

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Hana Machalová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Hana Machalová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA SENIORA PO ÚRAZU PROXIMÁLNÍHO
FEMURU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Rita Firytová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Ritě Firýtové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Dále děkuji pracovníkům FN Plzeň za poskytování odborných rad.

Anotace

Příjmení a jméno: Hana Machalová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života seniora po úrazu proximálního femuru

Vedoucí práce : Mgr. Rita Firýtová

Počet stran : číslované 59, nečíslované 16

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: kvalita života, senior, proximální femur

Souhrn:

Práce se zabývá problematikou života a jeho kvality u seniorů po operaci proximálního femuru. Je rozdělena do dvou částí. Teoretická část popisuje problematiku stárnutí kostí, celkové projevy spojené se stárnutím těla, zlomeniny proximálního femuru včetně ošetrovatelské péče a následné rehabilitace a problematiku kvality života a její zjišťování. V praktické části je popsáno srovnávací dotazníkové šetření u seniorů po úrazu proximálního femuru. Bylo prokázáno, že život pacientů propuštěných do domácí péče se zlepšuje rychleji, než u těch, kteří po operaci zůstávají na lůžkách následné péče.

Annotation

Surname and name: Hana Machalová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: The quality of life of seniors aftes hip injury

Consultant: Mgr. Rita Firýtová

Number of pages: 59, 16

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 27

Key words: a life quality, senior, proximal phemur

Summary:

The work concerns an issue of a life and its quality by seniors after surgeries of the proximal phemur. The work is divided in two parts. A theoretical part concerns an issue of stones ageing, overall symptoms of a body ageing, fractures of the proximal phemur, inclusive a tender's care and a successive rehabilitation and the issue of a life quality and its recognition. In a practical part thereof, a comparative interrogatory investigation among seniors with injuries of the proximal phemur has been described. It has been proved that the life of patients released into a home care is improved faster as compared with those who stay after the surgery in beds of a successive care.

OBSAH

OBSAH	7
ÚVOD	8
1 Stárnutí a problémy kostí	9
2 Osteoporóza.....	11
3 Fraktura krčku femuru.....	13
3.1 Diagnóza a indikace	14
3.2 Léčba	15
3.3 Komplikace	16
4 Ošetrovatelská péče a rehabilitace	18
5 Kvalita života	19
5.1 Kvalita života seniorů.....	22
5.2 Hodnocení kvality života u nemocných	23
6 Výzkum	25
6.1 Cíl výzkumu	25
6.2 Hypotézy	25
7 Charakteristika sledovaného souboru.....	26
8 Metodika výzkumu.....	27
9 Výsledky.....	29
10 Diskuse	64
ZÁVĚR.....	67
POUŽITÁ LITERATURA.....	68
SEZNAM GRAFŮ	71

ÚVOD

V České republice dojde každým rokem asi k 15 tisícům zlomeninám proximálního femuru. Jde pouze o odhad, přesné statistiky dosud nejsou vytvořeny. Připočte-li se k nákladům na implantáty (nitrodřeňový hřeb asi 20 tisíc Kč, dynamický kyčelní šroub asi 4 tisíce Kč, cervikokapitální endoprotézacca 10 tisíc Kč, totální endoprotéza od 10 tisíc Kč) hodnota lékařského výkonu, hospitalizace a následná péče, jsou ze zdravotnictví vynakládány na každého takového pacienta desítky tisíc korun. Před necelými deseti lety byla cena primární hospitalizace pacientů se zlomeninou proximálního femuru v celorepublikovém průměru 29 000 Kč, ovšem dnes je to cca o 10 000 více. Populace stárne a zvyšuje se průměrná délka lidského života. Díky tomu je možné očekávat i zvýšení množství zlomenin i nákladů na jejich léčbu. V roce 2000 došlo v Evropě k 890 tisícům zlomenin krčku femuru, na jejichž léčbu bylo vynaloženo 31,7 miliardy Euro. Při demografických změnách, které je možné v Evropě předpokládat, se tyto náklady zvýší do roku 2050 na 77 miliard Euro (Hoza a kol., 2008, s. 393–397). Některé zahraniční studie dokonce ukazují, že počty zlomenin proximálního femuru se zvyšují exponenciálně ve vztahu k přibývání počtu seniorů (Wallace, 1983, s. 1413–1414).

Mimo to se dnes také začíná stále častěji zaměřovat pozornost na kvalitu života, a především pak na kvalitu života seniorů, kterých přibývá a kteří se dožívají vyššího věku. Politiky různých států tento pojem zařazují do svých národních politik, zaměřují tímto směrem rozvoj lékařské i sociální práce. Každý člověk by měl mít nárok na prožití kvalitního stáří. Ovšem pokud narůstají počty seniorů, lze předpokládat nárůst potřeby zdravotní a sociální péče, tedy i množství financí do těchto resortů. Ovšem finance představují stálý problém, tudíž je třeba se snažit nacházet nové možnosti řešení kvalitního prožití stáří.

Předkládaná práce se proto bude zabývat právě problematikou života a jeho kvality u seniorů po operaci proximálního femuru. Jejím cílem bude prokázat, že pacienti po tomto typu úrazu, kteří bývají propuštěni do domácího ošetřování, než aby zůstávali na lůžkách následné péče, mají ve svém důsledku vyšší kvalitu života.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stárnutí a problémy kostí

V první řadě je vhodné si zmínit anatomii samotné stehenní kosti. Kost stehenní představuje největší a nejsilnější kost lidského těla. Její proximální část je tvořena sférickou hlavicí zanořenou do acetabula. Acetabulum má poloměr zhruba 2,5 cm, což odpovídá poloměru hlavice femuru. Hlavici pak tvoří ze dvou třetin kloubní plocha krytá kloubní chrupavkou. Hlavice kosti stehenní dosahuje průměru kolem 45 mm a má sférický tvar. Hlavici spojuje s diafýzou stehenní kosti krček, u dospělého člověka má délku kolem 50 mm, nejširší je při své bázi, předozadně je mírně oploštělý (Hoza a kol., 2008, s. 393–397; Hráský a Sosna, 2002, s. 5–6).

Následuje krček svírající s dlouhou osou femuru úhel 125–135° (tzv. colodiafyzární úhel), proti frontální rovině je krček asi v 15° antevertzi, a trochanterický masiv, na nějž se upínají svaly kyčelního kloubu (na trochanter major gluteální svaly, na trochanter minor m. iliopsoas). Trochanterickou oblast tvoří z větší části spongiózní kost, která je uspořádaná do trámců orientovaných na základě směru zátěže. Výhradně na vnitřní straně se nachází silnější vrstva corticalis – tzv. Adamsův oblouk. Silné kloubní pouzdro je tvořeno třemi ligamenty – lig. iliofemorale, ischiofemorale a pubofemorale. Cévní zásobení zabezpečuje a. circumflexa femoris medialis a lateralis. Podstata arterie ligamenti capitis femoris je poměrně malá. Dále působí střížné síly působící v colodiafyzárním úhlu současně s úbytkem trámců spongiózní kosti trochanterické oblasti při osteoporóze vytváří locus minoris resistentiae a činí tak proximální femur jednou z nejčastějších lokalizací zlomenin (Hoza a kol., 2008, s. 393–397).

Stárnutí představuje kontinuální proces. Zahrnuje veškeré změny, které v organismu člověka nastávají mezi počátkem a koncem života. Se stárnutím člověka je samozřejmě spojeno i stárnutí jeho kostí. U všech tělesných systémů lze nakonec identifikovat sníženou výkonnost, zpomalenou obnovu i skutečné změny ve složení tkání. Kost představuje po celý život metabolicky aktivní orgán. Plní funkci mechanické opory, vytváří prostor pro kostní dřeň, zabezpečuje homeostázu vápníku a účastní se úpravy acidobazické rovnováhy. Se stářím jsou spojeny různé procesy probíhající v kostech. Snižuje se denzita kostí, kosti se stávají křehčími a zvyšuje se riziko jeho zlomení. I když kostní denzita závisí na fyzické

aktivitě a přísunu Ca v mládí, je její ubývání fyziologické. Dále dochází stárnutím k degeneraci hyalinní chrupavky kloubu, zhoršuje se elasticita a pevnost kostí, dochází k reaktivním změnám subchondrální kosti, periartikulární tkáně (Kalvach a kol., 2004, s. 626). Po dokončení individuální osifikace v rané dospělosti ztrácejí ženy v průběhu života asi 50 %, resp. 30 % spongiózní, resp. kortikální kosti a muži 30 %, resp. 20 %. V důsledku toho jsou pro ženy charakteristické fraktury těl obratlů, zejména po menopauze (Brada, 1999, s. 10). Se stárnutím souvisí např. i zhoršené vidění, zhoršená pohyblivost, která rovněž přispívá k tomu, že ve stáří lidé častěji spadnou a něco si zlomí.

Zdravý jedinec přijde mezi 40. a 70. rokem života zhruba o třetinu kostní hmoty. U stárnoucího člověka prezentuje ztráta kostní hmoty zhruba jedno procento za rok. Je to běžná ztráta, kterou způsobuje stárnutí organismu a kostí (Kopásková a Tkáčová, 2011, s.30–33). Jednou z nejčastějších a současně nejobávanějších komplikací osteoporózy je zlomenina krčku stehenní kosti.

2 Osteoporóza

Osteoporóza představuje systémové metabolické onemocnění, pro něž je typický patologicky zvýšený úbytek kostní hmoty a porušení mikroarchitektury kostí, což má za následek větší fragilitu kostí, a tím i větší riziko zlomenin už při minimálním traumatu. Na zmíněných rizicích se podílí více faktorů: hustota kostní tkáně, množství kostní hmoty, mikroarchitektonika, makroarchitektonika, vlastnosti minerálů a dynamika kostního obratu. Na osteoporózu má vliv věk, pohlaví, výživa, genetické dispozice, nedostatkem pohybu, špatný životní styl, určitá onemocnění či léky. Osteoporóza je hlavně nemoc kostí a způsobuje postupnou ztrátu kostní hmoty a její řidnutí. Díky tomu dochází k větší lámavosti kostí a současně se zvyšuje riziko fraktur. Problémem osteoporózy ovšem je, že neexistují včasné varovné signály a onemocnění je mnohdy diagnostikované až tehdy, když dojde k první zlomenině. Osteoporóza se nejčastěji vyskytuje ve dvou typech: **postmenopauzální** či **senilní**. U některých pacientů může jít i o smíšený typ. Postmenopauzální osteoporóza je způsobena poklesem obsahu estrogenů, zejména při rychlém vyhasnutí ovariální funkce, díky tomu pak převládá osteoresorpce s následným odbouráváním minerálů (Kopásková a Tkáčová, 2011, s.30–33).

I osteoporóza představuje z národohospodářského pohledu stále závažnější nákladový faktor. Léčba manifestovaných projevů osteoporózy, zlomenin, tedy i zlomenin krčku femuru, je docela drahá. Navíc dochází k navyšování dalších nákladů v souvislosti s následnou péčí o pacienta zejména po prodělané zlomenině krčku stehenní kosti. Zlomeniny krčku stehenní kosti představují jednu z nejtěžších komplikací osteoporózy. Vyžadují hospitalizaci, způsobují závažnou imobilitu pacienta a mohou způsobovat až o 10–20 % vyšší mortality v prvním roce po fraktuře (Kopásková a Tkáčová, 2011, s.30–33).

U osteoporózy lze sledovat vliv více faktorů na rychlost úbytku kostní hmoty a riziko vzniku zlomenin. Kromě stárnutí a stáří se zde může uplatnit i vliv výživy, příjmu vitamínu D, cvičení, kouření a výskytu dalších nemocí a léčby. Výživa sehrává úlohu jak v průběhu růstu kostí, tak i během stárnutí. Speciálně nedostatek vitamínu D, ať už izolovaný nebo sdružený s obecnější podvýživou, nabyl skoro po celém světě epidemických rozměrů. Nedostatek vitamínu D způsobuje rovněž poruchy svalové síly a rovnováhy, což způsobuje větší riziko pádů. Větší část zlomenin vznikajících v důsledku osteoporózy je důsledkem

pádů, které pravděpodobně mají stejně významnou roli v patogenezi zlomenin souvisejících s osteoporózou jako již zmiňované rizikové faktory (Vyskočil a Blahoš, 2011, s. 729–733).

3 Fraktura krčku femuru

Fraktura krčku femuru představují podle všech zkušeností lékařů zlomeniny, se kterými se v traumatologické praxi setkávají nejčastěji. Přesné statistiky pro celou republiku sice neexistují, ovšem podle zkušených odhadů dochází u nás k 8 až 11 tisícům těchto zlomenin za rok. Průměrný věk pacientů, které tato zlomenina potká, se pohybuje okolo 78 let. To znamená, že zlomeniny krčku femuru představují problémem v první řadě terapeutický, ovšem i dost zásadní problém sociální a ekonomický. Fraktury krčku femuru provázejí lidstvo od prehistorických dob (Bartoníček a kol., 2005, s. 485–491).

Nejčastěji zlomenina proximálního femuru potká ženy kolem 80 let. K úrazu dojde při pádu doma nebo venku, tedy minimálním násilím. Až 20 % žen ve věkové kategorii 60–65 let má pravděpodobnost prodělat minimálně jeden pád za rok, ovšem v rozmezí let 80–84 let už tato zlomenina potká každou třetí ženu a každého třetího muž. Mnohem větší riziko je pak u žen v postmenopauzálním věku, tvoří až 80 % poraněných. Mezi lidmi nad 50 let je incidence u mužů 195, u žen 259 na 100 000 obyvatel ve věku nad 50 let (Hoza a kol., 2005, s. 393–397). Bartoníček (2005, s. 485–491) pak zmiňuje druhou skupinu, kterou tvoří mladí lidé, častěji muži a nejčastěji po úrazu (autonehoda apod.). U mladších pacientů s lepším celkovým stavem a kvalitou kostní tkáně se spíše řeší rekonstrukce kyčelního kloubu, u starších pacientů s horším celkovým stavem, představuje fraktura krčku femuru život ohrožující poranění a tomu se musí podřídit i lékařský a ošetrovatelský postup.

Bartoníček (2005, s. 485–491) uvádí, že zlomeniny krčku femuru se rozlišují na **intrakapsulární** (subkapitální, mediocervikální), těch je nejvíce, na vzácnější **extrakapsulární** (bazicervikální, laterální), a ještě **trochanterické** zlomeniny. Pro intrakapsulární zlomeniny krčku femuru jsou typické zejména jejich komplikace, které podstatně ovlivňují léčebný postup. To však není jediné rozdělení. Podstatným hlediskem v posuzování zlomenin krčku je biomechanika. Z tohoto ohledu je vyhovující klasifikace dle Pawelse, posuzující průběh lomné linie (Hoza a kol., 2008, s. 393–397):

- **Pawels I:** lomná linie svírá s horizontálou úhel do 30°, u nedislokovaných zlomenin tam převládají tlakové síly nad střížnými.
- **Pawels II:** lomná linie svírá s horizontálou úhel 30–50°, více zde působí střížné síly.

- **Pawels III:** úhel je větší než 50°, převažují tam střížné síly a zlomenina není stabilní.

3.1 Diagnóza a indikace

Diagnóza zlomenin proximálního femuru bývá jednoduchá. Bartoníček a kol. (2005, s. 485–491) uvádí, že v prvé řadě je třeba zjistit okolnosti, mechanismus a čas úrazu (např. kvůli riziku kardiálního nebo cerebrovaskulárního infarktu u později přivezených starších pacientů). Je třeba zjistit další onemocnění i medikamenty, které pacient užívá. Zjišťovat je dobré i stav obou kyčelních kloubů před úrazem. Roli hraje i mobilita, psychický stav a sociální opora pacienta před úrazem. U pacienta bývá zevně rotovaná končetina zkrácena, často o 3 i více cm. Palpačně lze zjistit bolestivost u velkého trochanteru a na přední ploše kyčle. Je třeba vyšetřit a zapsat stav druhé kyčle a palpačně vyšetřit raménka stydké kosti z obou stran. U pacientů se zaklíněnou zlomeninou krčku femuru však může přetrvávat aktivní pohyb.

Následují klasické rtg snímky pro určení typu zlomeniny, volbu terapie, eventuálně vymezení operační metody a posouzení prognózy jsou nezbytné klasické snímky. Snímkují se oba kyčelní klouby, pánev a axiální projekce kloubu postižené strany, kterou se zobrazí dorzální část krčku a určí se rotační stabilita či nestabilita zlomeniny. Jakákoliv zlomenina proximálního femuru (až na výjimku zaklíněných abdukčních zlomenin krčku u polymorbidních jedinců), představuje indikaci k operaci, a to i u těch, u kterých jejich celkový stav nenasvědčuje dobrému funkčnímu výsledku. U intrakapsulárních zlomenin krčku femuru může při identifikaci pomoci sonografie tamponujícího hemartrosu (Bartoníček a kol., 2005, s. 485–491; Hráský a Sosna, 2002, s. 5–6).

Operace se realizuje co nejdříve po přijetí pacienta na lůžko. Záměrem je spojit úrazovou i operační zátěž, což zatíží pacienta co nejméně a zlepší tím souhrnnou prognózu. Zlomeniny zmíněné lokalizace se pokládají za náhlou traumatologickou příhodu, a tak je třeba je řešit naléhavě. Odklad operačního výkonu je možný jen při náhlé nezpůsobilosti nemocného k anestezii pro těžkou dehydrataci či pro špatný interní nálezný nebo pro přítomnost život ohrožujících zranění při polytraumatu. Krevní ztráty jsou největší u subtrochanterických zlomenin a s jejich nápravou je nezbytné ihned začít náhradními roztoky a pak krevními deriváty v adekvátní míře. Odklad operačního výkonu u pacientů se zlomeninou indikující

primární aloplastiku, by neměl být příliš dlouhý, závisí na typu pracoviště (Hráský a Sosna, 2002, s. 5–6).

3.2 Léčba

Jak upozorňuje Hoza a kol. (2008, s. 393–397) léčba zlomenin proximálního femuru je závislá na vícero faktorech: typu fraktury, věku a celkovém zdravotním stavu pacienta, kvalitě kosti, stavu kyčelního kloubu před úrazem, aktivitě a mobilitě jedince před úrazem. Konzervativní léčbu lze ordinovat jen u stabilních zaklíněných zlomenin krčku typu Pawels I. Nebezpečí, že se ze stálé fraktury stane fraktura nestabilní a nastane dislokace, je celkem velké – až 60 %. Při konzervativním přístupu je třeba dělat kontroly se zhotovením rtg snímků. Konzervativní přístup je volen i u pacientů, kteří ani před zlomeninou nebyli schopni chodit či kterým závažná nemoc nedovoluje operaci.

Hráský a Sosna (2002, s. 5–6) však uvádí, že v současnosti se stala standardem spíše operační léčba fraktur, a to **osteosyntézou** či primární **aloplastikou** kyčelního kloubu. Operační řešení fraktur proximálního femuru podstoupilo značný vývoj, který není u konce, i když názory na exaktní léčbu jsou celkem jednotné. Instrumentace v nedávné době pokročila díky souboji mezi vyhlášenými institucemi, které trh zásobily dokonale sofistikovanými metodami a institucemi, které se snaží vyrábět implantáty dobré úrovně, ale v přístupnějších cenových relacích. Finance vydávané na vývoj daných typů osteosyntéz a aloplastik se ale vracejí ve spolehlivosti uskutečněných výkonů a ve spokojenosti těch, kteří kvalitu metody nejlépe zhodnotí, tj. pacientů.

Zmíněná primární aloplastika představuje operační metodu u všech trochanterických zlomenin, v případě nepřítomnosti pokročilé artrózy. V dnešní době se používají dva typy implantátů (viz přílohy). Dynamický kyčelní šroub se doporučuje hlavně pro stabilní pertrochanterické zlomeniny. Intramedulární kyčelní hřeb, který se vyrábí v několika formách (např. PFN-Synthes, Gamma nail-Howmedica, PFH-Medin apod.), se upřednostňuje u nestabilních pertrochanterických fraktur a zlomenin intertrochanterických. Na osteosyntézu intrakapsulárních fraktur krčku neexistuje úplně shodný názor. Většinou se osteosyntéza indikuje k ošetření dislokovaných zlomenin u mladších lidí (cca 60-65 let) a pak preventivně u pacientů starších 70 let s nedislokovanou zlomeninou krčku, kde mnohdy

dochází k druhotné dislokaci. Jako implantáty se používají tahové (spongiózní) šrouby či DHS s antirotačním šroubem (Bartoníček a kol., 2005, s. 485–491).

