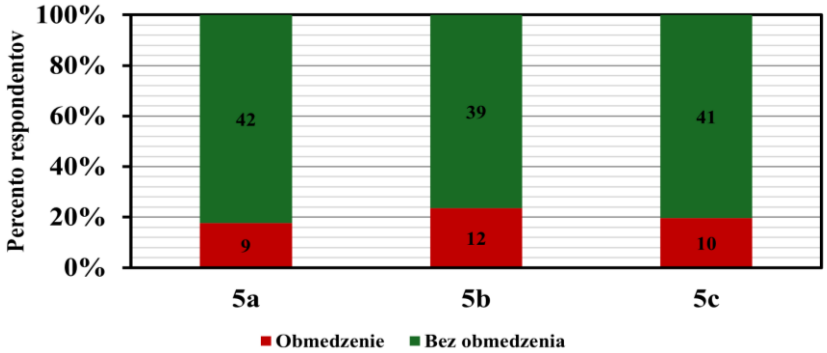
Graf 1 Obmedzenia v oblasti fyzického zdravia

Vplyv emocionálneho stavu na pracovný výkon bol v sledovanej vzorke menej významný (graf 3). Najčastejšie uvádzaným emocionálnym obmedzením bolo zníženie starostlivosti a pozornosti pri práci (5b), ktoré pociťovalo 12 respondentov (23,53 %). Zníženie objemu vykonanej práce v dôsledku psychického rozpoloženia (5c) uviedlo 10 respondentov (19,61 %) a redukcia pracovného času (5a) bola pozorovaná u 9 respondentov (17,64 %). Väčšina súboru respondentov (pohybujúca sa od 76,47 % do 82,35 %) neevidovala žiadne emocionálne podmienené obmedzenia v bežných denných aktivitách.



Legenda: 4a – Skrátenie času stráveného prácou, 4b – Vykonanie menšieho množstva práce, 4c – Obmedzenie v druhu vykonávanej práce, 4d – Zvýšené ťažkosti pri výkone práce. Označenie položiek v grafe 2 (4a, 4b, 4c, ...) zodpovedá pôvodnému číslovaniu otázok v štandardizovanom dotazníku SF-36.

Graf 2 Obmedzenie práce a bežných činností kvôli zdravotnému stavu



Legenda: 5a – Skrátenie času stráveného prácou, 5b – Znížená starostlivosť a pozornosť pri práci, 5c – Vykonanie menšieho množstva práce. Označenie položiek v grafe 3 (5a, 5b, 5c, ...) zodpovedá pôvodnému číslovaniu otázok v štandardizovanom dotazníku SF-36.

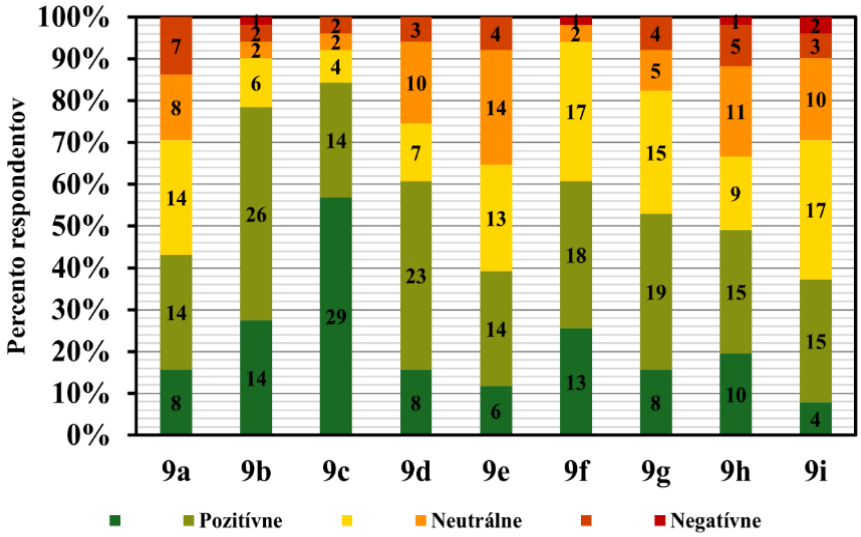
Graf 3 Obmedzenie práce a bežných činností kvôli emocionálnemu stavu

