proLékaře.cz | 12.11.2026

# Kvalita života u nemocných po akutním infarktu myokardu

J. Haluzíková[1] P. Jabůrková[2]

[1] *Ústav ošetřovatelství, FVP Slezská univerzita v Opavě*
[2] *Střední zdravotnická škola Frýdek-Místek*

**Souhrn**

*Úvod:* Akutní infarkt myokardu (AIM) je velmi závažné, život ohrožující onemocnění. *Cíl:* Cílem bylo zjistit kvalitu života u nemocných po AIM. *Metodika:* Do výzkumného souboru bylo zařazeno 60 respondentů, kteří byli minimálně 6 týdnů a maximálně 12 měsíců po AIM. Použili jsme standardizovaný dotazník *MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionaire (QLMI). Výsledky:* Do souboru bolo zařazeno 67 % (40) mužů a 33 % (20) žen s průměrným věkem 61,5 let. Kvalita života byla hodnocena v doménách (emoční, fyzická a sociální). Respondenti hodnotili kvalitu života průměrně. Dále byla zjišťována závislost jednotlivých domén na informovanosti o nemoci před AIM. Fyzická a sociální doména dotazníku QLMI závisí na informacích o nemoci před AIM. Analýzou výsledků byla dokázaná statisticky významná závislost fyzické domény na věku. Nejlépe byla respondenty hodnocena doména sociální. V oblasti fyzické dosáhly lepších výsledků ženy a v oblasti emoční dosáhli lepších výsledků muži. *Závěr:* Získané výsledky potvrzují, že kvalitu života hodnotí respondenti průměrně. Edukace je nedílnou součástí péče o nemocného po AIM.

**Klíčová slova**

kvalita života – akutní infarkt myokardu – režimová opatření – MacNew QLMI

## Quality of life in patients after acute myocardial infarction

**Abstract**

Acute myocardial infarction (AIM) is a very serious, life-threatening disease. *Objective:* The aim of the research was to determine the quality of life of patients after AMI. *Methods:* The research group included 60 respondents who were at least 6 weeks and at most 12 months after AIM. *The MacNew Standard of Life after Myocardial Infarction Questionaire (QLMI)* was used. Results: 67% (40) men and 33% (20) women with the average age of 61.5 years were included in the sample. Quality of life was evaluated in domains (emotional, physical and social). The respondents rated the quality of life on average. The physical and social domains of the QLMI questionnaire depend on information about the disease before AIM. The analysis of the results proved a statistically significant dependence of the physical domain on age. The social domain was rated best by the respondents. In the area of physical performance, women achieved better results compared to men reaching. In the emotional field, men achieved better results. *Conclusion:* The obtained results confirm that respondents assess the quality of life on average. Education is an integral part of patient care after AMI.

**Key words**

quality of life – acute myocardial infarction – regime measures – MacNew QLMI

## Úvod

Akutní infarkt myokardu (AIM) je závažnou, život ohrožující formou akutní ischemické choroby srdeční (ICHS). Z patologického pojetí je AIM charakterizován jako odumření buněk srdečního svalu v důsledku dlouhodobého nedostatečného zásobení myokardu krví [1]. Jde o velmi závažné, onemocnění, při kterém dochází k nedokrvení určité části srdečního svalu a pacient je ohrožen na životě. Pokud není do dvou hodin, obnovena recirkulace, dochází postupně ke vzniku nekrózy a mohou nastat závažné komplikace. V ČR umírá náhlou smrtí během AIM ročně tisíce lidí a jsme na prvních místech ve výskytu tohoto závažného onemocnění na světě [2].

Včasná léčba AIM zlepšuje prognózu pacienta. Jedním z léčebných postupů při léčbě AIM je perkutánní koronární intervence (PCI). V posledních letech jsme na předních místech v úspěšnosti léčby AIM. Vysoký podíl pacientů, kteří podstupují tuto léčbu, jsou starší lidé ve věku ≥ 70. Pacienti po AIM mohou vykazovat zvýšenou nemocnost a změněnou kvalitu života.