Primární aloplastika se pak používá u případů, kdy evidentně hrozí nekrobióza hlavice femuru a kdy fyzický i psychický stav pacienta skoro jistě nezaručí nezbytné odlehčování operované končetiny v pooperačním období a při rehabilitaci. Je tedy nejlepší u pacientů ve vysokém věku a hůře spolupracujících. Při nepoškozené jamce kyčelního kloubu se u starých pacientů nahrazuje jen krček a hlavice femuru. Když stav acetabula nezaručuje úspěch, u artrózy kyčelního kloubu a u mladších pacientů, je možné zvažovat náhradu totální. Vzhledem k modulárnímu řešení kloubních náhrad je možná konverze z cervikokapitální náhrady na náhradu totální poměrně méně náročná než u dříve používaných solidních náhrad. Nezbytnost použití cementované či necementované náhrady hodnotí operatér na základě celkového stavu pacienta a podle jeho anatomických předpokladů (Hráský a Sosna, 2002, s. 5–6).

Bartoníček a kol. (2005, s. 485–491) dále zmiňuje cervikokapitální náhradu, která prezentuje snazší a pro pacienta méně zatěžující výkon. Její značnou nevýhodou u aktivních pacientů je poměrně brzké poškození acetabula spojené s protruzí hlavice endoprotézy. Další možností je totální náhrada, která je dost zatěžující a složitější, má ale předpoklad lepší dlouhodobé funkce než předchozí typ. Indikuje se u pacientů s intrakapsulární frakturou krčku ve věku 65-70 let v biologicky dobrém stavu či u těch s pokročilou artrózou kloubu, a to i u fraktur trochanterických.

3.3 Komplikace

Fraktura krčku femuru představuje pro seniora vážné zranění, které s sebou nese riziko eventuálních komplikací. Patří mezi ně pneumonie, embolizace, flebitidy, dekubity, špatné hojení operační rány, nekrózy kloubu apod. K nejčastějším pak lze přiřadit akutní zmatenost (nejčastěji po operaci). Ta může být zapříčiněna změnou prostředí, vlivem anestezie nebo analgetik. Psychický stav se ustálí obvykle po návratu domů (Čecháková a Šálková, 2011, s. 47). Bartoníček a kol. (2005, s. 485–491) rozděluje komplikace na celkové a lokální či specifické a nespecifické. Mezi nespecifické řadí mimo vše zmíněné zápal plic, dekubity, močové infekce, infekce aj. Mezi specifické patří hlavně avaskulární nekróza hlavice femuru, pakloub či zhojení ve varozitě.

Na tomto místě je možné uvést ještě jednu klasifikaci zlomenin krčku femuru, než ty, které byly v úvodu kapitoly zmíněny. Jde o Gardenovu klasifikaci, která právě bere v potaz riziko vzniku avaskulární nekrózy a dislokaci kostních trámčů (Hoza a kol., 2008, s. 393–397):

- **Garden I:** částečná zlomenina krčku, orientace trámčů neporušena,
- **Garden II:** celková zlomenina bez dislokace, orientace trámčů neporušena,
- **Garden III:** dislokace do varozity, uchováno jen mediální retinaculum,
- **Garden IV:** veškerá retinacula jsou poškozena, dislokace ad latus, ad axim, ad periferiam, nejzávažnější riziko avaskulární nekrózy.

S avaskulární nekrózou se lze setkat hlavně u intrakapsulárních zlomenin krčku. Projeví se do několika měsíců, ale i let. Vzniká poraněním intrakapsulárních cév při úrazu. Svou úlohu hraje mechanismus zranění, druh zlomeniny, poranění kloubního pouzdra, anatomická variabilita extra i intrakapsulárních cév zásobujících hlavici femuru, osteoporóza, rychlost ošetření, způsob léčby, hlavně operační metoda. Při prevenci hraje roli rychlost operace (do 6 hodin od zranění). Pakloub je častější u poranění u intrakapsulárních zlomenin krčku s vertikálním sklonem lomné linie, i tak je spíše výjimečný. U starších pacientů je pak lepší provést náhradu. Zhojení ve varozitě je u zlomenin krčku vzácné, vzniká díky pochybení v operační technice, řešením je v nejhorším případě totální endoprotéza (Bartoniček a kol., 2005, s. 485–491).

4 Ošetrovatelská péče a rehabilitace

Předoperační péče zahrnuje v první řadě odebrání anamnézy. Následuje fyzikální vyšetření a vyšetření zobrazovacími. Při hospitalizaci následuje příjem pacientů. Tam se vypíše chorobopis a uskuteční předoperační vyšetření. Následně pacient přichází na lůžkové oddělení. Tam je mu zaveden permanentní močový katétr a započne analgetizace. Kvůli k tomu, že pacient lační, je nezbytná infuzní terapie, či úprava diabetu. Předoperační příprava vzhledem k věku a polymorbiditě pacientů zahrnuje eventuálně i anesteziologické konzilium. Když pacient není schopen výkonu, indikuje se botičková či Kirschnerova extenze (dočasná). Do předoperační přípravy patří i prevence tromboembolické nemoci a ATB profylaxe. Také se přichystají krevní deriváty (Čecháková a Šálková, 2011, s. 47).

Po operaci je nezbytná observace pacienta. Sleduje se celková situace, fyziologické funkce, bolest, otok končetiny, krvácení z rány a drenáž (pokud je zavedena), pak rovněž bilance tekutin. První pooperační den se uskutečňuje kontrolní laboratorní vyšetření a rtg operované nohy (Čecháková a Šálková, 2011, s. 47). Operace fraktury proximálního femuru je velkým zásahem do života pacienta i celé jeho rodiny. U osob nad 65 let jich 40 % vyžaduje následnou dlouhodobou péči na geriatricii či v LDN, u většiny pacientů je zčásti či trvale zhoršena jejich soběstačnost a jsou odkázáni na pomoc rodiny či sociálních pracovníků. Více než polovina pacientů už musí napořád používat berle, francouzské hole či chodítko (Hoza a kol., 2008, s. 393–397).

Podstatnou součástí léčby je včasná rehabilitace operovaného. Ta se odvíjí od jeho celkového stavu a schopností. Obvykle si pacient první pooperační den sedá s končetinami spuštěnými dolů z lůžka. Následuje stoj u lůžka a cvičení chůze o berlích, eventuálně v chodítku. Rehabilitace je pokaždé individuální, jelikož každý jedinec oplývá odlišnými schopnostmi a různě snáší pooperační dobu. Léčeného procesu a rehabilitace by se měla účastnit rovněž rodina pacienta. Ta bývá obvykle jeho primární motivací a je pro něj hodně podstatná. Snahou ošetrovatelského personálu je, aby pacient odešel domů k rodině. To ovšem není pokaždé možné vzhledem k náročnosti starosti o něj. Z toho důvodu jsou často pacienti překládáni do léčebny dlouhodobě nemocných či na rehabilitační oddělení, kde dále pokračují v nácviu samostatnosti (Čecháková a Šálková, 2011, s. 47).

5 Kvalita života

Kvalita života je pojem, se kterým se lze v současnosti setkávat stále častěji, a to jak z pohledu zdravotnického, ošetrovatelského, tak např. i psychologického či sociologického aj. Definice kvality života se pak přizpůsobuje podle potřeby daného oboru, který se jí zabývá. I tak není dosud pojetí kvality života jednotné a ucelené. Z pohledu původu lze termín “kvalita” odvodit od latinského slova *qualis*, který tvoří kořen slova *qui* – kdo, ve významu “kdo to je”, nebo také “jaké to je”? V rámci našeho jazyka se kořen slova *Kdo* – “k” zaměřuje na slovo původu “kéž” či “kýžený”, tedy žádoucí stav. To je možné zaregistrovat i v českém ekvivalentu pro kvalitu, který tvoří slovo “jakost”- např. v souladu s doplněním ve formě přívlastku dobrá, skvělá až nejlepší či naopak nevalná jakost. Projevuje se tak charakteristická vlastnost toho, o čem se hovoří, jak se konkrétní předmět odlišuje od nějakého jiného (ve smyslu lepší nebo horší než), eventuálně od skupiny osob podobného typu (Křivohlavý, 2004, s. 9).

O definici kvality života se do dnešní doby pokoušeli a stále pokouší různí autoři. K jedné z nejdůležitějších a nejužívanějších definic kvality života po celém světě patří ta, kterou zformovala Světová zdravotnická organizace (WHO¹)(In Musilová, 2009, s. 212). Ta vymezila kvalitu života jako „...*jedincem vnímanou vlastní pozicí v životě, v kontextu své kultury a hodnotového systému, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Takto chápaná kvalita života je ovlivňovaná zdravím jedince, jeho psychickým stavem, osobními postoji, sociálními podmínkami a vztahy k životnímu prostředí*“.

V rámci českých autorů lze zmínit např. definici Gurkové (2011, s. 23), která uvádí, že „...*koncept kvality života zahrnuje celou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka – od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí*“. Hned však autorka upozorňuje, že odlišnou měrou a v různém sociokulturním kontextu jsou aspekty lidského života (sociální, kulturní, ekonomické, medicínské, politické, mezilidské, psychologické, filosofické a historické) začleňovány do většího počtu definic a přístupů k tomuto pojmu. Otázka kvality života je navíc rovněž zkoumána v mnoha různých vědních oborech (v medicíně, filosofii, sociologii, pedagogice,

¹ WHO je zkratkou slovního spojení World Health Organization, tedy Světová zdravotnická organizace.

andragogice, ekonomii a dalších). Jejich názor a pohled, a tedy i teoretické definování toho, co tato specifická lidská zkušenost představuje sama o sobě a s jakými metodami je možné ji uchopit a hodnotit, je tak občas až příliš rozdílný.

Heřmánková (2012, s. 11) ke kvalitě života uvádí tolik, že jde o poměrně značně kontroverzní a problematicky uchopitelnou záležitost. Ani v současnosti není teorie kvality života konsenzuálně vymezena. Pojem kvalita sám o sobě je tak problematický, poněvadž se přímo odvíjí od celistvosti a komplikovanosti lidského života jako takového, „*tj. od skutečnosti, že život jedince je utvářen de facto nekonečným množstvím koexistujících vnitřních a vnějších faktorů, řadou nejrůznějších meziosobních interakcí a činností v překrývajících se zájmových oblastech a v překrývajících se sociálních skupinách. V neposlední řadě pak může být život jedince utvářen i řadou náhod.*“ V tomto ohledu tak vymezení kvality života může nabývat jak objektivního, tak subjektivního přístupu (Gurková, 2011, s. 22).

Kvalita života je tak často považována za mnohorozměrný fenomén (Dvořáčková, 2012, s. 57). Pak lze hovořit o rozměru materiálním (biologický, neurofyziologický, ekonomický), duchovním (etický a estetický), společenském a individuálním. V daném skutečném naplnění této struktury může jistý rozměr převažovat, další může být potlačený nebo deformovaný. Definování kvality života, jakož i vymezení konkrétních indikátorů této kvality představuje interdisciplinární záležitost, a jeho řešení si žádá integraci a syntézu pohledů z oblasti filosofie, sociologie, ekonomie, ekologie a jiných vědeckých disciplín. Vše je komplikováno značným rozdílem v pohledech jedinců i v závislosti na politických, kulturních ekonomických a jiných podmínkách.

Příklad, jak různě je možné na kvalitu života pohlížet, uvádí Křivohlavý (2004, s. 9–10):

- **Deskriptivní a preskriptivní vymezení kvality života** – na kvalitu života se lze dotazovat obdobně, jako se dotazuje vědec na existenci daného živočišného druhu v konkrétní lokalitě. Zajímá se a charakterizuje momentální stav. Tak se ptají deskriptivní výzkumy. Na kvalitu života je ale možné pohlížet i tak, že se nepokládá otázka “jaké to bylo či zrovna je”, ale “jaké by to mělo být”. Identifikuje se žádoucí stav, eventuálně výchovy. V tomto případě jde o úmysl, k němuž mají být dané snahy orientovány.

- **Statické a dynamické pojetí kvality života** – o životě lidí je možné mluvit a mít na mysli situaci v rámci nějakého časového údaje: např. kvalita okamžitého stavu obyvatel jižních Čech, nebo kvalita života vězňů v současných věznicích. Lze ale také diskutovat o kvalitě života i v dynamickém pojetí – např. o vývoji kvality života seniorů v posledních dvaceti letech.

Jelikož v této práci bude na kvalitu života nahlíženo zejména v souvislosti se zdravím a nemocí, je vhodné se zaměřit na kvalitu života z pohledu zdraví. Ovšem v medicíně začal být pojem kvalita života používán až počátkem 70. let. Hlavně v průběhu 80. let se začal pořad častěji používat v klinických výzkumech. Nicméně i tak jde ve zdravotnictví o problematiku celkem novou, i když především v poslední době hodně zdůrazňovanou. V mnoha oblastech klinické medicíny v současnosti už existuje všeobecný apel na sledování kvality života pacientů jako jednu z hlavních složek různých medicínských či zdravotnických intervencí. Zdravotníci se tak musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti po úrazech či jaký je efekt dané terapie na kvalitu jejich života. Ve zdravotnictví je pak těžiště hodnocení kvality života posunuto do sféry psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se potom operuje s pojmem kvalita života ovlivněna zdravím. Toto vymezení lze specifikovat jako „*subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky*“ (Hnilicová, 2003, s. 27–29).

Kvalita života ve vztahu k nemoci je využívána především v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na pacienta. Charakterizuje a měří to, co pacient zažívá (jaká je jeho zkušenost) jako následek poskytování zdravotní péče. Faktory, které ovlivňují kvalitu života nemocného, popisuje Slováček a kol. (2004, s. 7) takto:

- *fyzická kondice* – určuje ji výskyt symptomů nemoci, či nežádoucí účinky léčby,
- *funkční zdatnost* – stav tělesné aktivity, schopnost komunikace, uplatnění v zaměstnání a rodině aj.,
- *psychický stav* – převládající nálady, postoje k nemoci a životu, prožívání bolesti aj.,
- *spokojenost s léčbou* – posouzení prostředí, kde je nemocný léčen, technická zručnost personálu, způsob komunikace s nemocným aj.,
- *sociální stav* – vztahy pacienta, role ve společnosti aj.

5.1 Kvalita života seniorů

Dvořáčková (2012, s. 22) zmiňuje fakt, že v současnosti je u nás třetina populace v důchodovém věku. Také se předpokládá, že do budoucna seniorů výrazně přibude, také se zvýší naděje na dožití, což nabízí otázku, kolik takových seniorů bude „dožívat“ kvalitním životem. Starší populace sice bude zdravější, ale bude postižena různými degenerativními a chronickými chorobami. Ty sice nepovedou ke smrti, ale povedou ke ztrátě soběstačnosti, což zase bude představovat zvýšení společenských nákladů i výdajů na veřejné zdravotní a sociální služby. Tím, že bude přibývat seniorů, bude i přibývat počtu pacientů sociálních a zdravotních služeb, čemuž nebudou současné kapacity zřejmě stačit. To bude vyžadovat určité institucionální změny a mimo to také snahu o přesun z nemocniční péče do péče domácí aj.

Čevela a kol. (2012, s. 200) nabízí několik různých vymezení kvality života seniorů. Kvalitu života seniorů nejčastěji určuje „...*dobry zdravotni stav, stabilni manzelstvi, samostatne bydleni, extroverze, socialni zapojeni, nepřítomnost deprese nepřítomnost problémů s alkoholem*“, ale může to být i např. hmotné zabezpečení a životní spokojenost. Nezanedbatelným aspektem kvality života seniorů však může být i jejich subjektivní prožívání stáří, psychická adaptabilita na změny, které přicházejí se stářím a vnímání životních podmínek. Kvalita života seniora bude spíše větší, pokud se na změny přicházející se stářím připraví a také pokud se jeho život ve stáří příliš neliší od jeho předchozího života.

Problematika kvality života je již dlouhá léta řešena v rámci Národních programů přípravy na stárnutí. V aktuálním Národním programu přípravy na stáří na léta 2013 – 2017 (MPSV ČR, 2012, s. 16) je přímo věnována kapitola ohledně zvyšování kvality života seniorů. Upozorňuje na problém vnímání seniorů společností a vybízí ke zvyšování kvality jejich života a jeho aktivního prožívání i ve stáří. Klevetová (2011, s. 10–12) apeluje na potřebu kvalitní zdravotní péče ve stáří, pro kterou bude do budoucna nezbytné posilnit primární péči a vytvořit integrovaný model péče a služeb na lokální úrovni. Do budoucna bude potřeba větší podpory rozvoje rehabilitace v domácí i nemocniční péči, vytvoření metodiky celkového geriatrického hodnocení, zlepšení dostupnosti domácí zdravotní péče (hlavně paliativní a hospicové péče). Mělo by dojít k doplnění výuky oboru gerontologie a geriatricke do vzdělávání praktických lékařů i dalších lékařských specializací a podpoře edukačních programů zaměřených na předcházení civilizačních nemocí.

5.2 Hodnocení kvality života u nemocných

Hodnocení kvality života prodělává svůj rozmach především v posledních 10 letech. Na různých pracovištích ve světě se touto tematikou zabývají celé výzkumné týmy, které se vyplývající z různých koncepčních rámců snaží z různých pohledů uchopit toto zajímavé a významné téma. Obecně řečeno, sledování kvality života v dnešní době představuje hledání a zjišťování faktorů, které pomáhají ke kvalitnímu a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Výzkumníci se také zajímají o interakce a vztahy mezi sledovanými faktory (Hnilicová, 2003, s. 27–29).

V současnosti se k měření zdravím ovlivněné kvality života používá celá řada instrumentů, většinou dotazníkového typu, ale lze používat i metody rozhovorů s pacienty, skupinové rozhovory či různé případové studie apod. Kvalitu života je možné posuzovat na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejdůležitějším je subjektivní hodnocení pacienta, jak on sám vnímá svou zdravotní situaci. K hodnocení kvality života u nemocných jsou však nejčastěji používány dotazníky kvantifikující dopad nemoci na běžný život pacienta formalizovaným a standardizovaným způsobem (Slováček a kol., 2004, s. 7).

Dotazníky k zjišťování kvality života lze rozdělit na dva základní typy, a to dotazníky generické (obecné) a specifické (Hnilicová, 2003, s. 27–29; Slováček a kol., 2004, s. 7):

- **Generické dotazníky** – posuzují všeobecně celkový stav pacienta bez zřetele na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné u jakýchkoli skupin populace, u obou pohlaví, nezávisle na věku aj. K nejznámějším generickým dotazníkům se řadí Karnofsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profil (SIP), Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36), který je zaměřen obecně a je doporučován zejména k identifikaci dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života nemocných.

- **Specifické dotazníky** – zformovány již pro konkrétní typy onemocnění, jsou jednoznačně citlivější. Často je jejich součástí právě generický dotazník. Jako příklad je možné zmínit dotazník zjišťování kvality života u pacientů s chronickým selháním ledvin – Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL). V rámci něj je používán právě **generický dotazník SF 36**, který bude použit i v praktické části této práce. Také lze zmínit

Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q) pro nemocné s depresivní poruchou a mnohé další.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkum

6.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je porovnat a vyhodnotit 2 skupiny pacientů z hlediska kvality jejich života po zlomenině proximálního femuru z hlediska následné péče, která jim byla po operaci poskytnuta. Pomocí dotazníku bude dále sledován cíl, kterým je vyhodnotit kvalitu života obou skupin pacientů po 3 a 6 měsících po zlomenině proximálního femuru.

Existuje totiž důvodný předpoklad o tom, že pacientům v domácí péči se kvalita života od úrazu bude, oproti pacientům dále pobývajících na lůžkách následné péče, zlepšovat mnohem více a mnohem rychleji. Tento předpoklad však představuje i další velmi důležitou skutečnost, a to je finanční stránka věci. Pacienti hospitalizovaní na lůžkách následné péče jsou pro chod nemocnice finančně náročnější než pacienti propuštění do domácího ošetření. A tak chceme dokázat, že dlouhodobé setrvávání pacientů na lůžkách následné péče je z obou pohledů kontraproduktivní a navrhnout tak jiné možnosti řešení.

6.2 Hypotézy

Pro naplnění výše uvedených cílů byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Pacienti po zlomenině proximálního femuru mají větší kvalitu života v případě přesunu jejich péče do domácího prostředí než v případě zůstávání na lůžkách následné péče.

Hypotéza 2: U pacientů po zlomenině proximálního femuru v domácí péči se kvalita života zlepšuje rychleji než v případě pacientů na lůžkách následné péče.