Hodnotenie vitality a emocionálneho stavu

Prežívanie respondentov počas, ktoré sa zameriava na duševné zdravie a celkovú emocionálnu vitalitu ilustruje graf 4. Pre lepšiu prehľadnosť dát bolo pri vyhodnocovaní použité tzv. reverzné skórovanie, vďaka čomu zelené spektrum v grafe 4 znázorňuje pozitívny stav, zatiaľ čo červené spektrum indikuje stav negatívny (pozitívny stav = prítomnosť pozitívnych, alebo absencia negatívnych pocitov; pri negatívnom stave je tomu naopak). Otázky v dotazníku sú kladené týmto protichodným spôsobom, aby mal respondent nižšiu tendenciu označiť totožnú možnosť pri každej podotázke.

Zo získaných dát vieme pozorovať priaznivé trendy v oblasti emočnej stability. Najväčšie zastúpenie pozitívnych odpovedí (zelené segmenty) je pri položkách dotazujúcich sa na absenciu nervozity, nemožnosti rozveselenia a skľúčenosti a skleslosti (9b, 9c, 9f). Väčšina pacientov pri každej z podotázok pociťuje emocionálne ťažkosti len mierne, zriedkavo alebo vôbec (žltá, svetlozelená a zelená farba).

Určité rezervy však pozorujeme pri vitalite, ktorá sleduje množstvo elánu, dostatok energie, či únavu (najmä 9a, 9e, 9i). Pri týchto oblastiach je badateľný mierny nárast neutrálnych (žltých a oranžových) a negatívnych (červených a tmavočervených) odpovedí. Znížená hladina energie a občasná únava sú z hľadiska klinického obrazu porúch srdcového rytmu však očakávaným javom.



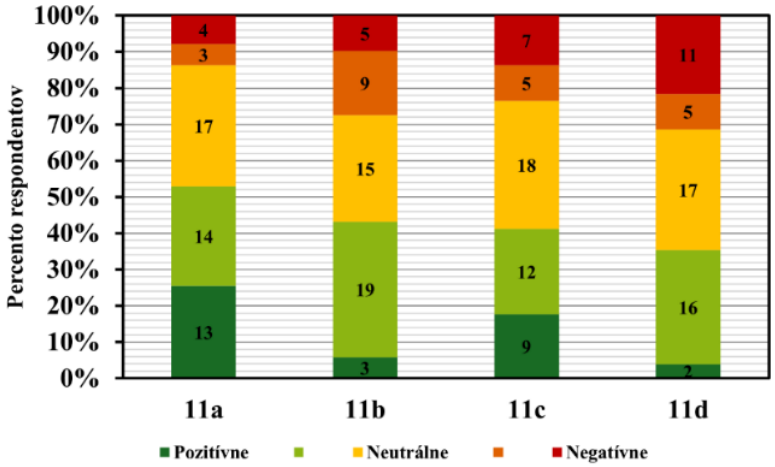
Legenda: tmavozelená a zelená – pozitívne hodnotenie, žltá a oranžová – neutrálne hodnotenie, červená a tmavočervená – negatívne hodnotenie; 9a – elán, 9b – nervozita, 9c – nemožnosť rozveselenia a skľúčenosť, 9d – pokoj a pohoda, 9e – pocit energie, 9f – skleslosť, 9g – vyčerpanosť, 9h – šťastie, 9i – únava. Označenie položiek v grafe 4 (9a, 9b, 9c, ...) zodpovedá pôvodnému číslovaniu otázok v štandardizovanom dotazníku SF-36.

Graf 4 Hodnotenie vitality emocionálneho stavu

Celkové vnímanie zdravia pacienta

Graf 5 sa zameriava na celkovú osobnú perspektívu respondentov do budúcna, na ich zdravotný stav a vývoj zdravotného stavu jednotlivca v porovnaní s jeho okolím. Aj v tomto prípade bola použitá metóda reverzného skórovania pre zachovanie konzistentnosti (pozitívny výsledok – zelené spektrum, negatívny – červené spektrum).