V současné době dopad na kvalitu života není tak dobře popsán. Poměrně málo studií se zaměřuje na potenciální rozdíly v kvalitě života, ke kterým dochází s věkem.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života definována tím, jak jednotlivci vnímají své postavení v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, ve kterých žijí, ve vztahu k cílům, očekáváním, standardům a obavám [3–5]. Kvalita života (QoL) zahrnuje mnoho různých aspektů života člověka z pohledu fyzického, psychologického, úroveň nezávislosti, sociálních vztahů, životní a duchovní (náboženské) osobní přesvědčení [3–5]. Měření QoL má význam pro sledování poskytované péče a určení vhodných zásahů k optimalizaci péče. K měření dopadů onemocnění na QoL existuje mnoho nástrojů. Na základě modelu vycházejícího z potřeb nemocného byl vyvinut nástroj pro měření QoL. V klinické praxi a pro výzkumníky se jako ná-

proLékaře.cz | 12.11.2026



**Tab. 1. Průměrná kvalita života v jednotlivých doménách podle pohlaví.**

| Doména | Muži | Ženy |
|---|---|---|
| emoční | 4,4 | 4,1 |
| fyzická | 4,4 | 4,5 |
| sociální | 4,6 | 4,6 |

stroj pro hodnocení QoL používá skórovací systém Health Related Quality of Life (dále jen HRQoL) – Kvalita života závislá na zdraví. HRQoL je obecně vnímán jako vícerozměrný nástroj, jenž zahrnuje oblasti fyzické, sociální a emocionální. Princip tohoto modelu spočívá v hodnocení rozsahu narušení uspokojování potřeb nemocného v důsledku nemoci nebo její léčby.

Hodnocení QoL je v současné době poměrně samostatnou mezioborovou oblastí. Každým rokem se vyvíjejí ať už nové, nebo upravované diagnostické nástroje, používané pro výzkumné účely, ale i pro rutinní aplikaci v praxi. Těmito nástroji jsou většinou dotazníky.

Nejčastěji používané jsou Sickness Impal Profile, Nottingham Health Profile, WHOQOL-BREF, European Quality of Life Questionnaire, Quality of Life Profile a RAND 36 – Item Health Survey (SF-36) [6].

Existuje řada srdečních onemocnění a k nim specifických nástrojů HRQoL. Většina z nich je určena speciálně na diagnostiku onemocnění srdce [7].

American Heart Association doporučuje posouzení QoL související se zdravím (HRQoL) pro pacienty, kteří podstupují kardiovaskulární léčbu [8,9]. Pro pacienty po AIM byl vyvinut standardizovaný dotazník *MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionaire (MacNew QLMI)*, jenž je modifikací původního QLMI. Dotazník je jednoduchý, okamžitě použitelný a je schopen účinně a rychle vyšetřit psychologické problémy nemocných po AIM. QLMI MacNew dotazník byl vyvinutý k zhodnocení efektivnosti a komplexnosti kardiovaskulární rehabilitace a k posouzení psychologických aspektů.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit QoL pacientů po prodělaném AIM. Dílčím cílem výzkumu bylo ověřit, zda doporučená režimová opatření mají vliv na QoL.

## Soubor a metodika

Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti bez rozdílu pohlaví a sociálního statusu. Kritériem pro zařazení do souboru bylo, aby pacienti byli minimálně 6 týdnů a maximálně 12 měsíců po překonaném AIM, respondenti museli podstoupit PCI a jednalo se o první AIM. Účast respondentů na průzkumném šetření byla dobrovolná a zakládala se na osobním zájmu a souhlasu respondentů.

Všichni oslovení respondenti souhlasili s průzkumným šetřením. Výzkum probíhal v kardiologické ambulanci v rámci Moravskoslezského kraje. Šetření bylo schváleno náměstkyní pro ošetřovatelskou péči.

Celkem bylo osloveno 95 respondentů. Navrátilo se 75 dotazníků, tj. 79 %. Po jejich kontrole bylo 15 vyřazeno pro neúplné vyplnění, tedy 25 %. K statistickému zpracování bylo vyhodnoceno 60 dotazníků, tj. 100 %. V průběhu šetření byla zajištěna anonymita respondentů, kteří byli osloveni tak, jak postupně přicházeli do ambulance na kontrolu.