7 Charakteristika sledovaného souboru

Respondenty byli pacienti ve věku 65 – 91 let, kteří v průběhu minulého či předchozího roku podstoupili operaci zlomeniny krčku femuru. První skupinu respondentů v počtu 75 tvořili pacienti – senioři po zlomenině, kteří byli po úrazu propuštěni domů do domácího ošetřování. Druhou skupinu v počtu 75 tvořili pacienti – senioři po zlomenině, kteří byli dále hospitalizováni na lůžkách následné péče. Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků s návratností 150 dotazníků, které bylo možno vyhodnotit. Respondenti byli osloveni prostřednictvím sestry z ambulance úrazových kontrol Kliniky traumatologie a ortopedie pohybového ústrojí Fakultní nemocnice v Plzni. Pro účast v dotazníkovém šetření bylo podstatné, aby byl pacient po úrazu proximálního femuru 3. a 6. měsíců sledován, což bylo zajištěno tím, že pacienti v tomto období se dostávají na kontroly na ambulanci.

8 Metodika výzkumu

Pro výzkum v této práci byl použit tzv. Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36), jenž patří k často využívaným prostředkům k posouzení kvality života v různých oblastech zdravotnictví vzhledem k jeho dobré výpovědní hodnotě. Tento dotazník byl navržen k využití v klinické praxi – screeningu konkrétních pacientů a sledování kvality života specifických a obecných populací. Vesměs je dotazník SF- 36 citlivý k různým zdravotním problémům fyzické podoby a k celkovému duševnímu zdraví. O jeho vznik se zasloužil J. E. Ware a C. D. Sherbourne. U nás se o propagaci tohoto dotazníku zasloužil Z. Sobotík z Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové či P. Petr a kol. z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (Musil a Filip, 2010, s. 97).

Dotazník je vymyšlen pro samovyplňování lidmi staršími 14 let, v našem případě seniory nad 60 let. Jeho výhodou je, že je dostupný v češtině. Dotazník zahrnuje celkem 36 otázek. Každá otázka obsahuje několik předem připravených odpovědí na principu škálové stupnice. Posuzuje 8 základních kvalit zdraví, a to (Musil a Filip, 2010, s. 97; Slováček a kol., 2004, s. 7):

- 1) *„limitace ve společenských aktivitách,*
- 2) *limitace ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních problémů,*
- 3) *limitace v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví,*
- 4) *tělesná bolest,*
- 5) *duševní zdraví,*
- 6) *limitace z důvodů citových,*
- 7) *vitalita,*
- 8) *obecný pocit zdraví“.*

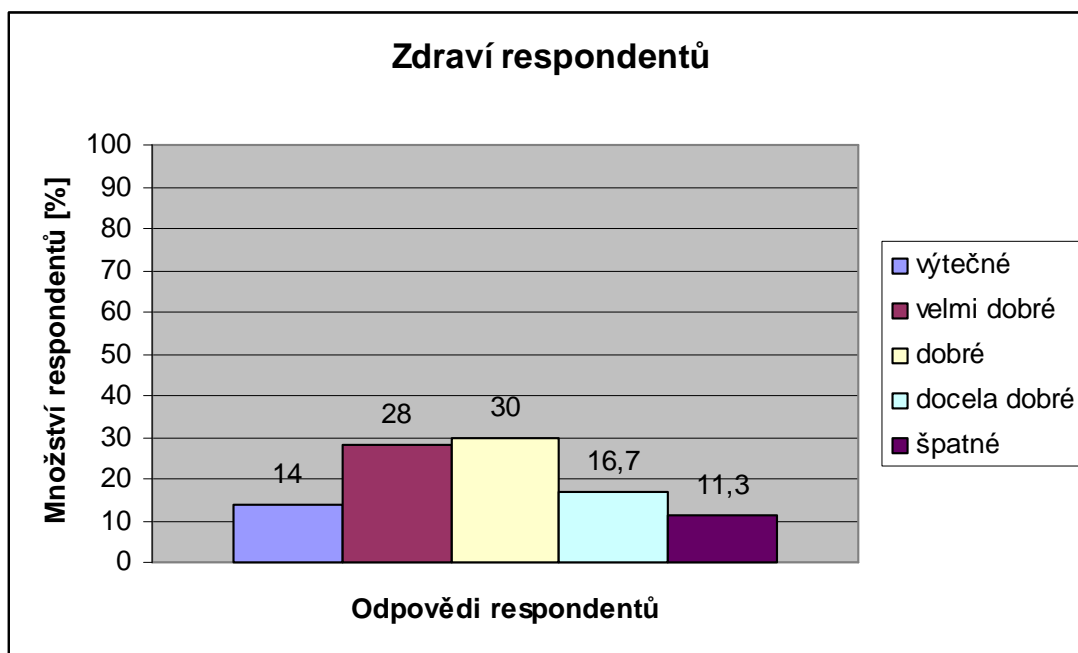
Dotazování seniorů bylo realizováno prostřednictvím neanonymní korespondenční formy. Dotazování bylo uskutečněno po operacích pacientů, a to poprvé po 3 měsících a podruhé po 6 měsících od operace od 1. 10. 2013 - 1. 3. 2014. Tento interval byl zvolen na základě názorů většiny autorů (např. O'Boyle a kol., 1992, s. 1088–1091), kteří se

shodli na tom, že kvalita života pacientů po operaci proximálního femuru se zlepšuje nejvíce po 3 měsících po operaci, eventuálně v období 3 až 6 měsíců po operaci (Towheed a Hochberg, 1996, s. 483–491). Po 6 měsících je v obvyklých případech pacient schopen se vrátit do každodenního života (Koutný, 2001, s. 79–84).

9 Výsledky

Na tomto místě budou prezentovány výsledky výzkumu. Podařilo se získat celkem 150 dotazníků od respondentů.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:



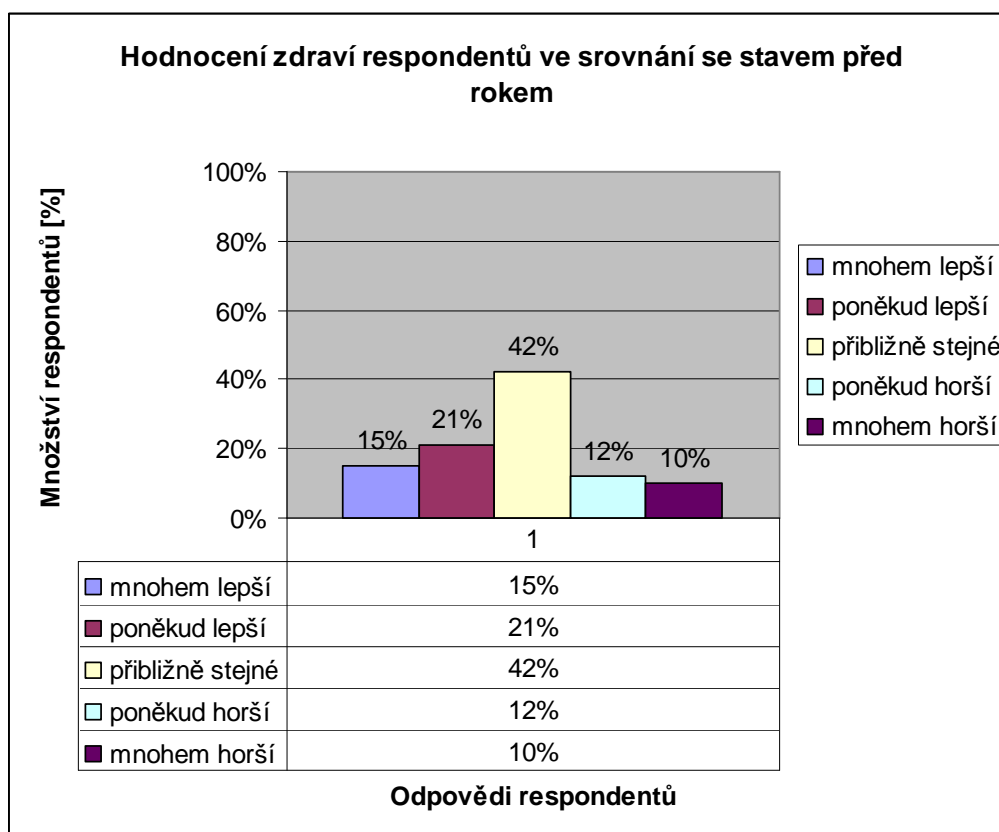
Graf 1 Celkové zdraví respondentů.

Z celkového počtu 150 odpovídajících respondentů jich jen 14 % ohodnotilo své zdraví jako výtečné, přičemž v 6 % se jednalo o pacienty, kteří byli jen 3 měsíce po operaci. Dalších 28 % z dotázaných se cítilo ve velmi dobrém fyzickém stavu, přičemž celých 15 % bylo po operaci jen 3 měsíce. V dobrém stavu shledalo své zdraví 30 %, v 20 % se jednalo o lidi, kteří operaci prodělali před 6 měsíci. Odpověď docela dobrého zdraví uvedlo jen necelých 17 % odpovídajících, z nichž byla ale většina jen 3 měsíce po operaci, tedy 14 %. Zbýlá část respondentů zhodnotila svůj celkový zdravotní stav jako špatný, v tomto případě se jednalo o přibližně 11 %, přičemž musíme brát v potaz, že 10 % mělo jen krátkou dobu po operaci, tedy opět 3 měsíce.

Jako výtečné své zdraví hodnotilo 22 % pacientů propuštěných do domácího ošetřování, oproti tomu pacientů zůstávajících v lékařské péči takto odpovídalo jen něco přes

7 %. S hodnocením zdravotního stavu jako velmi dobrého souhlasilo v obou případech takřka shodně kolem 28 %. Jako dobrý shledalo v obou skupinách obdobně přibližně 30 % respondentů. Docela dobře se z již propuštěných pacientů cítilo jen 13 %, u hospitalizovaných to bylo o něco více, tedy asi 19 %. Špatně zhodnotilo v prvním případě svůj stav jen 6 %, hospitalizovaní takto stav zhodnotili v 16 % případů.

Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?



Graf 2 Zhodnocení zdraví ve srovnání se stavem před rokem.

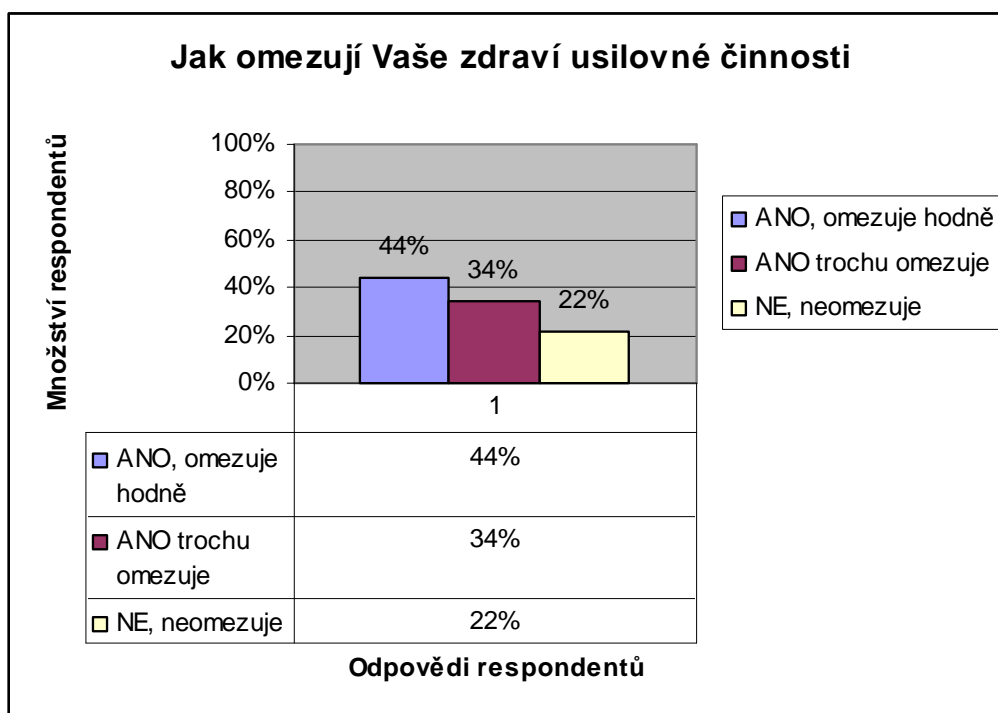
K této otázce uvedlo 15 % dotázaných, že se oproti loňskému roku cítí mnohem lépe. U pacientů, kteří byli déle hospitalizovaní, se tak cítilo jen 10 %, přičemž 6 % z nich bylo po operaci 6 měsíců. Jedinci propuštění do domácí péče, pocítovali výrazné zlepšení ve 28 %. Obdobně tomu tak bylo u těch, kteří se cítili jen o trochu lépe, v hospitalizační péči to bylo 12 % a již propuštěných dokonce 19 %, přičemž z první skupiny byla celá polovina po operaci jen 3 měsíce, u těch, kteří byli propuštěni domů, byl výsledek obdobný. Pacienti, kteří shledávali své zdraví stejné, byli shodně v obou skupinách zastoupení nejvíce, u již propuštěných to bylo 38 %, u druhé skupiny dokonce 53 %, nutno podotknout, že většina z nich byla po operaci jen krátkou dobu. Poněkud hůře se oproti loňskému roku

cítilo 12 %, v obou skupinách takto odpovědělo skoro stejné množství pacientů, tedy 9 % propuštěných a 7 % v lékařské péči. Mnohem horší svůj zdravotní stav shledalo 10 % ze všech dotázaných, větší podíl měli pacienti v lékařské péči -18 % (tři čtvrtiny z nich bylo po operaci jen 3 měsíce), v domácí péči to bylo jen 6 % (jen čtvrtina z nich byla po operaci 3 měsíce).

Následující sada otázek (otázky 3 - 12) je zaměřena na zjištění, jak se respondenti cítí při rozličných denních aktivitách a nakolik jejich zdravotní stav ovlivňuje jejich běžný život, týkají se činností, které děláte během svého typického dne.

Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

Usilovné činnosti jako je běh, vzpírání, provozování vytrvalostních sportů?

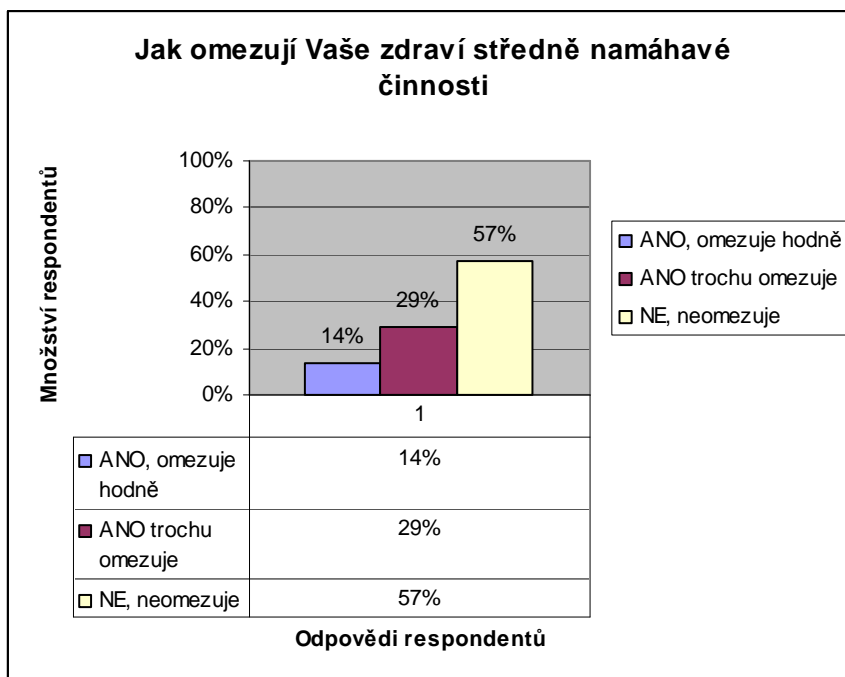


Graf 3 Omezení zdraví usilovnými činnostmi.

Usilovné činnosti neomezovaly zdraví jen 22 % respondentů, samozřejmě většina z nich byla v domácím ošetřování (90 % z nich) a 3/4 těchto pacientů byly po operaci 6 měsíců. Trochu omezeno se cítilo 34 % respondentů, taktéž opět většina z nich byla hospitalizována a jen nepatrná část takto odpovídajících byla propuštěna do domácí péče. Hodně omezováno se cítilo zbylých 44 % respondentů (většina z nich krátkou dobu po

operaci v následné péči). U pacientů v následné péči odpovědělo 98 %, že se cítili hodně omezeni a u pacientů v domácí péči tuto odpověď uvedlo jen 27 %.

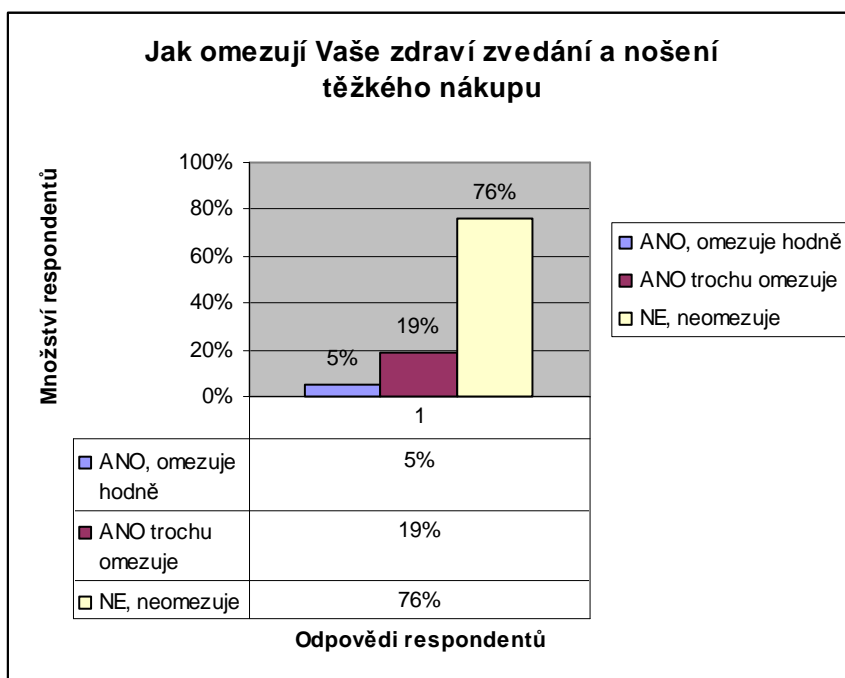
Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole.



Graf 4 Omezení středně namáhavými činnostmi.

Více jak polovina (57 %) respondentů uvedla, že je tyto činnosti nijak neomezovaly, většinou takto odpovídali ti, kteří byli propuštěni domů (přibližně 40 %, z toho jich bylo 33 % po operaci již 6 měsíců, u zbylých 17 % byly tři čtvrtiny po operaci jen 3 měsíce). Mírně omezeno se cítilo jen 29 % ze všech dotázaných, zde se jednalo ve větší míře opět o jedince v domácí péči (21 %, většina z nich již byla 6 měsíců po operaci), menší skupinu tvořili lidé setrvávající v hospitalizaci (9 % z celkového počtu, z nichž bylo 42 % po operaci jen 3 měsíce). Velké omezení pocíťovalo jen 14 %, přičemž plných 10% z nich byli respondenti v následné péči, přičemž čtyři pětiny z nich byly po operaci jen 3 měsíce.

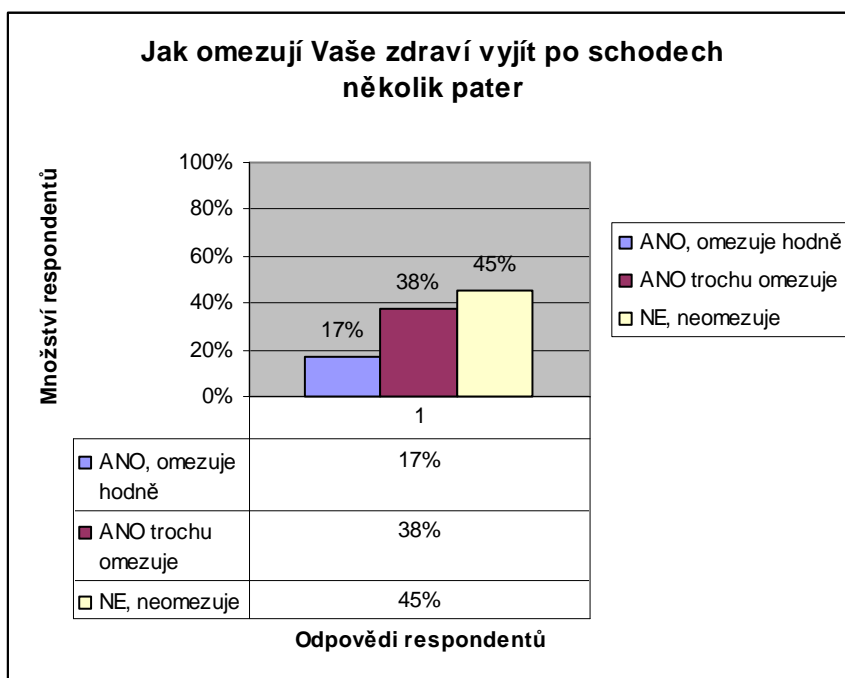
Zvedání a nošení běžného nákupu.