V každej podotázke prevažuje pozitívne a neutrálne vnímanie zdravotného stavu a perspektívy (graf 5, 11a–11d). Respondenti sa všeobecne necítia byť významne viac chorľaví než ich okolie. Najsilnejšie pozitívne vnímanie pozorujeme pri odmietaní tvrdenia, že by respondent ochorel ľahšie ako iní ľudia (n = 27; 52,94 %, odpovede „väčšinou nie“ a „určite nie“ spolu). Neutrálny postoj k neistote zdravotného stavu sa pohybuje konzistentne na úrovni 15 až 18 respondentov (29,41 – 35,29 %). Pri podotázke 11d je badateľný väčší posun k negatívnemu spektru (n = 16 spolu) a najnižší počet pozitívnych odpovedí (n = 18 spolu).



Legenda: tmavozelená a zelená reprezentujú pozitívne vnímanie zdravia, žltá neutrálne a červená s tmavočervenou negatívne; 11a – náchylnosť na ochorenie, 11b – subjektívny pocit zdravia v porovnaní s okolím, 11c – očakávanie zhoršenia zdravia, 11d – subjektívne vnímaná bezchybnosť zdravotného stavu. Označenie položiek v grafe 5 (11a, 11b, 11c, ...) zodpovedá pôvodnému číslovaniu otázok v štandardizovanom dotazníku SF-36.

Graf 5 Subjektívne hodnotenie zdravotného stavu

DISKUSIA

Zloženie skúmaného súboru bolo charakteristické vyšším zastúpením mužov a priemerným vekom respondentov 65,7 roka. Tento výsledok je v súlade s klinickou praxou, keďže poruchy srdcového rytmu sa častejšie vyskytujú vo vyšších vekových skupinách. Podobné demografické charakteristiky uviedli aj Rush et al. (2023), ktorých súbor tvorili prevažne muži s priemerným vekom 65,3 roka.

Priemerný vek prvého výskytu poruchy rytmu v našom súbore bol 53,3 roka a priemerná dĺžka ochorenia predstavovala v sledovanej vzorke 12,4 roka. Tieto údaje poukazujú na dlhodobý charakter ochorenia a potrebu kontinuálneho sledovania pacientov v ambulantnej sfére – na kardiologických ambulanciách.

Z hľadiska klinických prejavov bola väčšina respondentov v našom prieskumnom súbore symptomatická. Medzi najčastejšie uvádzané ťažkosti patrili búšenie srdca, „preskakovanie srdca“, rýchly pulz - tachykardia, slabosť a znížená výkonnosť. Tieto výsledky korešpondujú s odbornou literatúrou, ktorá uvádza, že palpitácie, únava, znížená tolerancia fyzickej záťaže, dyspnoe patria medzi najčastejšie subjektívne príznaky pacientov s poruchou rytmu srdca. Zároveň časť pacientov môže byť asymptomatická, čo zodpovedá aj nášmu zisteniu, že takmer tretina súboru bola bez subjektívnych príznakov (Prystowsky, Klein, Daubert, 2020).

Frekvencia hospitalizácií bola v sledovanom súbore relatívne nízka, keďže dve tretiny respondentov neboli za posledných 12 mesiacov hospitalizované ani raz. Tento výsledok môže súvisieť s ich relatívne stabilizovaným zdravotným stavom a poskytovanou ambulantnou liečbou na vysokej úrovni. Úspešná liečba arytmií, môže viesť nielen k zlepšeniu kvality života, ale aj k zníženiu využívania zdravotnej starostlivosti vrátane hospitalizácií (Šantová a kol., 2017).

Kvalita života pacientov s poruchami srdcového rytmu predstavuje významný ukazovateľ efektivity liečby, keďže arytmie neovplyvňujú len mortalitu a morbiditu, ale aj každodenné fungovanie pacienta vo fyzickej, psychickej a sociálnej oblasti (Son et al., 2019). Dotazník SF-36 umožňuje komplexné zhodnotenie týchto oblastí a patrí medzi štandardné nástroje využívané v klinickej praxi aj výskume (Lins, Carvalho, 2016).

Pri porovnaní subjektívnej kvality života pred diagnostikou a liečbou v porovnaní s obdobím po zahájení liečby je možné pozorovať pozitívny trend. Kým pred diagnostikou a liečbou pacienti hodnotili svoju kvalitu života v priemere na úrovni 5,75 bodu (medián = 6; min. = 0), po zahájení liečby sa toto hodnotenie zvýšilo na priemerných 7,69 bodu (medián = 8; min. = 3). Naše zistenia sú v súlade so štúdiami, ktoré poukazujú na to, že u stabilizovaných pacientov s arytmiami dochádza k zlepšeniu kvality života najmä pri adekvátnej kontrole symptómov a vhodnej liečbe (Bang, Park, 2023).