K výzkumnému šetření byl použit standardizovaný dotazník MacNew QLMI, jenž je modifikací původního QLMI. Původně se používala jeho zkrácená verze s 26 položkami, která obsahuje 3 oblasti (emocionální, fyzickou a sociální) s hodnocením 0–7, kde vyšší hodnocení znamená vyšší funkčnost. V současné době se používá jeho vylepšená verze s 27 položkami známá jako MacNew nebo-li QLMI [10]. Dotazník se skládá z 27 otázek, které spadají do tří domén – fyzické, sociální a emoční. Otázky jsou uzavřené s výběrem jedné správné odpovědi. Maximální možné skóre dosažitelné v jakékoli otázce je 7 (vysoká HRQoL) a minimum je 1 (špatná HRQoL). Úkolem respondenta bylo označit na Likertově škále číslo v rozmezí podle toho, které stanovisko vyjadřuje jeho postoj. Chybějící odpovědi nemají vliv na bodování (např. otázka 27 „sexuální styk", může být vyloučena bez vlivu na bodování). V každé otázce se vypočítá její průměr (např. pokud je zodpovězeno pouze 10 ze 14 odpovědí z emoční domény, výsledek je průměr z 10 odpovědí). Pokud více než 50 % položek pro doménu chybí, nelze ji hodnotit. Výsledky vypočtené v jednotlivých doménách u konkrétních respondentů byly zahrnuty do celkového průměru všech tří domén. Respondenti vyplňovali dotazník, jak se cítili v posledních 2 týdnech. Dotazník je volně dostupný v originále na internetu. Pro použití zahraničního instrumentu do české verze jsme uplatnili adaptační postup dle Beatona. V úvodu dotazníku jsme zjišťovali demografické údaje (věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav a sociální status respondenta). Pomocí nestandardizovaného dotazníku jsme zjišťovali, zda jsou dodržována doporučena režimová opaření.

## Statistické zpracování

Analýza výsledků dotazníkového šetření byla provedena programem Microsoft Word a Microsoft Excel. Data jsou vyjádřena v absolutní a relativní četnosti. Byla použita popisná statistika, Spearmanův korelační koeficient, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallisova ANOVA. Výsledky byly shrnuty a uspořádány do tabulek a grafů.

## Analýza výsledků

V úvodu výzkumného šetření byly zjišťovány demografické údaje. Z celkového počtu bylo 67 % (40) mužů a 33 % (20) žen. Průměrný věk respondentů byl 61,5 let, z toho průměrný věk žen byl 64 let a u mužů 59 let. U všech participujících respondentů byl zjišťován stupeň dosaženého vzdělání. Převládá počet respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou 35 % (21), další skupinu tvořili nemocní vyučení v oboru 32 % (19), vysokoškolské vzdělání uvedlo 23 % (14) a základní vzdělání 10 % (6). V oblasti sociálního stavu bylo 50 % (30) pracujících, ve starobním důchodu 32 % (19) respondentů, plný invalidní důchod 2 % (1), částečný invalidní důchod 3 % (2), OSVČ 8 % (5) a nezaměstnaných bylo 5 % (3). Co se týká rodinného stavu, v manželském svazku bylo 58 % (35), rozvedených 18 % (11), vdovství uvedlo 17 % (10), druh/družka 3 % (2) a svobodných byly 3 % (2).

### Analýza výsledků dotazníku QLMI/MacNew

Výsledky jsou seřazeny v doménách, do kterých jsou jednotlivé položky seřazeny. Muže a ženy jsme hodnotili zvlášť. V tab. 1 jsou uvedeny výsledky, kdy nejlépe byla respondenty hodnocena doména sociální, a není žádný rozdíl mezi oběma skupinami. V oblasti fyzické není výrazný rozdíl mezi muži a ženami a v oblasti emoční muži dosáhli lepších výsledků než ženy. Z uvedených výsledků vyplývá, že respondenti hodnotí QoL průměrně.

Zjišťovali jsme závislost jednotlivých domén na věku. Prokázali jsme statisticky významnou závislost fyzické domény na věku (negativní korelace). Korelační koeficient r = –0,27.