Graf 5 Omezení zvedání a nošení běžného nákupu.

Zvedáním běžného nákupu se cítilo omezeno jen 5 % z dotázaných, nutno dodat, že 4 % tvořili zástupci pacientů v následné péči, s kratší pooperační dobou. Lehké omezení uvedlo jen 19 % z nich, zde opět většina (15 %) byla tvořena pacienty 3 měsíce po operaci. Až 76 % respondentů nepocíťovalo u zvedání běžného nákupu nějaké omezení, zde se spíše jednalo o pacienty, kteří byli v domácím prostředí, ti tvořili asi 55 % ze všech dotázaných, ze dvou třetin to byli pacienti 6 měsíců po operaci. Pacientů v následné péči takto odpovědělo 21%, kdy se převážně jednalo o ty, kteří byli po operaci 6 měsíců, asi pětina z dotázaných po operaci 3 měsíce nezpozorovalo omezení.

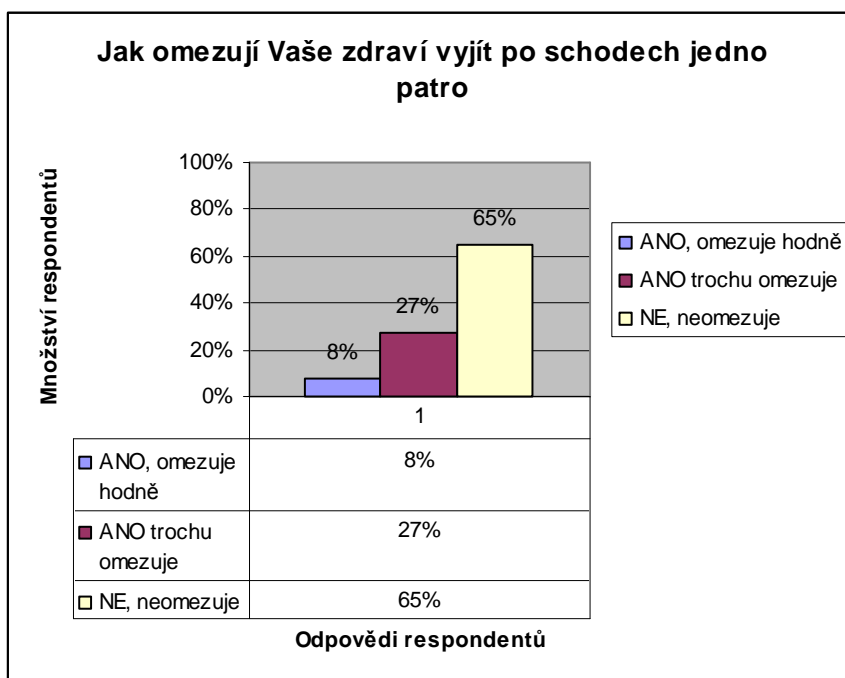
Vyjít po schodech několik pater?



Graf 6 Omezení chození po schodech.

Tato činnost oproti minulé otázce neomezovala již jen 45 % ze všech dotázaných, většinu tvořili odpovídající z domácího prostředí s dobou 6 měsíců po operaci, jednalo se asi o 40 % z celkového počtu. Z této skupiny bylo 67 % respondentů po operaci minimálně 6 měsíců, zbylá část jen 3 měsíce. Zbylých 5 % bylo v následné péči, přičemž opět bylo více těch, kteří byli již déle po operaci – necelé tři čtvrtiny. Mírné omezení uvedlo 38 % ze všech odpovídajících, opět většina v domácí péči (25 %), hojněji zastoupeni byli ti, kteří byli operováni již před půl rokem (60 % z takto odpovídajících). Naopak velmi to omezovalo 17 % respondentů, přičemž z tohoto počtu bylo nejvíce těch, kteří byli v následné péči (16 % z celkového počtu), největší zátěž opět uváděli ti, kteří operaci prodělali před kratší dobou, tedy asi 77 % takto odpovídajících.

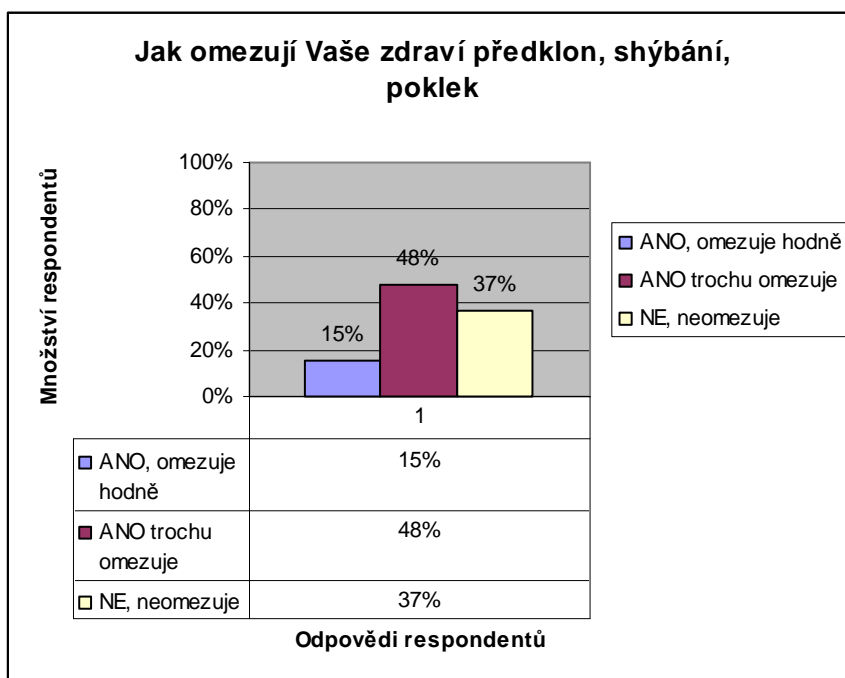
Vyjít po schodech jedno patro?



Graf 7 Omezení chození do prvního patra.

Vyjít jedno patro nečinilo problém celkem 65 % ze všech respondentů. Ve většině případů (52%) se jednalo jen o pacienty, kteří jsou již v domácí péči, s rovnoměrným zastoupením jedinců jak s kratší tak delší dobou od operace. 13 % byli setrvávající nadále v hospitalizaci, opět s relativně podobným podílem s kratším a delším pooperačním intervalem. Oproti výstupu do několika pater, který lehce omezoval 38 % pacientů, jedno patro činilo mírné obtíže jen 27 % ze všech dotázaných (20 % v domácí péči, dvě pětiny z nich byli déle po operaci, a 7 % v následné péči se dvěma třetinami déle po operaci). Naopak velké omezení při výstupu po schodech uvedlo jen 8 % dotázaných, oproti několika patřům, kdy mělo problém plných 17 %. Z těchto 8 % bylo shodné zastoupení obou skupin, přičemž u obou skupin shodně odpověděli zástupci skupiny s kratším pooperačním intervalem, kdy v domácím léčení to bylo cca 2/3, u pacientů v následné péči dokonce 4/5 .

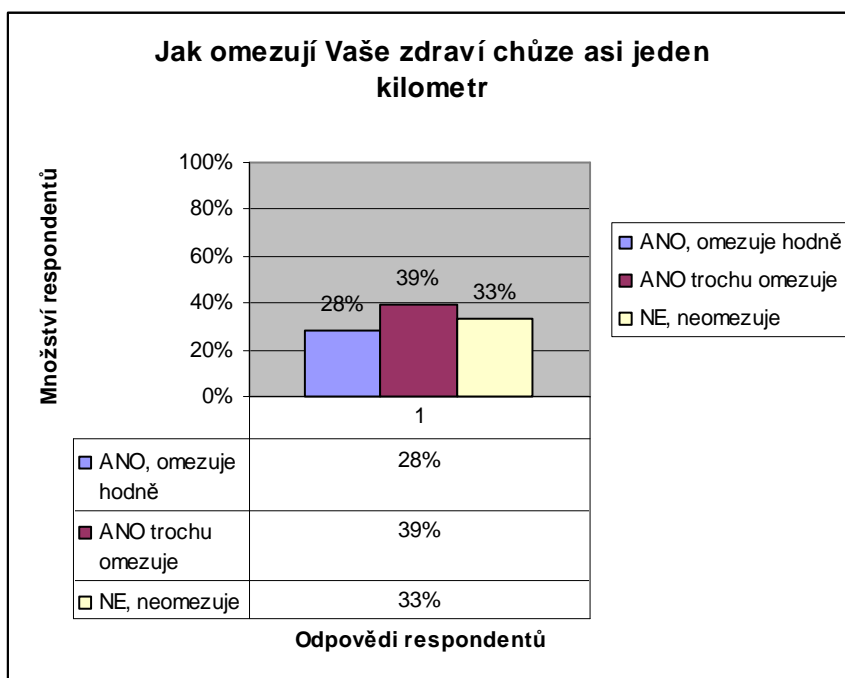
Předklon, shýbání, poklek?



Graf 8 Omezení v předklonu, shýbání, pokleku.

Předklon, shýbání či poklek ve velké míře omezoval jen 15 % pacientů, 14 % byli jedinci v následné péči, jen 1 % bylo v domácí péči. Většina byla po operaci kratší dobu, tedy asi cca 72 %. Nejvíce bylo respondentů, kteří s těmito běžnými úkony pociťovali jen lehké omezení – 28 % v zařízení následné péče, většinou (4/5) s kratší dobou po prodělané operaci. U odpovídajících žijících v domácím prostředí bylo zastoupení s kratší a delší pooperační dobou obdobné. Až 37 % se necítilo nijak omezených, v 25 % se jednalo respondenty v domácí péči, z nich bylo 22 % po operaci půl roku. Zbývá část setrvala následné péči, většinou po operaci jen kratší dobu.

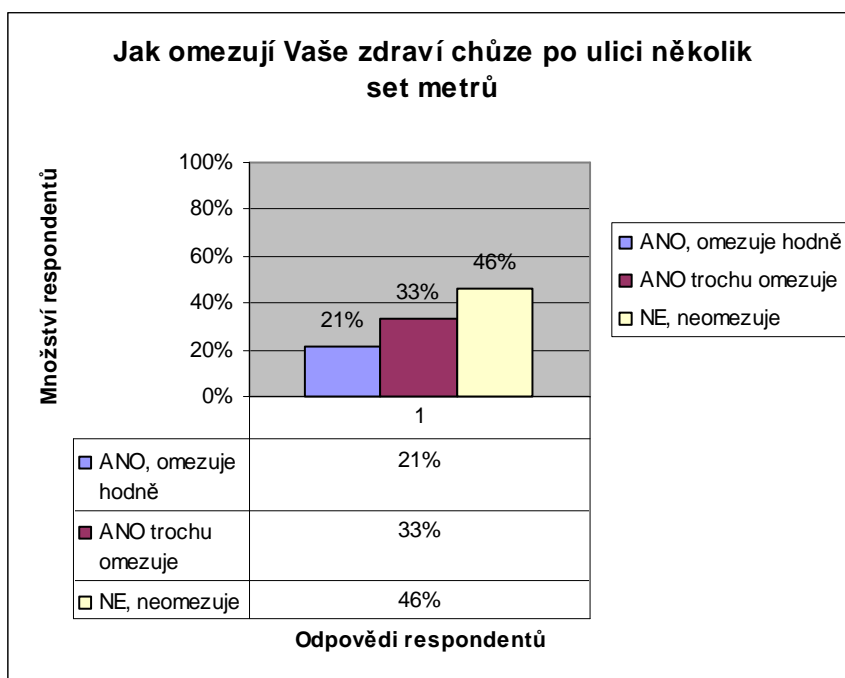
Chůze asi jeden kilometr?



Graf 9 Omezení chůze jeden kilometr.

Velké obtíže uvedlo 28 % dotázaných, kdy většina (21 % po operaci jen 3 měsíce) byla v následné péči, zbytek z těch, kteří uvedli tuto odpověď, bylo v domácí péči a většinou po operaci jen 3 měsíce. Odpověď mírného omezení uvedlo nejvíce z respondentů – 39 %, kdy rozložení jedinců v následné péči a v domácí péči bylo celkem obdobné (20 % a 19 %), v 30 % přitom bylo po operaci jen 3 měsíce. Nijak omezení se necítili respondenti ve zbývajících skupině – 33 %. Rozložení s podílem pooperačního stavu bylo přibližně tři ku dvěma, tedy více pacientů s delším pooperačním intervalem, přičemž 22 % bylo v domácí péči, zbytek v následné péči.

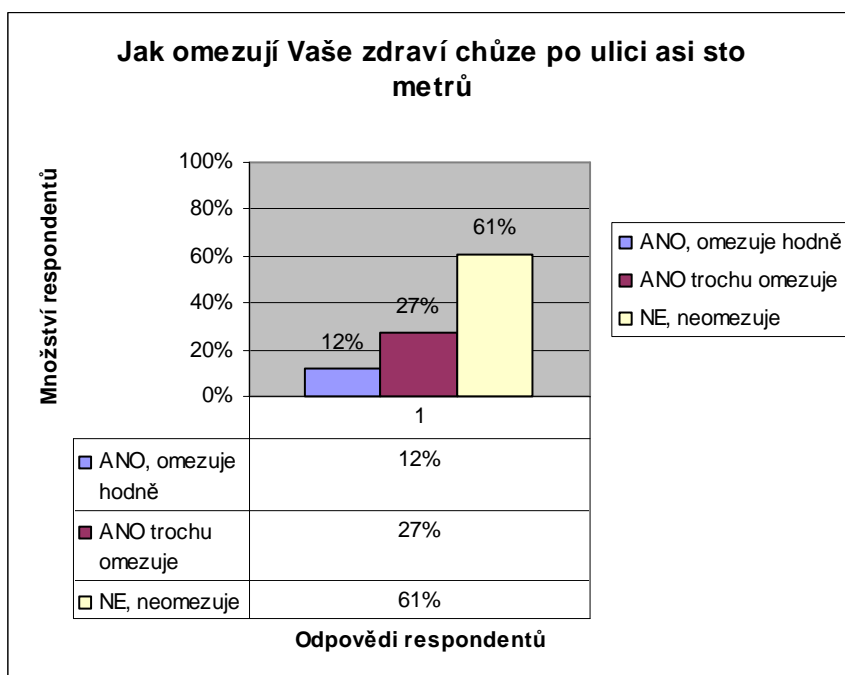
Chůze po ulici několik set metrů?



Graf 10 Omezení chůze na několik set metrů.

Procházka o délce několik set metrů omezovala obdobně jako v předchozí otázce asi 25 % dotázaných, trochu omezovala jen 33 % a nijak neomezovala 42 %, většinou respondenti odpovídali podobně jako v předchozí otázce.

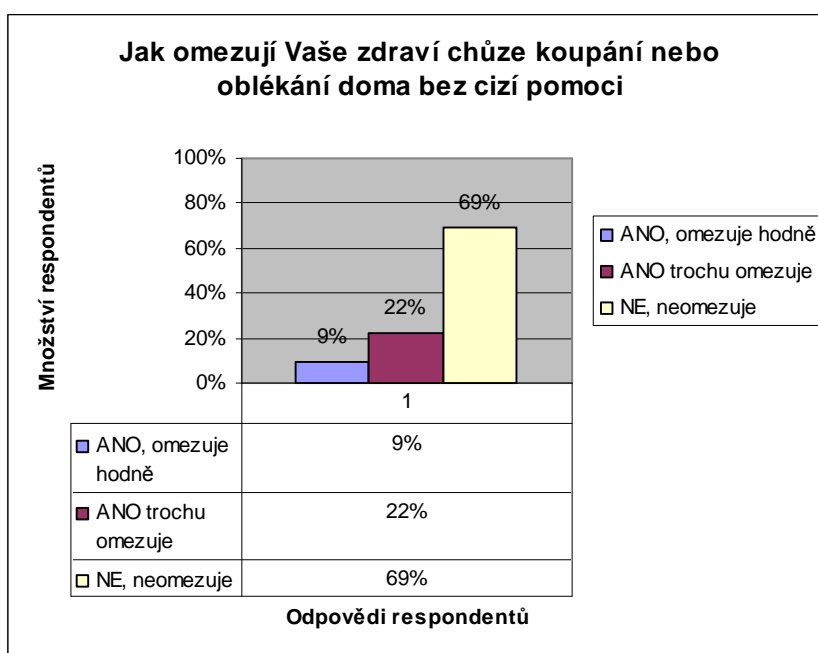
Chůze po ulici asi sto metrů.



Graf 11 Omezení chůze na sto metrů.

Přesně 61 % dotázaných chůze sto metrů nečinila obtíže, přičemž 22 % z nich bylo v následné péči, 45 %, 6 měsíců po operaci. Lehké omezení uvedlo jen 27 %, s obdobným poměrem těch, jež setrvali v následné péči a těch, co byli v domácí péči (15 % a 12 %), ve většině případů takto odpověděli ti, kteří byli po operaci jen 3 měsíce – 22 %. Velké omezení uvedlo jen 12 % ze všech dotázaných, jednalo se o většinu těch, kteří byli v následné péči – asi 10 %, přičemž 8 % bylo po operaci jen 3 měsíce.

Koupání nebo oblékání doma bez cizí pomoci.

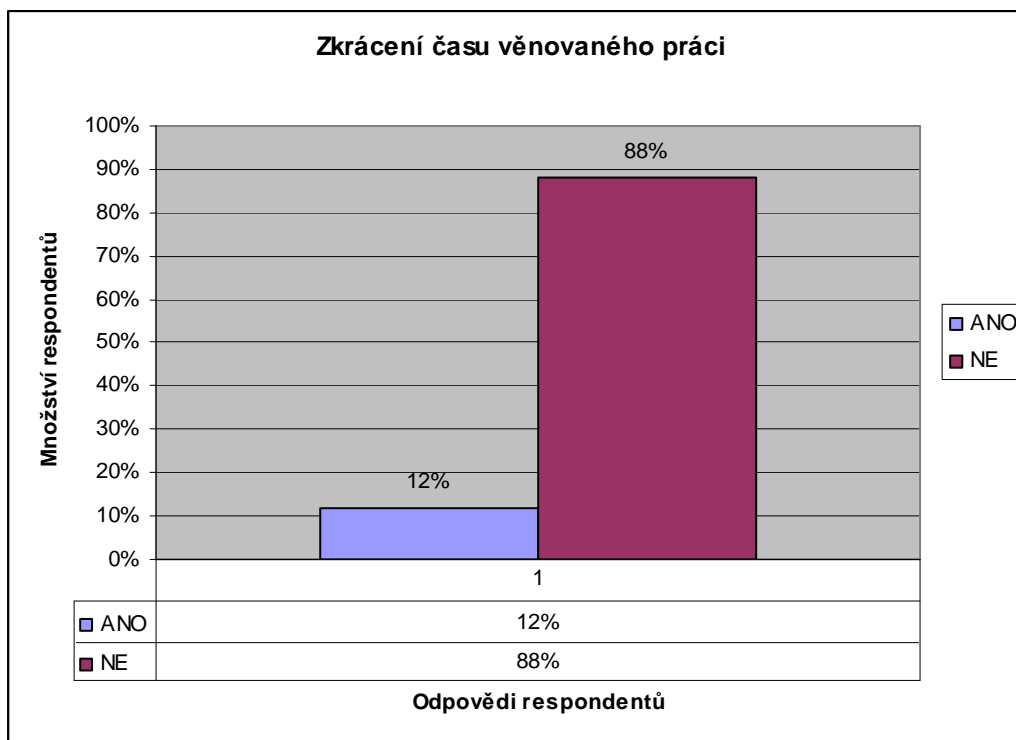


Graf 12 Omezení koupání a oblékání.

Koupání nebo oblékání doma bez cizí pomoci neomezovalo 69 % ze všech dotázaných, ve většině případů to byli pacienti v domácím ošetřování, jen 25 % z nich tvořili pacienti v následné péči, 44 % bylo po operaci 6 měsíců. Dalších 22 % pocíťovalo lehké omezení, 14 % v následné péči a 20 % 3 měsíce po operaci. Velké omezení uvedlo jen 9 % pacientů, 8 % z toho v následné péči, většinou pacienti 3 měsíce po operaci. Z celkového počtu 31 %, kteří tímto omezením nějak trpěli, jich 4/5 trpěly omezením spíše při samostatném koupání, oblékání nečinilo až na výjimky žádné obtíže.