V oblasti fyzického fungovania sa preukázalo, že najväčšie obmedzenia pacienti pociťujú pri aktivitách s vyšším energetickým výdajom, najmä pri namáhavých činnostiach a chôdzi po schodoch. Naopak, pri aktivitách s nízkou záťažou bola zachovaná vysoká miera sebestačnosti. Tento výsledok je v súlade s poznatkami, podľa ktorých sú hlavnými limitujúcimi faktormi pri poruchách rytmu srdca únava, dyspnoe a palpitácie, ktoré sa výraznejšie prejavujú pri fyzickej záťaži (Havránek a kol., 2025). Naše výsledky naznačujú, že ochorenie ovplyvňuje skôr výkonnosť než základnú sebestačnosť pacienta.

Pri hodnotení obmedzení v práci a bežných činnostiach sa ukázalo, že fyzické faktory predstavujú väčšiu bariéru než emocionálny stav. Tento nález je v súlade s výsledkami prehľadovej štúdie Son et al. (2019), podľa ktorej sú symptómy porúch rytmu srdca a funkčný stav pacienta hlavnými determinantmi kvality života. V porovnaní s týmito zisteniami možno konštatovať, že aj v našom súbore zohráva dominantnú úlohu fyzická symptomatológia ochorenia.

V oblasti vitality a duševného zdravia boli zistené prevažne priaznivé výsledky, avšak s určitými rezervami v oblasti energie a únavy. Tento nález je v súlade s klinickým obrazom arytmií, kde únava patrí medzi časté symptómy ochorenia (Havránek a kol., 2025).

Zistené rezervy v oblasti vitality, ktoré odzrkadľujú mieru energie, elánu a únavy môžu súvisieť so samotnou poruchou srdcového rytmu a jej symptomatickým priebehom. U pacientov s poruchami srdcového rytmu patrí únava medzi najčastejšie uvádzané symptómy a vyššia symptomatická záťaž je spojená s horšou kvalitou života (Jansson et al., 2021).

V oblasti duševného zdravia a emocionálneho prežívania boli v našom súbore zaznamenané prevažne priaznivé výsledky. Respondenti najčastejšie uvádzali absenciu alebo len miernu prítomnosť nervozity, skľúčenosti a negatívnych emočných stavov. Tento výsledok možno hodnotiť pozitívne najmä vzhľadom na skutočnosť, že u pacientov s poruchami srdcového rytmu, sa úzkostné a depresívne symptómy vyskytujú pomerne často a môžu významne znižovať kvalitu života. Raileanu et al. (2024) poukázali na to, že pacienti s vyššou mierou úzkostných a depresívnych symptómov dosahovali horšie hodnotenie kvality života.

Celkové vnímanie zdravia bolo v našom súbore prevažne pozitívne alebo neutrálne, pričom respondenti sa nevnímali ako viac chorí ako ich okolie. Pozitívne sebahodnotenie zdravia býva spojené s lepšou adherenciou k liečbe a vyššou motiváciou pacienta spolupracovať (Mayer, 2019).

Naše výsledky potvrdzujú význam komplexného a individualizovaného prístupu k pacientovi. V tomto procese zohráva dôležitú úlohu sestra, ktorá zabezpečuje edukáciu, podporu adherencie a psychickú podporu pacienta. Štúdie poukazujú, že sestrou vedené intervencie môžu viesť k zlepšeniu kvality života pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami (Bejvančická a kol., 2024).

ZÁVER

Pacienti s poruchami srdcového rytmu vnímajú svoju kvalitu života lepšie, najmä v dôsledku efektívnej liečby.

Napriek celkovo priaznivým výsledkom boli identifikované oblasti, ktoré sú ochorením ovplyvnené výraznejšie, predovšetkým fyzická výkonnosť a únava. Naopak, sociálna a emocionálna oblasť ostávajú relatívne stabilné, čo môže súvisieť s dobrou adaptáciou pacientov a podporou zo strany rodiny.