Dále jsme zjišťovali závislost domén na jednotlivých otázkách. Zjistili jsme vysoké korelace v doméně emoční (r = 0,874) na otázce č. 4, kdy se respondenti v posledních dvou týdnech „cítí pod psa", v doméně fyzické je to otázka č. 26 související s fyzickým omezením (r = 0,885) a v doméně sociální (r = 0,887) rovněž otázka č. 26 související s fyzickým omezením.

proLékaře.cz | 12.11.2026



Srovnávali jsme domény dotazníku QLMI s nestandardizovaným dotazníkem, kdy jsme zjišťovali, zda jednotlivé domény z dotazníku QLMI souvisí s informovaností o nemoci před AIM. Fyzická doména ($p = 0{,}012501$) a sociální doména ($p = 0{,}035636$) dotazníku QLMI závisí na informacích o nemoci před AIM. Výsledky jsou statisticky významné na hladině $p < 0{,}05$. Vyšší skóre je u respondentů, kteří uvedli, že měli informace o AIM před onemocněním.

Zajímalo nás, jak jednotlivé domény souvisí s fyzickou aktivitou. Fyzická a sociální doména částečně závisejí na četnosti fyzické aktivity. U fyzické i sociální domény je signifikantní rozdíl mezi skupinami respondentů, kteří uvedli, že mají pravidelnou fyzickou aktivitu 1× týdně (označeno 3) a skupinou respondentů, kteří se věnují fyzické aktivitě nepravidelně (označeno 4) (graf 1 a 2).

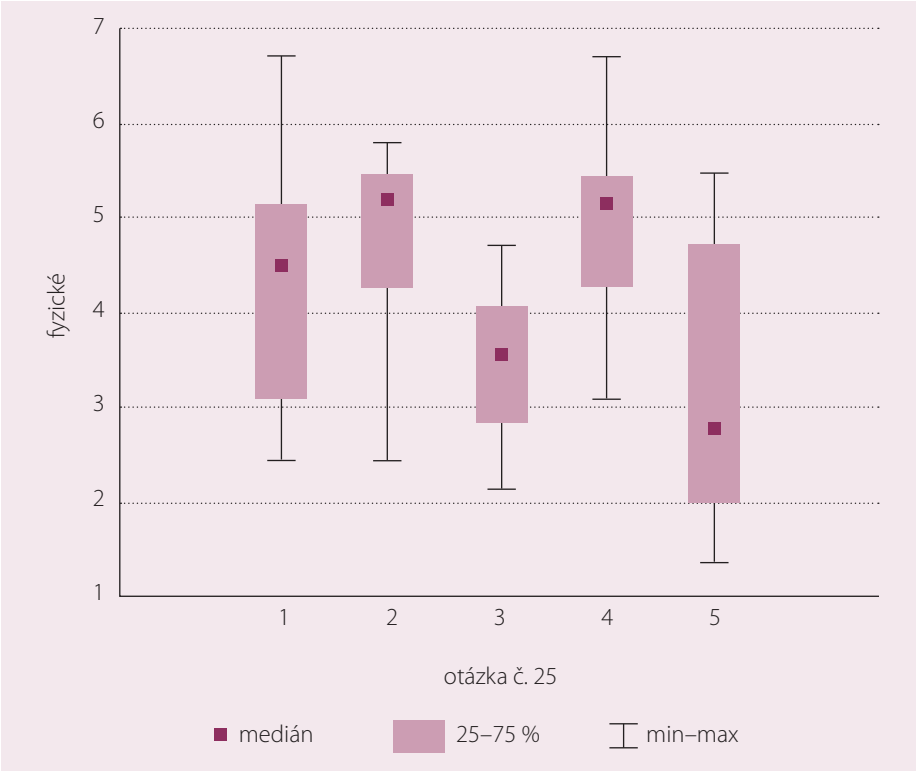
Jedním z doporučených režimových opatření je zákaz kouření. Porovnávali jsme jednotlivé domény dotazníku QLMI s otázkou kolik cigaret nemocní vykouří denně. Emoční doména dotazníku QLMI částečně závisí na počtu vykouřených cigaret. Signifikantně nižší QoL je ve skupině, která vykouří 1–5 cigaret denně (označeno 1), je zde nižší emoční skóre, než ve skupině, která kouří 15–20 cigaret/den (označeno 2). Většina respondentů (43) se však k této otázce vůbec nevyjádřila, což lze interpretovat tak, že se jedná o nekuřáky.