Následující sada otázek (otázky 13 - 16) je zaměřena na zjištění, zda respondenti trpěli některým z níže uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti kvůli zdravotním obtížím v posledních 4 týdnech.

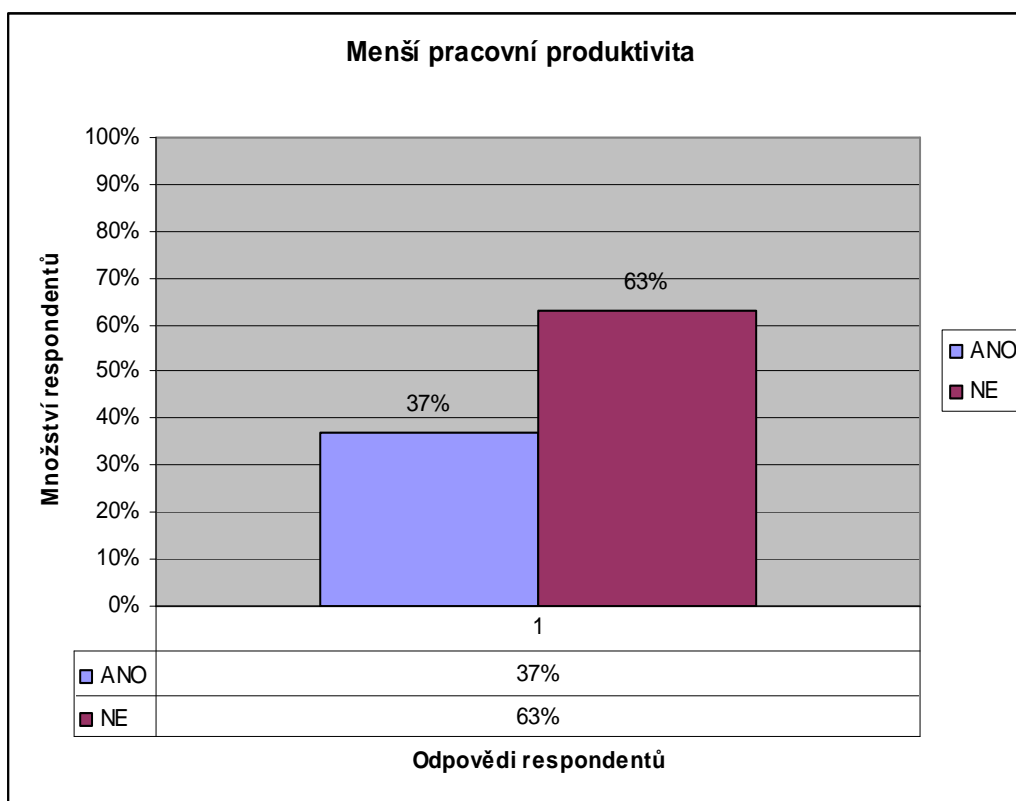
Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?



Graf 13 Zkrácení času věnovaného práci.

U 88 % se čas věnovaný práci nezkrátil nebo si toho nebyli vědomi, 58 % z toho v domácí péči, a zbylých 30 % v následné péči. Jen 12 % dotázaných u sebe zpozorovalo tuto změnu, většina z nich v následné péči – 8 %. Z takto odpovídajících byla převážná většina po operaci jen 3 měsíce (77 %). Z 88 %, kteří uvedli, že se jejich čas pro práci nezkrátil, si ale 35 % uvědomuje, že si zatím tohoto nevšimli a nebyli si tak jistí svojí odpovědí.

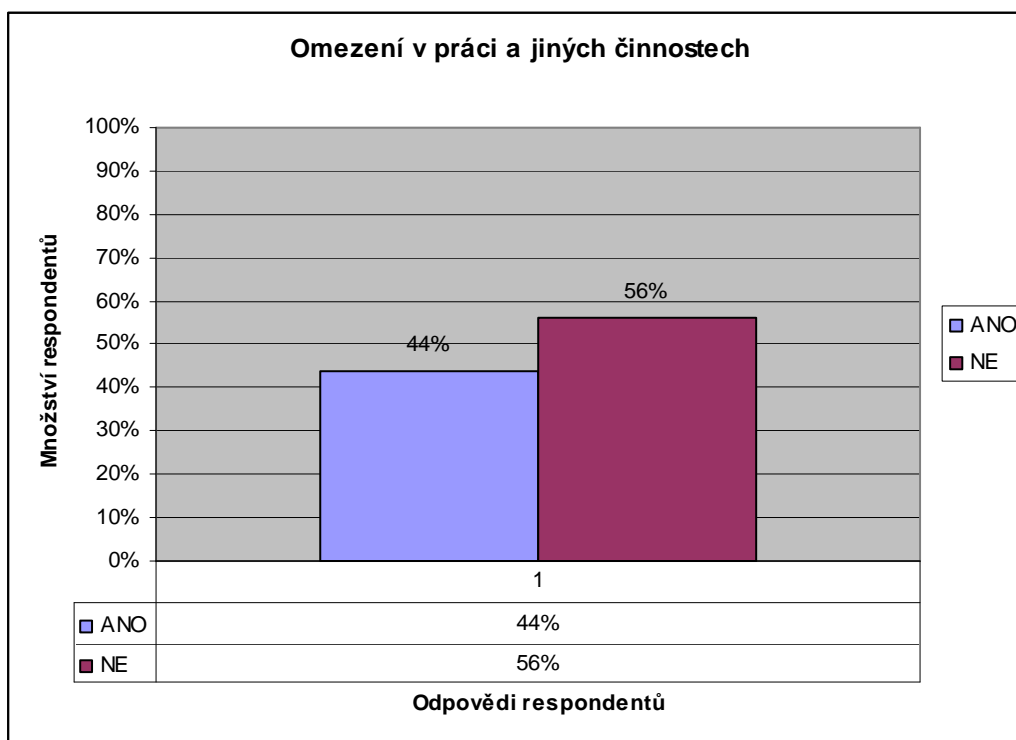
Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?



Graf 14 Zmenšení pracovní produktivity.

Toho, že nyní udělají méně práce, na sobě zpozorovalo asi 37 % odpovídajících. Většina z domácího léčení (30 %), přičemž pacienti, kteří takto odpověděli a byli v následné péči, tušili, že s tímto budou mít při propuštění problémy. Až 20 % bylo po operaci jen 3 měsíce. Plných 67 % si neuvědomovalo, že by udělali méně, než dříve, musíme brát ale v potaz, že takto odpovídali převážně ti, kteří byli v následné péči, což bylo asi 38 %. Více jak polovina (55 %) byla po operaci kratší dobu.

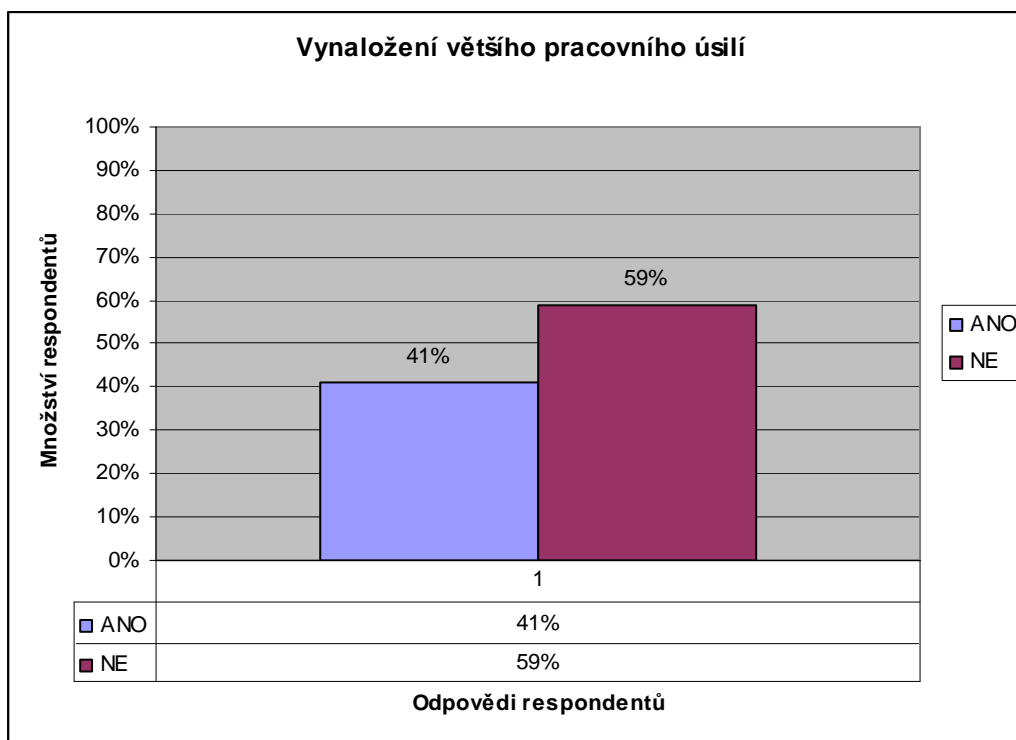
Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činnostech?



Graf 15 Omezení v práci a jiných činnostech.

U této otázky byl opět větší podíl těch, kteří si tento problém neuvědomovali (56 %). Opět většina z nich byla v následné péči, takže neměli možnost porovnání – 44 %. Z takto odpovídajících byl přibližně stejný poměr pacientů s kratší a delší pooperační dobou. Celých 44 % si všimlo jistého omezení, zde bylo naopak větší zastoupení těch, kteří byli v domácí péči a měli tak možnost porovnat svojí pracovní výkonnost (28 %). V tomto případě bylo více pacientů s kratší pooperační dobou (31 %).

Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. musel(a) jste vynaložit větší úsilí)?

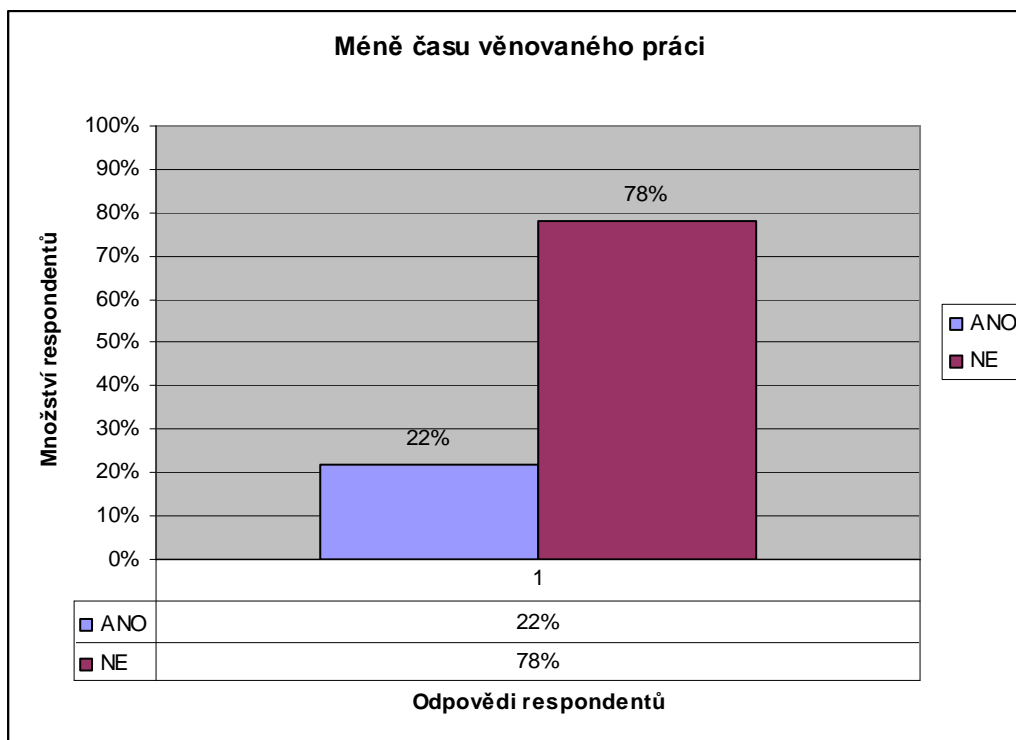


Graf 16 Vynaložení většího pracovního úsilí.

Na tuto otázku odpovídali respondenti takřka stejně jako v předchozí otázce, odpovědi se lišily jen na výjimky. Zatímco předtím odpovědělo odmítavě 56 %, na tuto otázku to bylo 59 %. Zbytek odpověděl kladně – 41 %.

Následující sada otázek (otázky 17 - 19) je zaměřena na zjištění, zda respondenti trpěli některým z níže uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti kvůli emocionálním obtížím v posledních 4 týdnech.

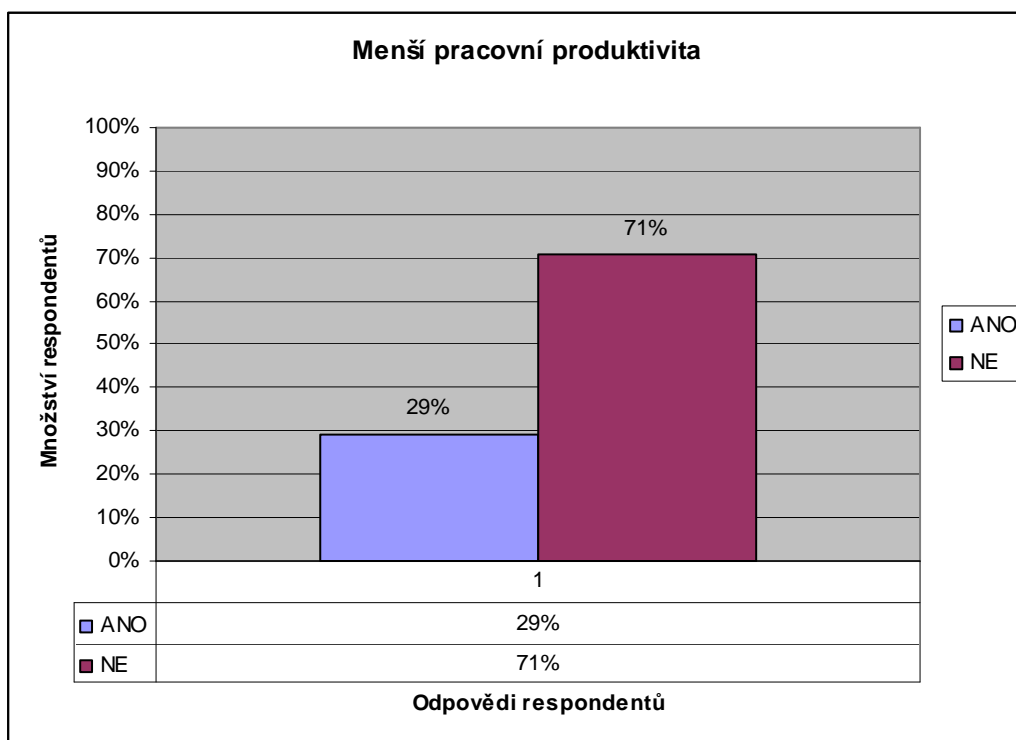
Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?



Graf 17 Omezení času věnovaného práci.

Práci věnovalo méně času jen 22 % dotázaných. Opět šlo o většinu těch, kteří byli v domácí péči (20 %). Z takto odpovídajících byly čtyři pětiny po operaci jen 3 měsíce. Až 78 % odpovědělo záporně, nutno brát v potaz, že většinu z nich tvořili lidé v následné péči (57 %). Většina z těch, co si ničeho nepovšimli, byli po operaci již 6 měsíců.

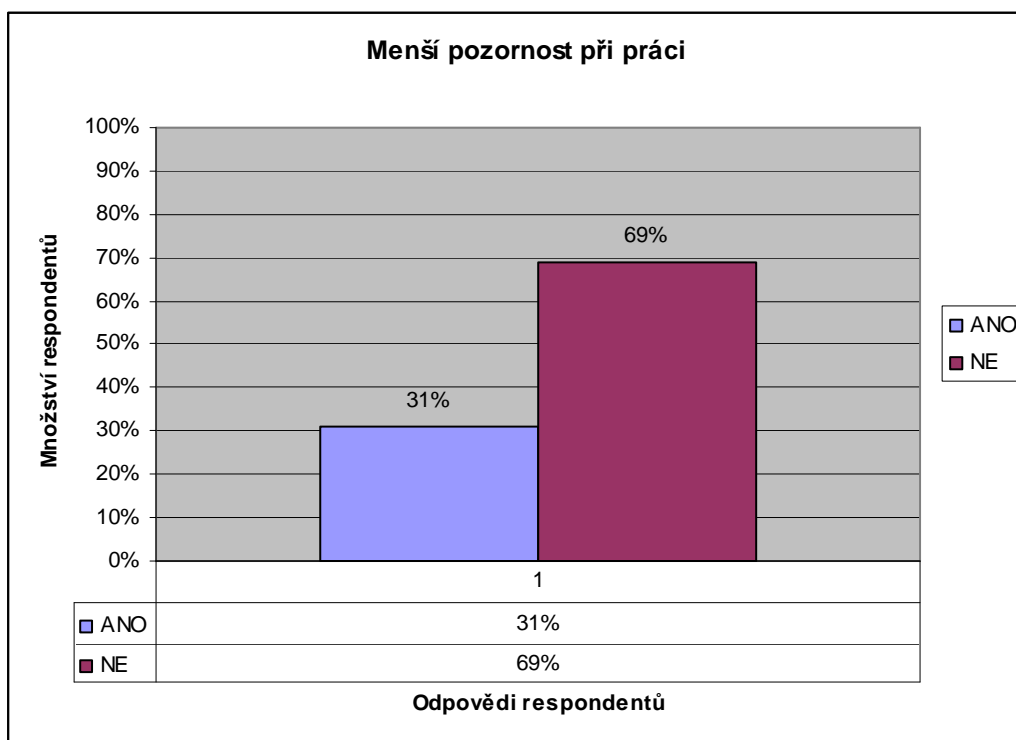
Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?



Graf 18 Omezení pracovní produktivity.

S menší pracovní aktivitou z důvodu emocionálních obtíží se setkalo 29 % ze všech dotázaných. Až 21% z nich byli pacienti z následné péče. Menší pracovní produktivitu přitom uvedlo 25 % těch, kteří byli po operaci 3 měsíce. Až 71 % respondentů si ničeho nepovšimlo, přitom ale 58 % bylo v následné péči. Většina z hospitalizovaných byla jen krátkou dobu po operaci, oproti tomu u pacientů, kteří takto odpověděli, byly dvě třetiny již delší dobu po operaci.

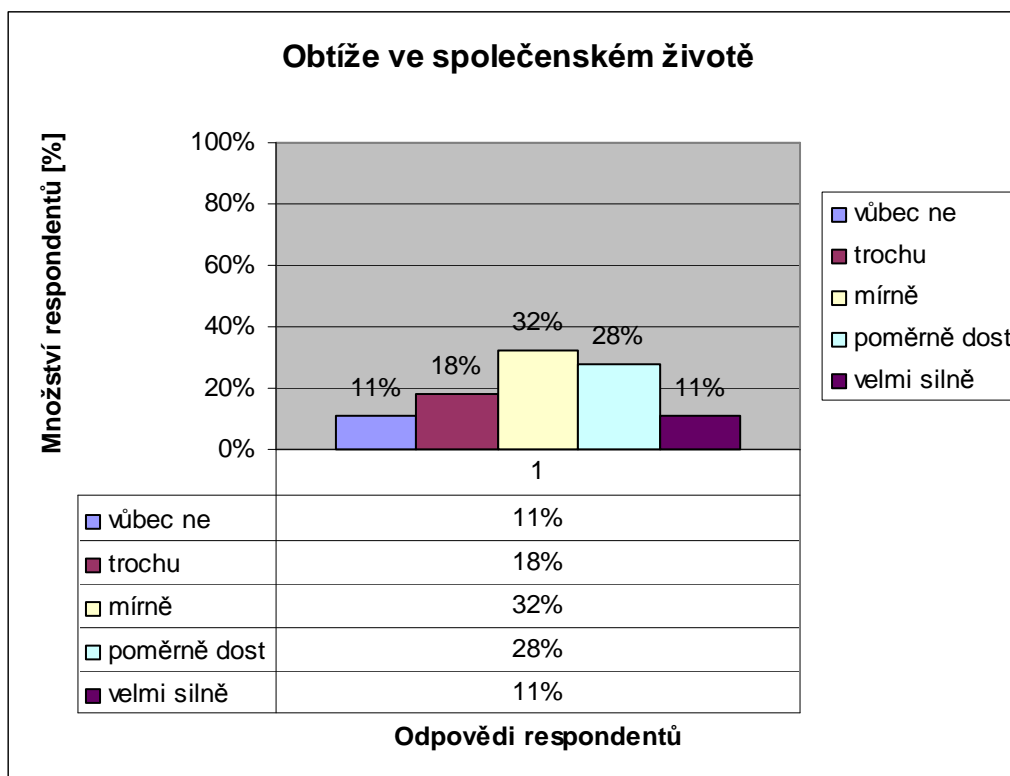
Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než předtím?