Zistenia zároveň poukazujú na význam edukácie a podpory zo strany zdravotníckeho personálu, najmä sestier, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu v manažmente ochorenia. Komplexný a individualizovaný prístup v ošetrovateľskej starostlivosti je nevyhnutný pre udržanie a zlepšenie kvality života pacientov s poruchami srdcového rytmu.

Limitácie prieskumu

Za limitáciu predloženého prieskumu považujeme: malý rozsah súboru, realizáciu zberu údajov v jednej ambulancii, prieskumný súbor zahŕňal širšie spektrum porúch rytmu, dotazník SF-36 nemusel zachytiť všetky špecifiká porúch rytmu srdca.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BANG CH., PARK S. Symptoms clusters, psychological distress, and quality of life in patients with atrial fibrilation. *Healthcare*. 2023; 11 (9): 1353

BARTŮNĚK P., JURÁSKOVÁ D., HECZKOVÁ J., NALOS D. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1

BEJVANČICKÁ P,, ROJÍKOVÁ SVOBODOVÁ H., TŮMOVÁ P. a kol. Vliv intervence vedené sestrou na kvalitu života pacientů. *Interv Akut Kardiol.* 2024; 23 (2-3): 119–126

BILBAO A., ESCOBAR A., GARCÍA-PEREZ L., NAVARRO G., QUIRÓS R. The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures. *Health Qual Life Outcomes*. 2016; 14: 23

BOROŇOVÁ J. *Vybrané témy z ošetrovateľskej problematiky. Vysokoškolská učebnica*. *I. časť*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2023. 373 s. ISBN 978-80-568-0566-4

BUŽGOVÁ R. Výzkum v ošeřovatelství. In Plevová, Ilona et al. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2018. 288 s. ISBN 978-80271-0888-6

CAI T., VERZE P., JOHANSEN, T. E. B. The Quality of Life Definition. Where Are We Going? *Uro.* 2021; 1 (1): 14-22

GURKOVÁ E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 224 s. ISBN 978-80247-3625-9

HAVRÁNEK Š. a kol.. *Praktická arytmologie*. Praha: Maxdorf, 2025. 375 s. ISBN 978-80-7345-789-1

HINDRICKS G., POTPARA T., DAGRES N. et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2021; 42 (5): 373–498

JANSSON V., BERGFELDT L., SCHWIELER J. et al. Atrial fibrillation burden, episode duration and frequency in relation to quality of life in patients with implantable cardiac monitor. *Int J Cardiol Heart Vasc*. 2021; 34: 100791

LINS L., CARVALHO F. M. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life. Scoping review. *SAGE Open Med*. 2016; 4: 2050312116671725

MAYER O. Nakolik závažný problém může představovat špatná adherence k doporučené léčbě při ischemické chorobě srdeční? *Interv Akut Kardiol.* 2019; 18 (3): 138–142

NAGYOVÁ I. *Measuring Health and Quality of life.* Košice: EQUILIBRIA Ltd., 2009. 268 s. ISBN 978-80-89284-46-7

PRYSTOWSKY E. N., KLEIN G. J., DAUBERT J. P. *Cardiac Arrhythmias*. *Interpretation, Diagnosis and Treatment*. New York: McGraw-Hill Education, 2020. 518 s. ISBN 978-1-260-11820-9

RAILEANU G., JAWID N., BOHTE E. et al. Do depressive and anxiety symptoms influence the quality of life of patients with atrial fibrillation after cryoballoon ablation: a comparison study. *Journal of interventional cardiac electrophysiology: an international journal of arrhythmias and pacing*. 2024; 67 (4): 797-805

RUSH K. L., SEATON CH. L., BURTON L. et al. Quality of life among patients with atrial fibrillation. A theoretically-guided cross-sectional study. *PLoS One*. 2023; 18 (10): e0291575

SON Y.J., BAEK K.H., LEE S.J., SEO E.J. Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Patients with Atrial Fibrillation: An Integrative Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2019; 16 (17): 3042

ŠANTOVÁ T., CINOVÁ J., ŠULIČOVÁ A., SIMOVÁ Z., NOVOTNÁ Z., JUNOVÁ E. Quality of life in patients with atrial fibrillation. Kvalita života pacientov s fibriláciou predsiení. *Cardiology Lett*., 2017; 26 (1): 19–24

TEOLI D., BHARDWAJ A. Quality Of Life. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Geneva,