## Diskuze

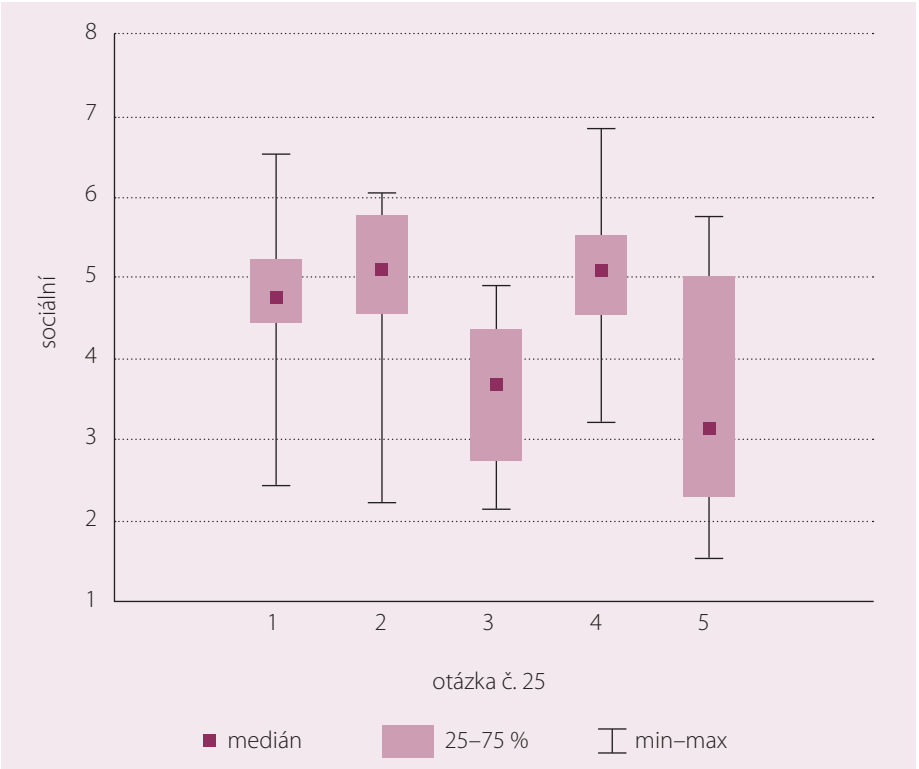
Kvalita života má řadu definic, všechny se v podstatě snaží o definování elementární životní spokojenosti jako multidimenzionálního existencionálního fenoménu. AIM s sebou často nese pocit významného ohrožení života a je výrazným předělem mezi zdravím a nemocí. Pro většinu pacientů znamená situaci radikálního a poměrně rychlého přehodnocení životních cílů a hodnotové orientace.

Prevalence mužů ve srovnání s ženami jsou přirozeně způsobené hormonální ochranou v důsledku estrogenů.

Pro zjištění QoL byl použit standardizovaný dotazník MacNew QLMI. Výsledky z jednotlivých domén u konkrétních respondentů byly zprůměrovány. Z uvedených hodnot vyplývá, že není výrazných rozdílů ve vnímání QoL mezi pohlavími. Bahall et al [5] sledovali QoL u pacientů po AIM a uvádějí její postupné zlepšení ve všech doménách emoční, fyzické a sociální. Ženy uváděly zlepšení v doméně fyzické a sociální. Lari et al [11] uvádí hodnoty u respondentů v doméně emoční 5,0, fyzická 5,3 a so-




**Graf 1. Fyzická doména vs. fyzická aktivita.**
Jednotlivé kategorie jsou odpovědi na otázku „Jak často se věnujete fyzické aktivitě?" Čísla označují tyto odpovědi: 1 = každý den, 2 = 3× týdně, 3 = 1× týdně, 4 = nepravidelně a 5 = vůbec.




**Graf 2. Sociální doména vs. fyzická aktivita.**
Jednotlivé kategorie jsou odpovědi na otázku „Jak často se věnujete fyzické aktivitě?". Čísla označují tyto odpovědi: 1 = každý den, 2 = 3× týdně, 3 = 1× týdně, 4 = nepravidelně a 5 = vůbec.

proLékaře.cz | 12.11.2026



ciální 4,9. Vecchis et al [12] uvádí hodnoty emoční 4,4, fyzická 4,4 a sociální 4,5. Naše výsledky uvedené v tab. 1 se shodují se studiemi autorů. Dále je zřejmé, že hodnoty mezi jednotlivými doménami (sociální, fyzická, emoční) nevykazují výrazné výkyvy a drží se v průměrných hodnotách. Analyzovali jsme závislost jednotlivých domén na věku. Byla zjištěna statisticky významná závislost fyzické domény na věku.