Graf 19 Omezení pozornosti při práci.

Emoční potíže snížily pozornost při práci u 31 % ze všech dotázaných. Až 22 % z nich bylo v domácí péči, 9% v následné péči. Ze všech těchto pacientů bylo 18 % po operaci jen 3 měsíce. Celých 69 % dotázaných na sobě nezpozorovalo žádné obtíže, 28 % v domácí péči a celých 55 % po operaci delší dobu než půl roku.

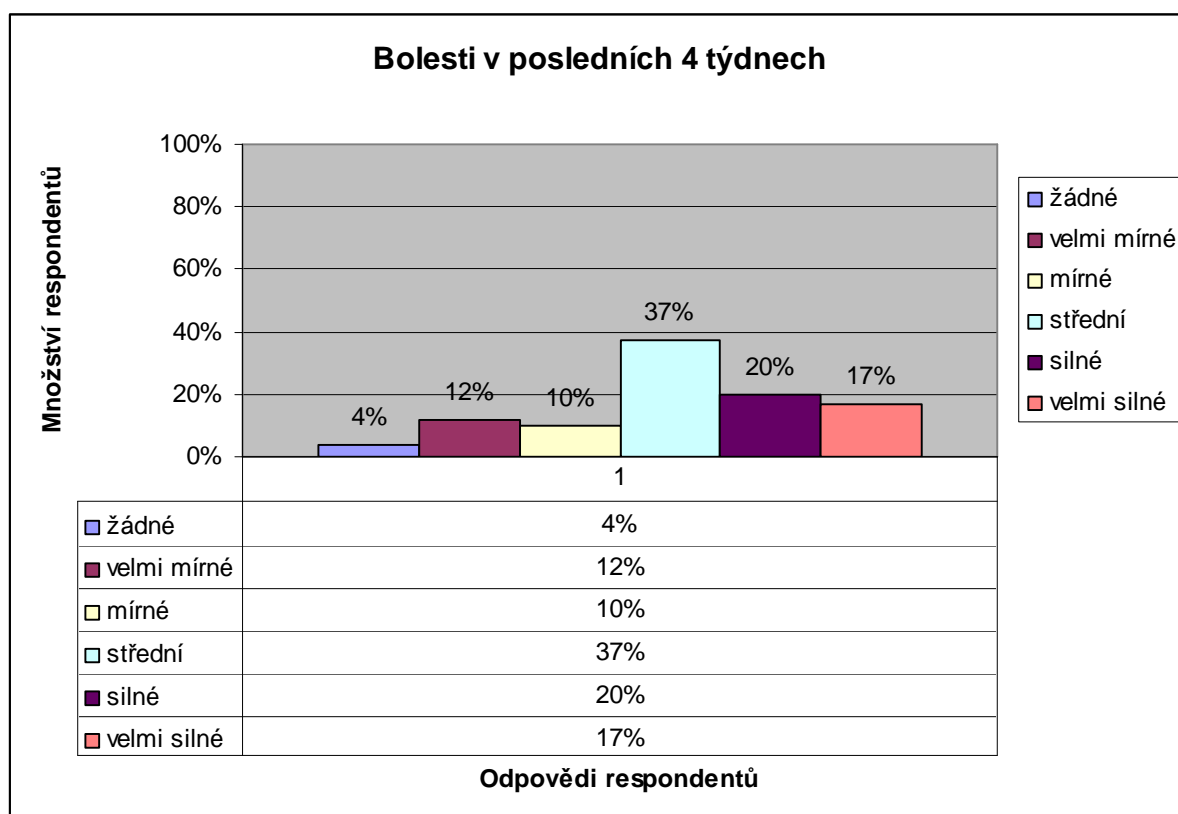
Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.



Graf 20 Omezení společenského života.

Žádnou změnu nepocítilo jen 11 % pacientů, z nichž již 9 % bylo v domácím ošetření a celkem 6% po operaci déle než půl roku. Nepatrnou změnu uvedlo 18 %, zde bylo takřka shodné množství jak pacientů v následné péči, tak v domácím ošetřování, s převládajícím poměrem pooperační doby delší než 6 měsíců. Mírnou změnu pocítilo 32 % pacientů, z nichž jich 23 % bylo doma a 12 % jen 3 měsíce po operaci. Až 28 % se cítilo poměrně dost ovlivněno svými obtížemi, většinou se jednalo o jedince v následné péči (18 %), přičemž 25 % jich bylo 3 měsíce po operaci. Jen 11 % pocítilo silnou změnu, 9 % z nich v následné péči, převládalo více těch s kratší pooperační dobou. Většinou si tyto problémy uvědomovali odpovídající ve styku spíše se širší společností, takto se cítilo 55 %.

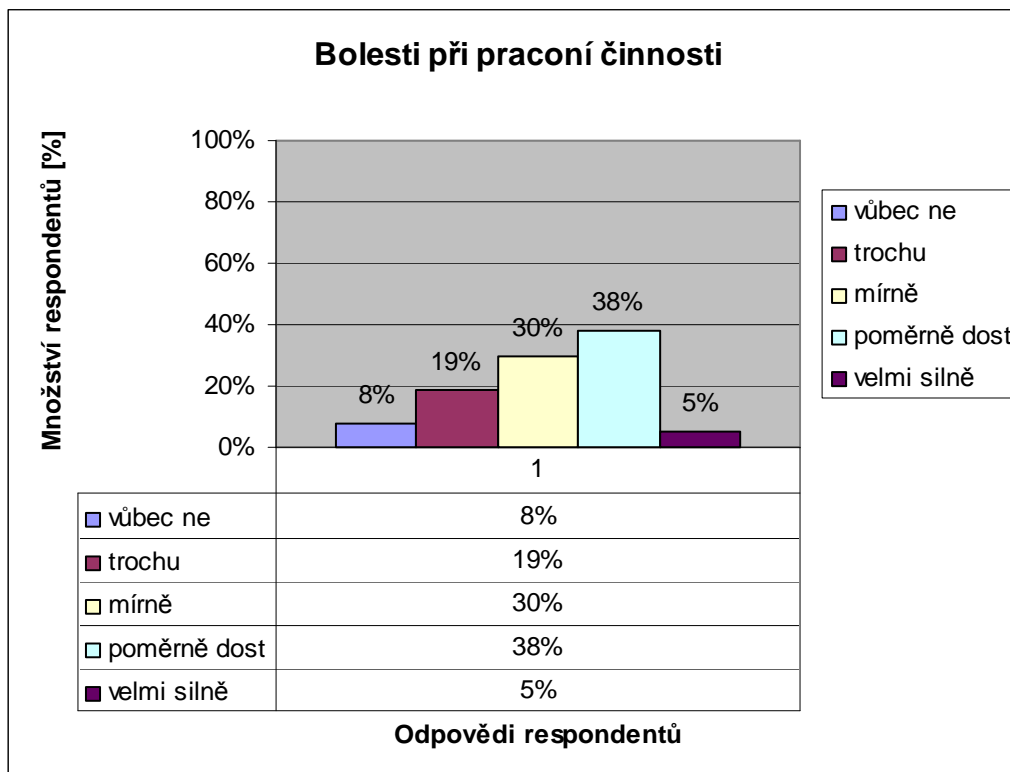
Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?



Graf 21 Omezení bolesti.

Žádné bolesti v posledních týdnech nepocítovaly jen 4 % dotázaných. Většina z nich byla po operaci již půl roku a 3 % dokonce v domácí péči. Velmi mírné bolesti cítilo 12 %, přičemž opět byla většina již déle po operaci a 8 % doma. Mírné bolesti uvedlo 10 %, 6 % bylo stále hospitalizovaných a jen 3 měsíce po operaci. Dalších 37 % mělo střední bolesti, zde šlo o 31 % pacientů v následné péči a krátce po operaci. Dalších 20 % trpělo silnými bolestmi, přičemž 18 % z nich bylo v následné péči a krátce po operaci. Velmi silnými bolestmi trpělo celých 17 %, tři čtvrtiny patřily k pacientům v následné péči a s krátkou pooperační dobou.

Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci v zaměstnání i doma v posledních 4 týdnech?

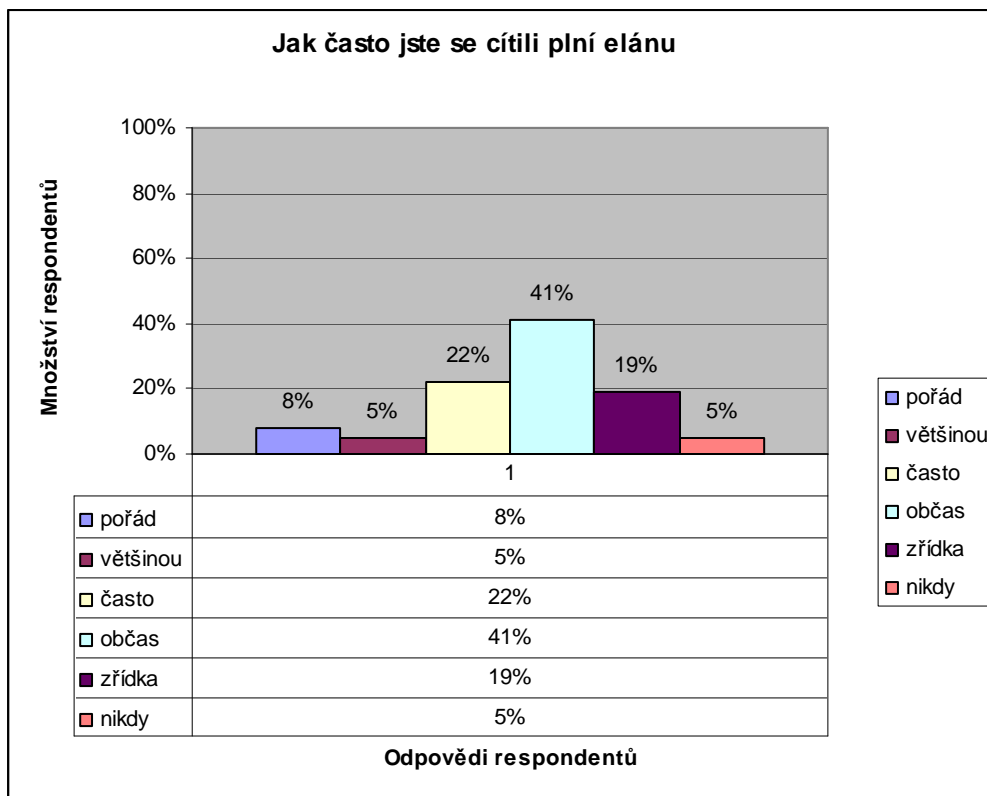


Graf 22 Omezení bolestmi při práci.

Jen 8 % dotázaných netrpělo žádným omezením kvůli bolesti, polovina byla po operaci půl roku. Dalších 19 % pocívalo trochu obtíže, přičemž 12 % bylo po operaci 6 měsíců. S mírnými bolestmi se potýkalo 30 % respondentů, povětšinou byli po operaci 3 měsíce. Dalších 38 % se cítilo poměrně dost omezených, přičemž ale 31 % z nich toto omezení pocívalo jen v zaměstnání. Jen 5 % trpělo velmi silnými bolestmi, proto byli stále v domácí péči a v zaměstnání zatím nepokračovali.

Následující sada otázek (otázky 23 - 31) je zaměřena na zjištění pocitů odpovídajících, jak se jim dařilo v posledních 4 týdnech.

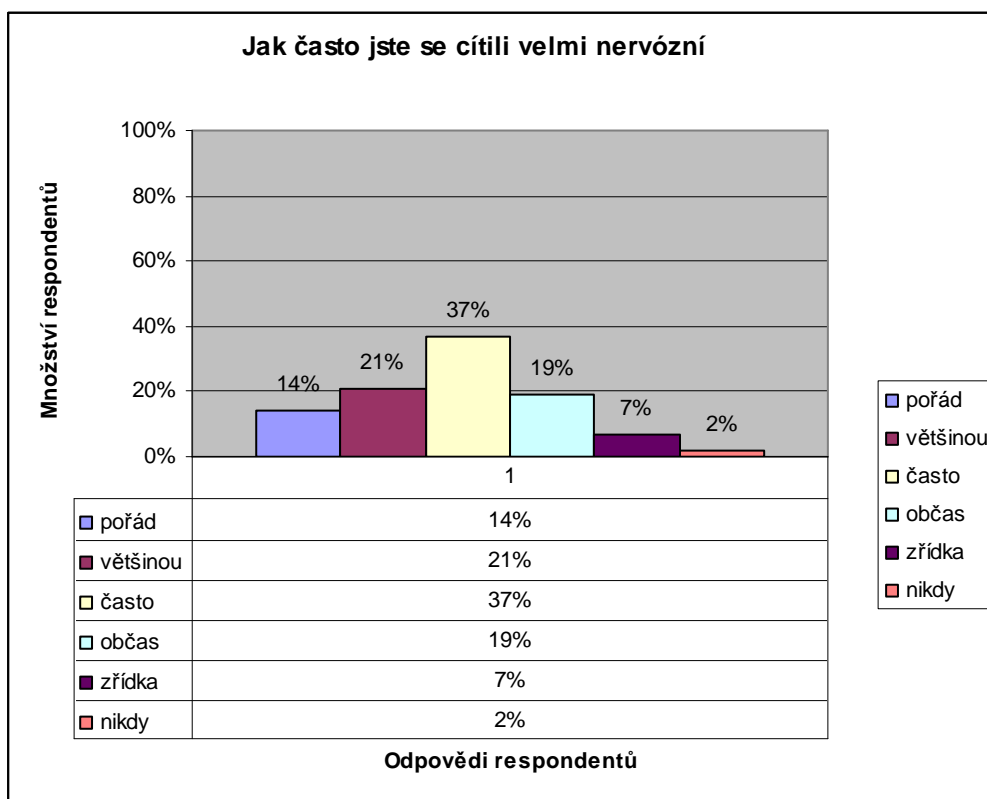
Jak často jste se cítil(a) plná elánu?



Graf 23 Pocity plného elánu.

Plných elánu bylo 8 % respondentů, 6 % bylo v domácím ošetřování a 5 % bylo půl roku po operaci. Dalších 5 % se takto cítí většinou, přičemž 3 % z nich byli v domácí péči a 4 % už déle po operaci. Dalších 22 % se cítilo aktivně poměrně často, 8 % v následné péči a 6 % jen krátce po operaci. Občas uvedlo 41 % dotázaných, 25 % z toho v domácí péči, a 34 % půl roku od operace. Zřídka odpovědělo 19 %, 15 % z nich v následné a 12% jen krátce po operaci. Nikdy elán nepocíťovalo 5 %, z nichž byli všichni v následné péči a 4 % po operaci jen 3 měsíce.

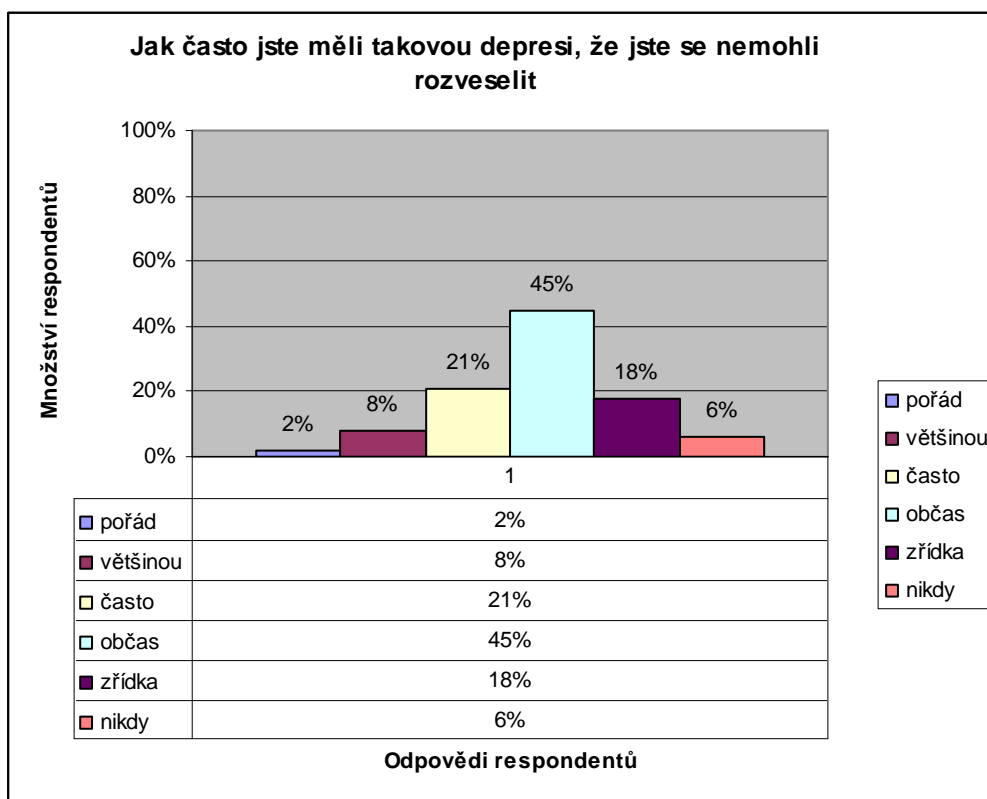
Jak často jste byl(a) velmi nervózní?



Graf 24 Omezení pocity nervozity.

Nikdy nervozitu nepocítovaly jen 2 % respondentů. Z nich byli všichni v domácím léčení a jen krátce po operaci. Zřídka se nervózně cítilo 7 % pacientů, přičemž 6 % jich bylo v domácím léčení a 4 % půl roku po operaci. Dalších 19 % vnímalo nervozitu jen občas, zde bylo 8 % v následné péči a obdobné rozložení kratší a delší pooperační doby. Dalších 37 % se takto cítilo často, ale jen 14 % z nich bylo v domácí péči a 22 % po operaci déle než půl roku. Většinou uvedlo 21 % pacientů a 18 % v následné péči s 12 % krátce po operaci. Stálou nervozitu uvedlo jen 14 % odpovídajících a 11 % v následné péči a 10 % jen 3 měsíce od operace.

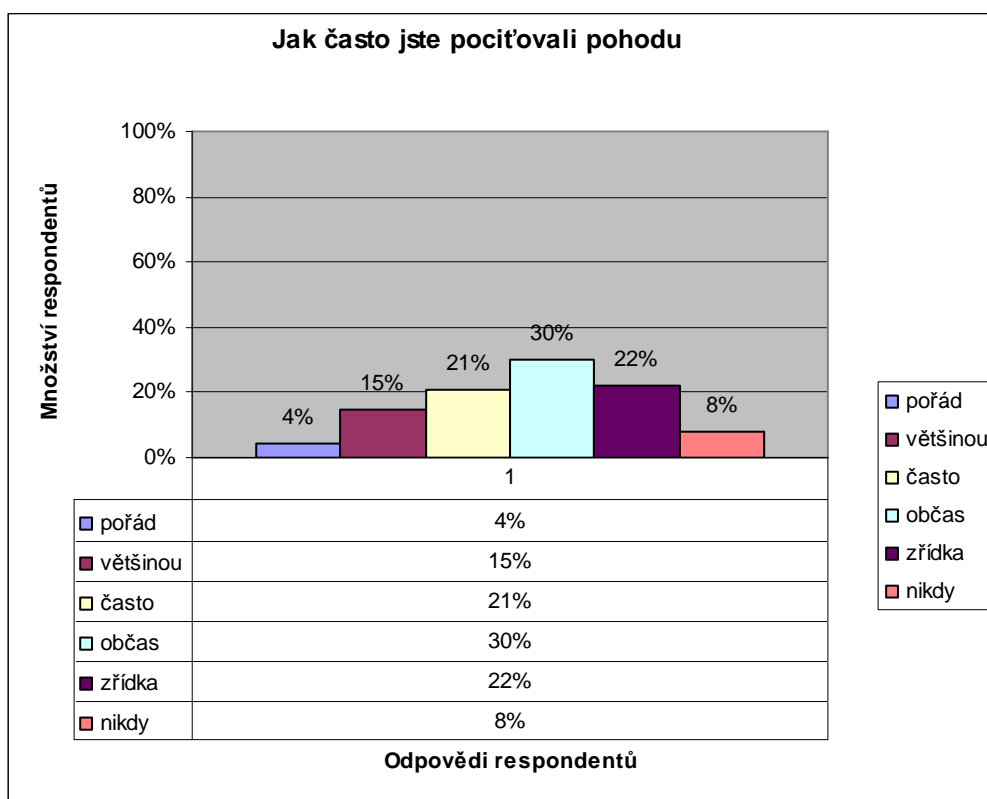
Jak často jste měl(a) takovou depresi, že Vás nikdo nemohl rozveselit?



Graf 25 Omezení depresí.

Pocit neustálé deprese uvedla 2 % dotázaných a všichni byli v následné péči a půl roku po operaci. Většinou se takto špatně cítilo 8 % z dotázaných a 7 % z nich bylo v péči lékařů a 5 % již 6 měsíců po operaci. Dalších 21 % depresi pociťovalo poměrně často, přičemž jen 4 % v domácí péči a 10 % po operaci jen 3 měsíce. Dalších 45 % pociťovalo depresi jen občas a 21 % z nich v domácí péči, přičemž 30 % bylo operováno před půl rokem. Zřídka uvedlo 18 %, z těchto 18 % bylo v následné péči 9 % a 10 % 3 měsíce po operaci. Zbýlých 6 % nikdy nepociťovalo depresi, všichni byli již déle po operaci a 5 % v domácí péči.

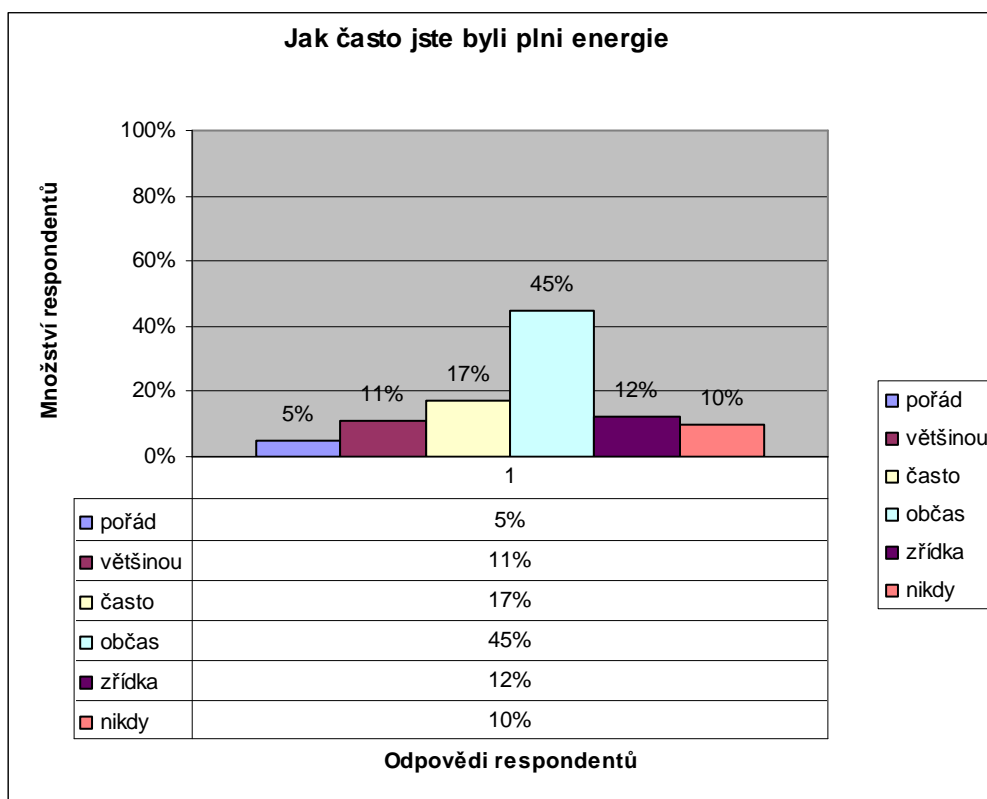
Jste pociťoval(a) klid a pohodu?



Graf 26 Pocity pohody.

Stálou pohodu pociťovaly jen 4 % z dotázaných a všichni byli z domácího prostředí. Až 3 % byly po operaci déle. Dalších 15 % respondentů se cítilo většinou v klidu, 11 % bylo v domácím ošetřování a 8 % po operaci 6 měsíců. Často se takto cítilo 21 %, přičemž jen 9 % bylo z následné péče a 15 % po operaci jen 3 měsíce. Dalších 30 % se takto cítilo jen občas (23 % z toho v následné péči) a 14 % déle po operaci. Zřídka klid nacházelo 22 % pacientů (v následné péči 18 %) a 17 % prodělalo operaci před 3 měsíci. Zbýlých 8 % klid a pohodu necítilo nikdy (1 % v domácím prostředí) a 4 % půl roku po operaci.

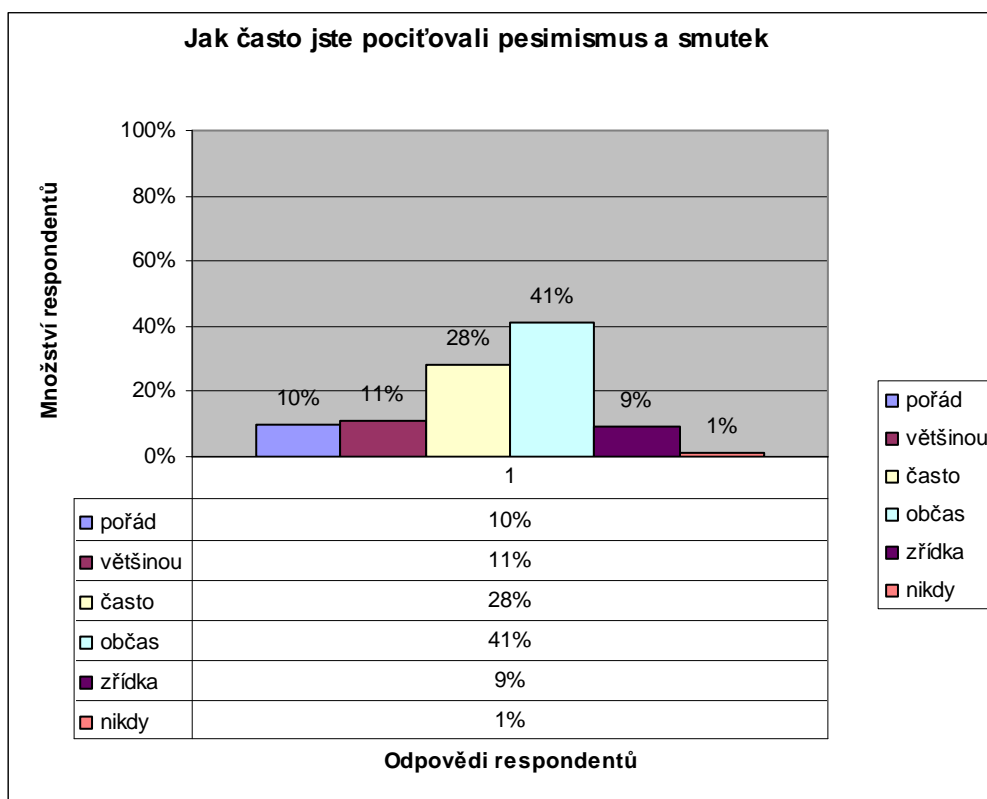
Jak často jste byl(a) plná energie?



Graf 27 Pocity plnosti energie.

Na tuto otázku odpovídali respondenti opět obdobně jako na otázku číslo 23, odpovědi se lišily jen v několika výjimkách.

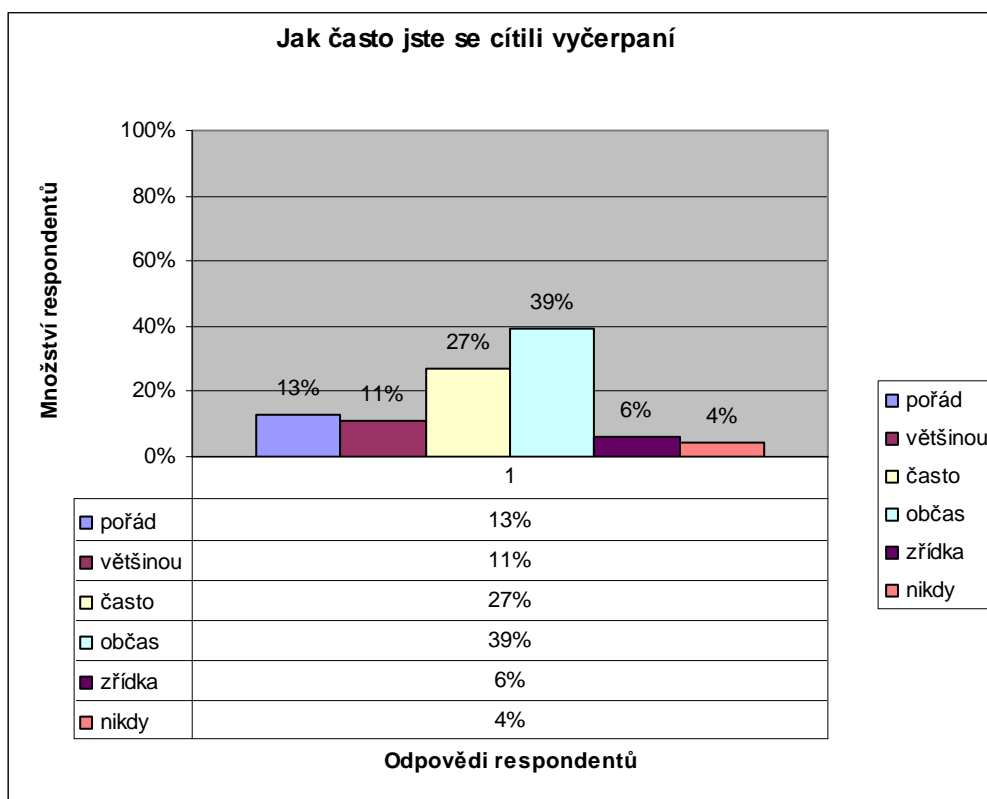
Jak často jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?



Graf 28 Pocity pesimismu a smutku.

Neustálý smutek a pesimismus cítilo 10 % dotázaných. Z těchto 10 % jich bylo 9 % v následné péči a 5 % půl roku po operaci. Dalších 11 % vnímalo pesimistickou náladu většinu času (4 % z toho v domácí péči) a 8 % bylo po operaci půl roku. Následně 28 % tyto nálady mívalo poměrně často (20 % z nich v následné péči) a 18 % již 6 měsíců po operaci. Zřídka se takto cítilo jen 9 % dotázaných, kdy 8 % z nich bylo v domácí péči a 7 % 3 měsíce po operaci. Jen 1 % si takový stav neuvědomovalo nikdy.

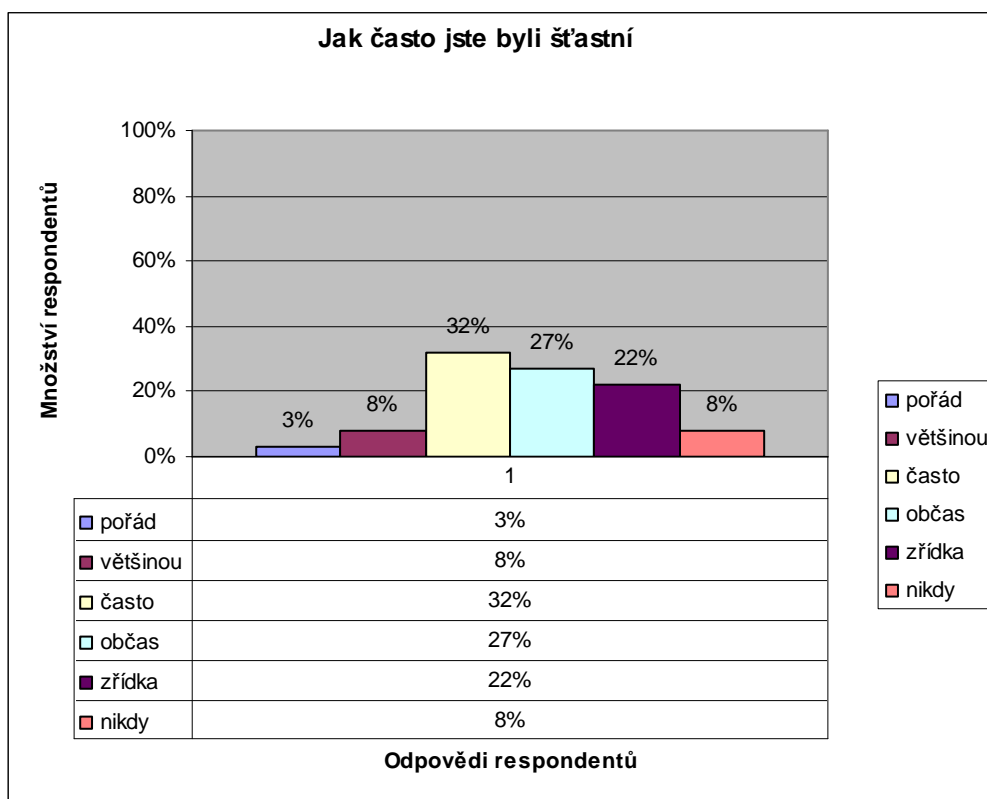
Jak často jste se cítil(a) vyčerpaný(á)?



Graf 29 Omezení pocitu vyčerpání.

Nikdy vyčerpaní se necítili respondenti ve 4 % (většinou z domácího prostředí a delší dobu po operaci). Pořád vyčerpaných bylo 13 % (11% bylo v následné péči) a 5 % bylo již půl roku po operaci. Většinou uvedlo 11 % (z toho 5 % v domácí péči a jen 3 % po operaci teprve 3 měsíce). Často se takto cítilo 27 % respondentů, kteří byli ze tří čtvrtin v následné péči a dvě pětiny měli již déle po operaci. Nejvíce odpovídajících cítilo vyčerpání jen občas (39 %), povětšinou v domácí péči (27%, 33% 3 měsíce po operaci). Jen 6 % se takto cítilo zřídka (5 % v domácí péči).

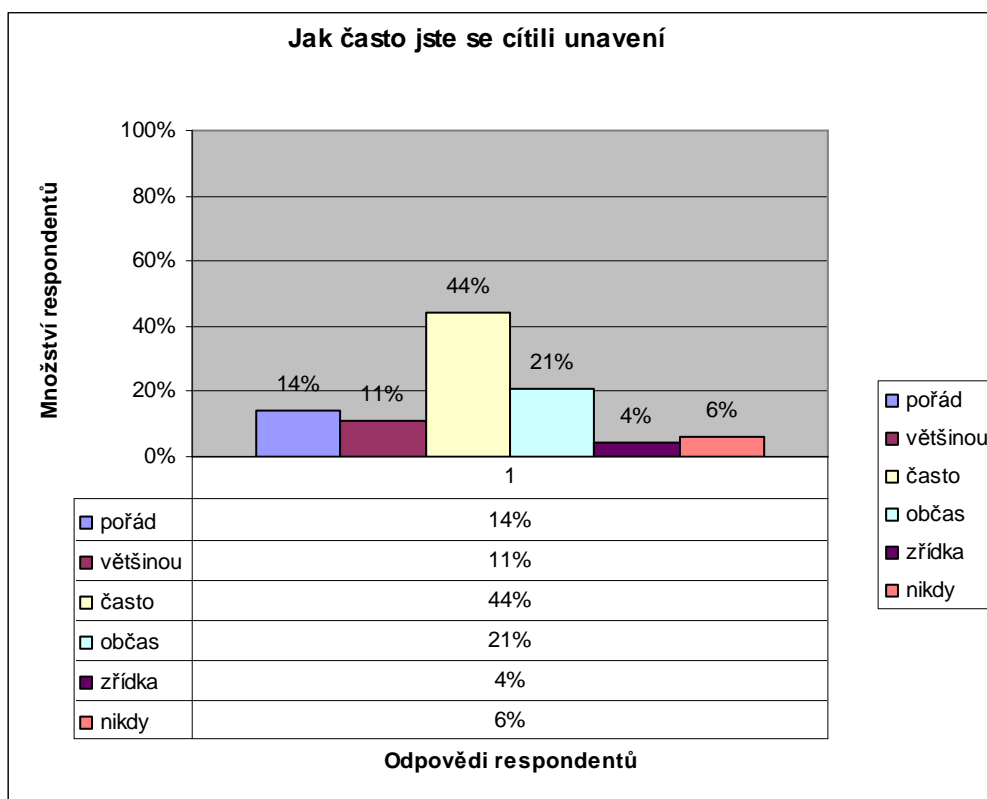
Jak často jste se cítil(a) šťastný(á)?



Graf 30 Pocity štěstí.

Tato otázka byla spíše protikladem předchozí otázky, jak lze pozorovat, odpovědi respondentů jsou v podstatě obdobné, jako předtím. Celých 32 % se cítilo šťastně poměrně často, 27 % občas, 22 % jen zřídka, neustálé štěstí vnímaly 3 %, 8 % se takto cítilo většinu času a naopak 8 % se takto necítilo nikdy.

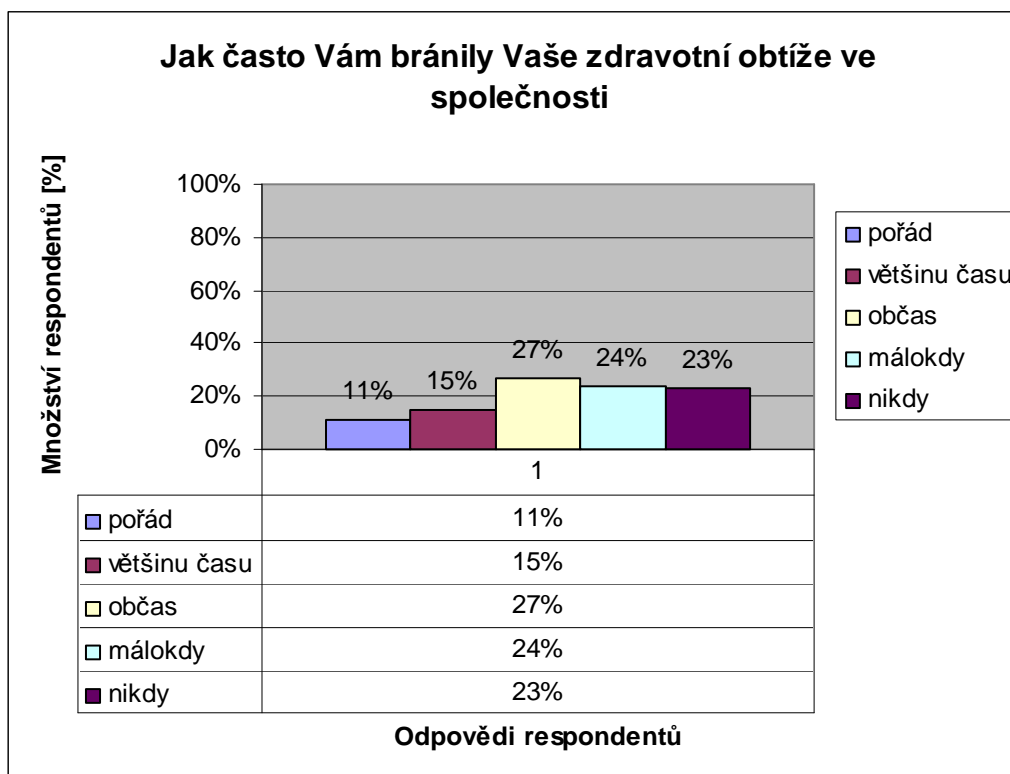
Jak často jste se cítil(a) unavená?



Graf 31 Pocity únavy.

Tato otázka se opět relativně shodovalo s otázkou číslo 29, odpovědi respondentů byly opět takřka obdobné, lišily se snad jen v několika výjimečných případech. Větší odlišnost bylo možné zpozorovat jen u odpovědí, kdy se takto odpovídající cítili často, což v minulé otázce bylo 27 %, nyní takto odpovědělo dokonce 44 %, ze kterých bylo 37 % v následné péči, a u odpovědi občasného stavu, kdy se předchozích 33 % nyní změnilo na 21 %, ze kterých bylo 11 % v domácím léčení.

Uved'te, jak často bránily v posledních 4 týdnech Vaše zdravotní nebo citové obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných, atd.)?