Rančić et al [13] uvádějí, že jeden měsíc po AIM byla kvalita života u pacientů velmi ohrožena. Nemocní, kteří podstoupili primární koronární intervenci, zhodnotili svůj zdravotní stav lépe než nemocní, kteří byli léčeni trombolytickou léčbou. Tito nemocní měli také nižší průměrné známky anginy pectoris a vyšší QoL související se zdravím. V našem šetření všichni respondenti byli po perkutánní koronární intervenci, tudíž hodnotí QoL pozitivně.

Bahala et al [5] uvádějí, že QoL není závislá pouze na faktorech poskytujících lékařskou péči, závažnosti onemocnění, kardiovaskulárních rizicích, ale také na demografických a psychosociálních faktorech.

Koronární onemocnění ovlivňuje více dimenzí života člověka, např. fyzické, duševní a sociální oblasti [8]. Ke snížení QoL často vedou život ohrožující povaha onemocnění, potřeba dlouhodobých změn životního stylu a léčebné režimy po AIM [5].

Nemocní, kteří měli více informací o AIM před onemocněním, lépe hodnotili fyzickou a sociální doménu ($p < 0,05$). Tito nemocní se lépe adaptují na novou situaci.

V rámci evropských doporučení pro léčbu AIM je kladen důraz na dodržování režimových opatření, např. zásadní intervence v životosprávě, zanechání kouření, větší fyzickou aktivitu. Zajímalo nás, jak jejich dodržování ovlivňuje QoL. V rámci nefarmakologické prevence je na prvním místě hlavní intervencí zanechání kouření. V našem souboru máme pacienty, kteří kouří a zjistili jsme, že vykouří denně 15–20 cigaret. Zajímala nás tedy závislost domén z dotazníku QLMI na počet vykouřených cigaret. Emoční doména dotazníku QLMI částečně závisí na počtu vykouřených cigaret a skupina nemocných, která vykouří více cigaret, tuto doménu pozitivně hodnotí. Výsledky jsou statisticky významné. Těmto nemocným je potřeba při motivaci k odvykání kouření věnovat pozornost. Nemocní mívají pocit, že abstinencí se již nic nezmění a vše je v životě „dané" a přestat kouřit nemá pro ně smysl. Anebo mohou kouření přičítat svá fyzická omezení a svou nemoc, takže ji lépe tolerují a přijímají. Kouření ve studii Bahalla et al [5] neprokázalo žádnou souvislost s QoL.

Pravidelná fyzická aktivita snižuje kardiovaskulární mortalitu. V našem souboru 53 % pacientů nevykonává pravidelnou aktivitu a 47 % se věnuje fyzické aktivitě pravidelně. Zjišťovali jsme závislost domén (emoční, fyzickou a sociální) z dotazníku QLMI na četnosti fyzické aktivity (graf 1 a 2). Vyhodnocená data poukazují na to, že vztah k pohybové aktivitě je u našich respondentů více než záporný. V doméně fyzické a sociální jsme zjistili vysokou korelaci k otázce související s fyzickým omezením anebo limitováni v důsledku s problémy se srdcem. Vědci zjišťují sníženou QoL z hlediska fyzické aktivity. Mnoho studií potvrdilo, že QoL je u žen v oblasti fyzické aktivity po AIM snížena.

Vědecké studie uvádějí, že psychologická podpora a pravidelná fyzická aktivita mohou postupně zlepšit QoL. Kardiovaskulární rehabilitace je souhrn činností, jejichž cílem je postupné zlepšení fyzického a psychického stavu, pozitivně jsou ovlivněny i sociální podmínky. Kardiovaskulární rehabilitaci indikuje lékař, který se řídí aktuálním zdravotním stavem pacienta. V současné době jde o standardní součást léčby u pacientů po AIM. Intervenční tréninkový kardiovaskulární rehabilitační program je součástí II. fáze kardiovaskulární rehabilitace, která je klíčovým bodem v celém sekundárně-preventivním procesu u nemocných s ICHS. Postupně dochází k hemodynamické adaptaci pacienta na běžnou fyzickou zátěž, k postupnému zvyšování aerobní kapacity a k osvojování si principů pravidelného aerobně-odporového tréninku [14]. O pozitivním vlivu kardiovaskulární rehabilitace na QoL upozorňuje Andrade et al [15]. Řada studií uvádí, že dotazník QLMI je citlivý u nemocných po AIM, kteří absolvovali PCI a následně absolvovali srdeční rehabilitaci. Guth et al [16], Höfer et al [7] uvádějí dotazník jako citlivý měřící nástroj u pacientů se srdečními chorobami po různých intervencích. Má požadovanou platnost a spolehlivost. V rehabilitačních programech zaměřených na kardiovaskulární rehabilitaci může usnadnit zdravotní chování.

Jak již bylo zmíněno, dotazník posuzuje i psychologické aspekty. V doméně emoční jsme zjistili vysokou korelaci v otázce č. 4 „cítí se pod psa". V životě jedince je důležitá tělesná a duševní pohoda, spokojenost s vlastním životem a zdravím, pocit pohody, způsob vnímání, kognitivní náhled na vlastní život, očekávání, pocit řízení běhu vlastního života, možnost sebeaktualizace a vize týkající se vlastního života.

Součástí léčebného režimu u pacientů po AIM je dodržování režimových opatření, např. zákaz kouření, kontrola hmotnosti, fyzická aktivita, dietní opatření, omezení solení aj. Tato doporučení zlepšují QoL a jsou nezbytná pro prevenci další progrese kardiovaskulárních onemocnění. Předpokládali jsme, že u respondentů existuje rozdíl v kvalitě života po AIM např. podle pohlaví, váhy, obvodu pasu, rodinného stavu, vzdělání a sociálního stavu ve vztahu k doménám dotazníku QLMI. Neprokázali jsme žádnou statistickou významnost.

Běžné denní aktivity, fyzické, emoční a sociální funkce mohou být ovlivněny koronárním onemocněním a jeho léčbou.

Při analýze literatury jsme zjistili, že přítomnost negativních emocionálních vztahů zhoršuje QoL. Deprese je nezávislým rizikovým faktorem pro ischemickou chorobu srdeční. Pozitivní vliv má sociální opora. Bahall et al [5] uvádí, že sociální opora je u mužů lepší než u žen. V oblasti změny životního stylu hrají významnou roli i pečující osoby. Molazem et al [17] zdůrazňuje roli rodinného příslušníka, který by měl pacienta povzbuzovat, dohlížet na něho a poskytovat mu podporu. Sociální doména je v našem souboru hodnocena nejlépe. V manželském svazku je 58 % respondentů. V řadě studií byl sledován vliv chronického onemocnění na funkci manželství a rodiny. Křivohlavý uvádí, že v řadě případů se vztah zlepšil. Tuto doménu ovlivňuje i sociální postavení. V pracovním procesu bylo 58 % respondentů. Zaměstnání poskytuje jedinci možnost seberealizace, určení společenského statusu, své osobní identity a aktivizuje jeho činnost. Nízké socioekonomické postavení a sociální izolace, stres v zaměstnání, v rodině, projevy úzkostí a deprese přispívají k rozvoji kardiovaskulárních onemocnění [18].

Naše analýza má řadu limitací. Jedním z omezení studie je malá velikost vzorku, nesledování QoL u pacientů při přijetí do nemocnice a nemožnost porovnat QoL před a po AIM. Z výzkumu byli vyřazeni pacienti, kteří neodpověděli na všechny položky. Tím se počet původních respondentů snížil.

## Závěr

AIM má široké důsledky pro pacienta a společnost. Onemocnění ohrožuje pacienta na životě a je zdrojem chronického onemocnění. Sledo-

proLékaře.cz | 12.11.2026



vání kvality života má význam pro určení péče, vhodných zásahů k optimalizaci péče. Důležité je léčit nejen nemoc, ale i dopad na kvalitu života. Z pohledu pacienta je důležité se podívat na omezení každodenního života. Změna životního stylu je mnohdy náročná. Důležitá je včasná identifikace faktorů, které zhoršují kvalitu života. Své místo zde má lázeňská léčba a rehabilitační programy pro kardiaky. Programy zlepšují fyzickou aktivitu, edukace vedoucí k dodržování režimových opatření motivuje nemocné ke změně. Cílem je zvýšení kvality života.

Získané výsledky nám potvrzují, že nejlépe byla respondenty hodnocena doména sociální. V oblasti fyzické dosáhly lepších výsledků ženy a v oblasti emoční dosáhli lepších výsledků muži. Respondenti hodnotí kvalitu života průměrně.

Rutinní použití dotazníku Mac New k hodnocení QoL vyžaduje lepší implementaci do klinické praxe.

## Literatura


**1.** Vojáček J, Janský P, Janota T. Třetí univerzální definice infarktu myokardu. Cor Vasa 2013; 55(3): 228–235. doi: 10.1016/j.crvasa.2012.12.004.

**2.** Šimek S. Léčba infarktu je závod s časem. Interv Akut Kardiol 2015; 14(2): 56–59.

**3.** WHO. WHOQOL: Measuring quality of life. Who.int.2018. Available at: http://www.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityiflife/en/.

**4.** WHO. WHOQOL: Measuring quality of life. Available at: Who.int/http://www.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityiflife/en/.index4.html.

**5.** Bahall M, Khan K. Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study. Health Qual Life Outcomes 2018; 16(1): 32. doi: 10.1186/s12955-018-0860-8.

**6.** Voborník M Děrgel M, Omran N et al. Kvalita života po chirurgické revaskularizaci myokardu – je operační přístup rozhodující? Interv Akut Kardiol 2015; 14(4): 144–147.

**7.** Höfer S, Lim L, Guyatt, G et al. The MacNew heart disease health-related qulity of life instrument: A summary. Health Qual Life Outcomes 2004; 2(3): 1–8. doi: 10.1186/1477-7525-2-3.

**8.** Kang K, Gholizadeh L, Inglis SC et al. Correlates of health-related quality of life in patients with myocardial infarction: A literature review. Int J Nurs Stud 2017; 73: 1–16: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.04.010.

**9.** Yeng SH, Gallagher R, Elliot D. Factors influencing health-related quality of life after primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction. Appl Nurs Res 2016; 30: 237–244. doi: 10.1016/j.apnr.2015.09.002.

**10.** Smith HJ, Taylor R, Mitchell A. A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI and SEIQoL. Heart 2000; 84(4): 390–394. doi: 10.1136/heart.84.4.390.

**11.** Asad-Lari M, Javadi HR, Melville M et al. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. Health Qual Life Outcomes 2003; 1: 23. Available at: http://www.hqlo.com/content/1/1/23.

**12.** Vecchis, R, Ariaano C. The MacNew questionnaire: A tool to predict unplanned rehospitalization after coronary revascularization. Int J Cardiovasc Scient 2016; 29(4): 303–313. doi: 10.5935/2359-4802.20160047.

**13.** Rančić N, Petrović B, Apostolović S et al. Health-related quality of life in patients after the acute myocardial infarction. Cent Eur J Med 2013; 8(2): 266–272. doi: 10.2478/s11536-012-0118-5.

**14.** Vysoký R, Ludka O, Dosbaba F et al. Kardiovaskulární rehabilitace u pacientů po akutní koronární příhodě. Kardiol Rev Int Med 2014; 16(6): 507–511.

**15.** Andrade AS, Menezes YG, Silva FA et al. Quality of life in patients after acute myocardial infarction. J Clin Cardiol Res 2018; 1(1): 1–4.

**16.** de Gucht V, van Elderen T, van der Kamp L et al. Quality of life after myocardial infarction: translation and validation of the MacNew Questionnaire for a Dutch population. Qual Life Res 2004; 13(8): 1483–1488. doi: 10.1023/B:QURE.0000040792.25240.38.

**17.** Molazem Z, Rezaei S, Mohebbi Z et al. 2013. Effect of continuous care model on lifestyle of patients with myocardial infarction. ARYA Atheroscler 2013; 9(3): 186–191. Available at: http://arya.mui.ac.ir/index.php/arya/ article/view/518/1174.

**18.** Křivohlavý J. Psychologie nemoci. Praha: Grada 2002.


*Doručeno do redakce: 21. 5. 2020*
*Přijato po recenzi: 15. 8. 2020*

**PhDr. Jana Haluzíková, PhD.**
www.fvp.slu.cz
jana.haluzikova@fvp.slu.cz