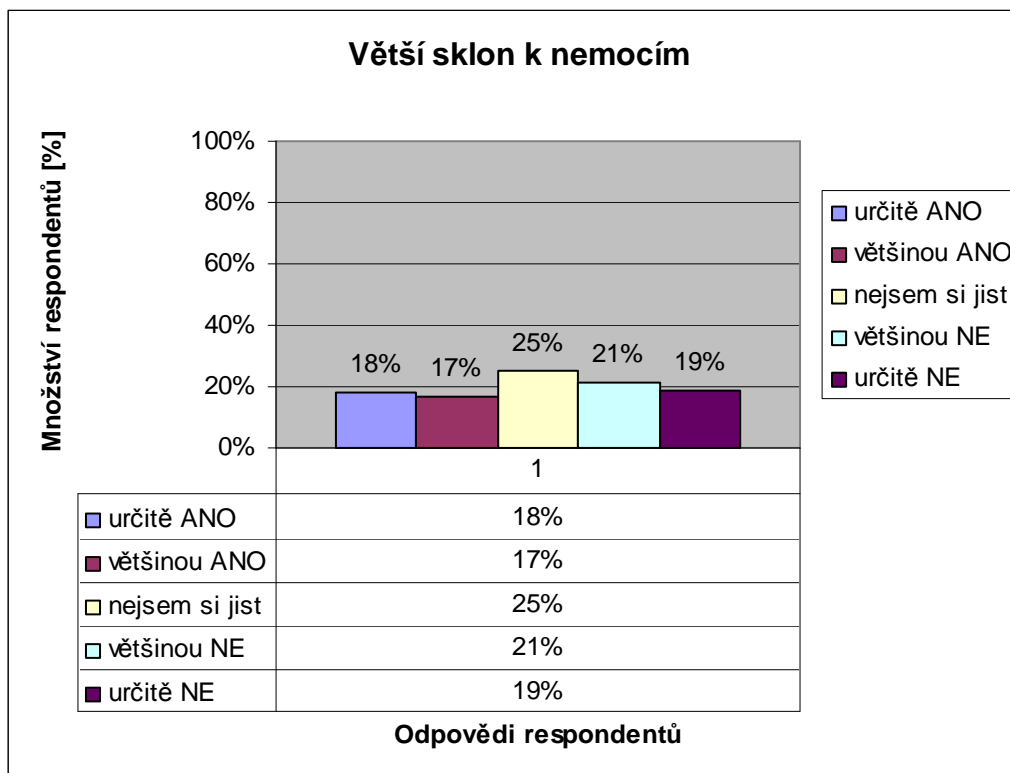


Graf 32 Omezení společenského života.

Celé poslední 4 týdny bylo omezeno ve společenském životě svými potíží plných 11 % (3/4 v následné péči a polovina byla 3 měsíce po operaci). Většinu z tohoto času se takto cítilo 15 % respondentů, opět většina z nich byla v péči lékařů (13 % a 11% jen krátce po operaci). Občas si takto připadalo 27 %, z nich bylo 1,5 % v domácí péči a 11 % již půl roku po operaci. Dalších 24 % tento handicap u sebe zaregistrovalo jen málokdy, přičemž 17 % z nich bylo v domácí péči a 19 % bylo déle po operaci. Zbylých 23 % toto nevnímalo nikdy, 20 % bylo v domácím prostředí a jen 8 % mělo krátce po operaci.

Následující sada otázek (otázky 33 - 36) zkoumá, jak na respondenty odpovídá jeden z vybraných modelů chování.

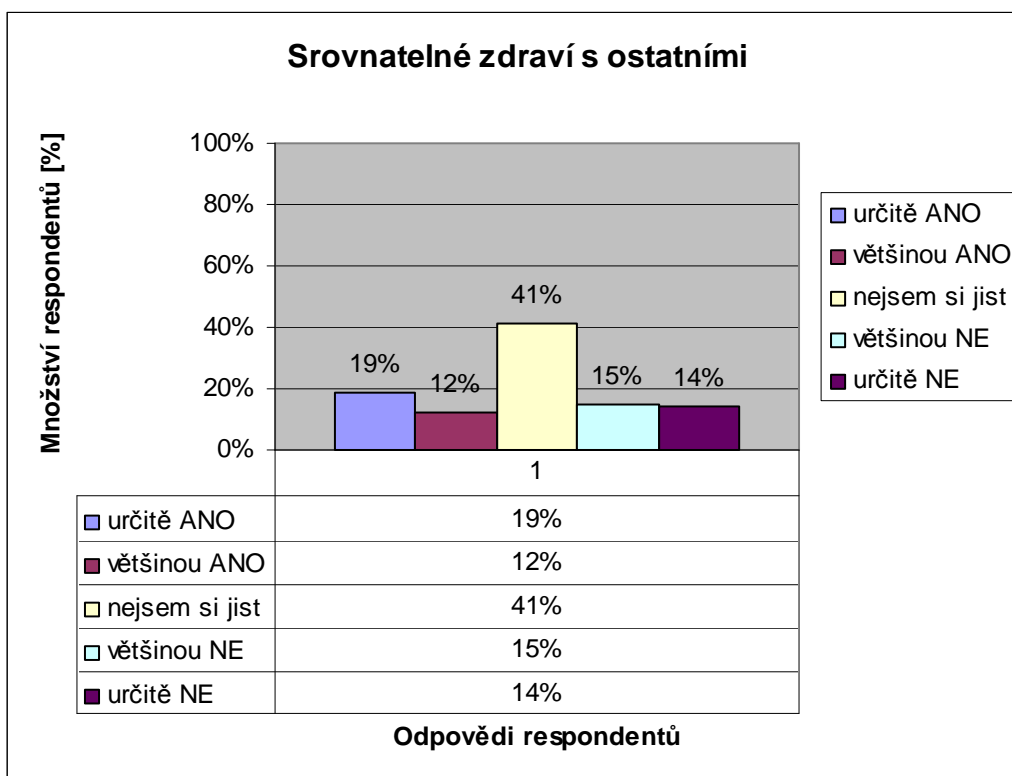
Zdá se, že onemocním snadněji, než jiní lidé.



Graf 33 Sklony k nemocím.

Jen 18 % lidí si bylo jistých, že mají mnohem větší sklon k nemocím, než jiní. Dalších 15 % přitom bylo v následné péči a 3 % doma. Dalších 14 % bylo po operaci kratší dobu než 3 měsíce. O trochu více než ostatní si připadalo hůře 17 %, kdy rozložení pacientů v následné péči bylo obdobné, 7 % bylo po operaci již půl roku. Ti, kteří si takovým stavem nebyli jisti, nebo ho zatím nezpozorovali, tvořili 25 %. Z toho bylo 12 % v domácím léčení a 17 % po operaci půl roku. Dalších 21 % si myslelo, že většinou snáze ne onemocní, jen 8 % z nich bylo v domácím prostředí a 12 % po operaci 3 měsíce. Žádný takový problém nevedlo 19 %, 11 % z nich bylo v domácí péči a 8 % po operaci půl roku.

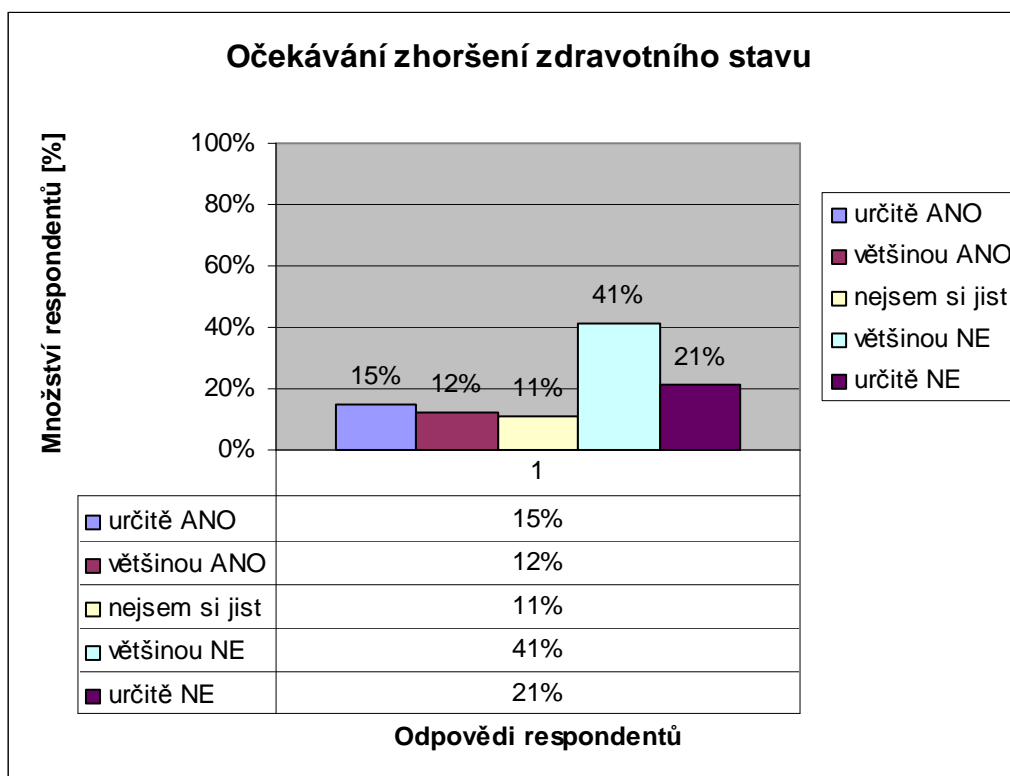
Jsem stejně zdravý jako kdokoliv jiný.



Graf 34 Posouzení zdraví.

Stejně zdravý jako kterýkoliv jiný člověk si připadalo 19 % respondentů. Z nich bylo 15 % v domácím léčení, přičemž 11 % bylo po operaci 3 měsíce. Většinou si toto myslelo jen 12 %, 6 % bylo v následné péči a 5 % bylo po operaci kratší dobu. Dalších 41 % si touto odpovědí nebylo vůbec jisto, 28 % bylo v následné péči a 18 % po operaci jen 3 měsíce. Dalších 15 % si většinou myslelo, že jejich zdraví bylo horší (11 % v následné péči a 7 % půl roku po operaci). Mnohem hůře než ostatní si připadalo 14 % respondentů a 12 % z nich bylo stále v lékařské péči a 9 % kratší dobu po operaci.

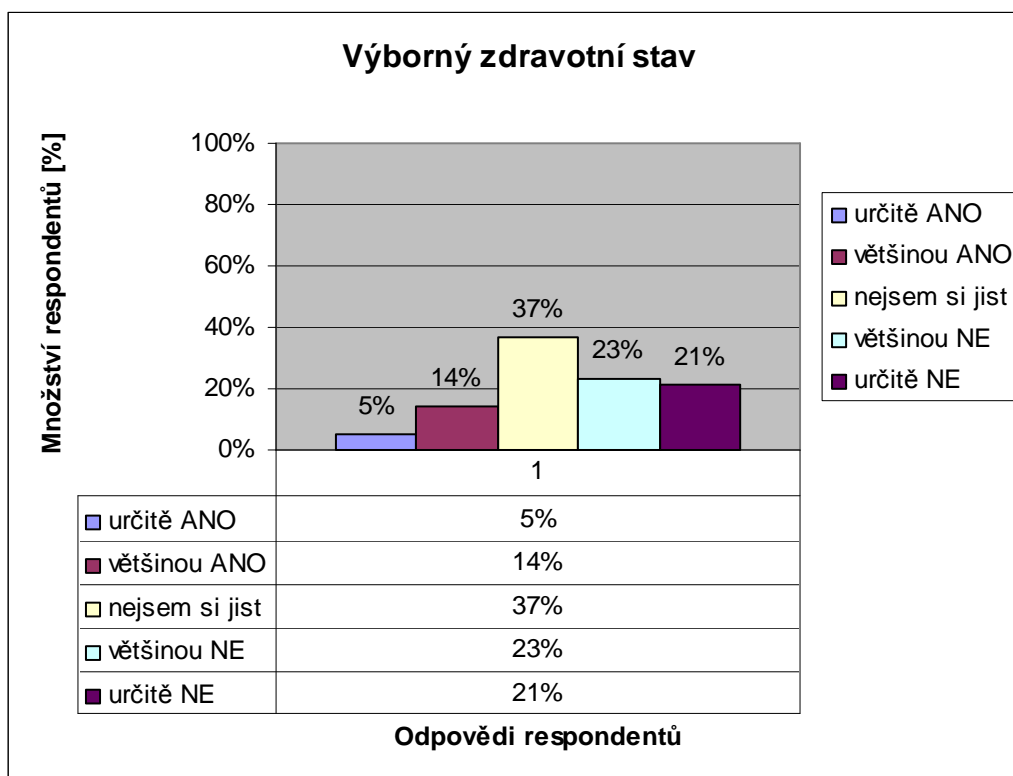
Očekávám, že se mé zdraví zhorší.



Graf 35 Očekávání zhoršení zdraví.

Jen 15 % si myslelo, že se jejich zdraví určitě horší (9 % bylo z domácí péče a déle po operaci – 10 %). Spíše si to myslelo jen 12 % z dotázaných (celých 11 % v následné péči a 8 % po operaci 3 měsíce). Jen 11 % si tímto stavem nebylo jisto, (většinou v následné péči – 8 % a déle po operaci – 7 %). Zhoršení stavu určitě neočekávalo celých 41 % (25 % bylo v domácí péči a dokonce 25 % déle po operaci). Svým zdravím si bylo jisto a zhoršení v žádném případě neočekávalo 21 %, (16 % v domácí péči a 12 % jen 3 měsíce po operaci).

Mé zdraví je perfektní.



Graf 36 Hodnocení zdraví.

Perfektním zdravím potvrdilo jen 5 % respondentů (4 % z domácí péče a krátce po operaci). Dalších 14 % se cítilo spíše v lepší kondici (jen 3 % byly z následné péče) a 7 % po operaci déle než půl roku. Dalších 37 % si svým zdravím nebylo příliš jisto (25 % z nich následná péče a 18 % po operaci kratší dobu). Dalších 23 % si myslelo, že jejich stav byl většinou neuspokojivý (z nich 19 % bylo v následné péči a 16 % krátce po operaci). Zcela neuspokojivým své zdraví shledalo 21 % (5 % v domácí péči a 11 % po operaci déle než půl roku).

10 Diskuse

Výše uvedené výsledky měly za cíl potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy. Ty zněly následovně:

Hypotéza 1: Pacienti po zlomenině proximálního femuru mají větší kvalitu života v případě přesunu jejich péče do domácího prostředí než v případě zůstávání na lůžkách následné péče.

První hypotéza byla **potvrzena**. Kvalita života pacientů po zlomenině proximálního femuru se zvyšovala ve větší míře v případě propuštění do domácího ošetřování. Důvodů může být pochopitelně hned několik. Domácí prostředí je pro každého člověka, nejen, seniora rozhodně více uklidňující a známé, než prostředí nemocnice. Lze tedy předpokládat, že se tam bude cítit lépe, nebude ve stresu, který by mohl zpomalovat proces léčby. Také je možné předpokládat, že rodina bude takto handicapovanému seniorovi věnovat individuálně zaměřenou péči, která může být i v mnoha ohledech kvalitnější. Senior se spíše nebude bát požádat o pomoc někoho z rodinného prostředí, než cizí ošetřovatelku. Své rodině bude také senior pravděpodobně více důvěřovat, i když zdravotní sestry zase mohou poskytnout odbornější pomoc. Senior si také v domácím prostředí může rehabilitaci řídit podle sebe, své nálady, svých časových možností apod. Domácí prostředí je seniorovi také lépe známé, než nemocniční, což hovoří zase ve prospěch různých pádů apod.

Hypotéza 2: U pacientů po zlomenině proximálního femuru v domácí péči se kvalita života zlepšuje rychleji než v případě pacientů na lůžkách následné péče.

Hypotéza byla potvrzena. Druhá hypotéza souvisela s první. Pacienti propuštění do domácího prostředí vykazovali rychlejší zlepšování jejich stavu, respektive kvality jejich života. Důsledky je možné v podstatě zopakovat jako u předchozí hypotézy, může jít o větší klid a méně stresu v domácím prostředí. Přesné důvody však lze identifikovat těžko, neboť jak už bylo uvedeno, použitý dotazník je výrazně obecný. V podstatě ani nezohledňuje pohlaví, věk respondentů (až na to, že šlo výhradně o seniory) a další faktory, např. úroveň poskytnuté rehabilitační péče.

V tomto ohledu lze zmínit např. výzkum Kennieho a kol. (1988, s. 1083–1086), kteří právě srovnávali výsledky u pacientů, kteří byli po operaci proximálního femuru

propuštění a byla jim poskytnuta specializovaná rehabilitace pro geriatrické pacienty a těmi, kteří zůstávali v nemocnici. Rovněž zjistili, že jsou-li pacienti propuštěni do domácí péče, respektive do péče odborných rehabilitačních pracovníků, kteří dochází k pacientům domů a provádí s nimi rehabilitaci, tak mají pacienti následně lepší kvalitu života a současně se snižují náklady.

Zjištěné výsledky tedy potvrzují tezi, že pro pacienty je vhodnější, když jsou po operaci propuštěni do domácího ošetřování. Ovšem to není jediný přínos, jak už bylo v této práci zmiňováno několikrát, takový postup zajišťuje nemalé šetření samotným nemocnicím. Z tohoto důvodu nelze než doporučit věnovat této problematice větší pozornost. Rozhodně si tato práce nedovoluje tvrdit, že propouštění pacientů po operaci proximálního femuru do domácího ošetřování zajistí nemocnicím v každém případě úspory nebo že v každém případě to bude pro pacienty přínos.

Vzhledem k obecnosti výzkumu provedeného v této práci lze tak výsledky této práce použít jako podnět a podklad pro další zkoumání, například v rámci práce diplomové, či dalších konkrétněji zaměřených výzkumů. Není totiž pochyb, že na námi zjištěné výsledky mohlo mít vliv nespočet dalších okolností, které by bylo vhodné případně zohlednit. Např. Musil a Filip (2010, s. 102–103) zmiňují důležitost zohledňování ekonomické a politické situace v dané zemi, které mohou ovlivňovat také ekonomickou situaci daných respondentů, možnosti následné či rehabilitační péče a jejich kvalitu aj. Podmínek, které mohou tyto výsledky ovlivnit, je mnoho, zmínit lze ještě např. fyzickou kondici před operačním výkonem, vlivy odlišného očekávání (např. tam, kde v důsledku náboženské víry očekávají pacienti možnost dlouhého kleku, nebo žijí v centru města a nemusí podnikat tak dlouhé túry jako pacienti z vesnic) a mnohé další. Doporučit lze tak rozšíření stávajícího dotazníku o některé další otázky a provést následně statistické vyhodnocení odpovědí k potvrzení významnosti zmiňovaných faktorů.

Na druhou rozhodně nechceme znevažovat hodnotu provedeného výzkumného šetření, neboť v současnosti je zase právě docela typické, že většina prací posuzuje výsledek operace zlomeniny krčku femuru jen dle specifického dotazníku se zaměřením na operovanou krajinu. Toto hodnocení se však také jeví jako nedostatečné a mělo by zahrnovat i posouzení celkového zdravotního stavu a kvality života. Nezbytné si je uvědomit, že zdravotníci v takovém případě nemohou léčit jen zlomeninu, ale zejména pacienta jako celek, který má své potřeby a očekávání a hodnocení kvality života lépe posoudí, pokud se tato očekávání a

potřeby podařilo operačním výkonem naplnit. Každopádně přínos operace kyčelního kloubu je pro většinu pacientů nesporný a přibližuje je kvalitou života standardní populaci (srov. Musil a Filip, 2010, s. 102–103).

ZÁVĚR

Předkládaná práce se zabývaly problematikou života a jeho kvality u seniorů po operaci proximálního femuru. Jejím cílem bylo prokázat, že pacienti po tomto typu úrazu, kteří bývají propuštěni do domácího ošetřování, než aby zůstávali na lůžkách následné péče, mají ve svém důsledku vyšší kvalitu života.

Práce byla pro naplnění stanoveného cíle rozdělena do dvou částí. První teoretická část obsahovala popis problematiky stárnutí kostí a celkově projevy spojené se stárnutím těla, následoval popis problematiky zlomeniny proximálního femuru včetně ošetrovatelské péče a následné rehabilitace. Poslední kapitola teoretické části se věnovala kvalitě života a jejímu zjišťování. V praktické části pak bylo provedeno srovnávací dotazníkové šetření u seniorů po úrazu proximálního femuru, a to seniorů, kteří byli propuštěni do domácí péče a pro srovnání seniorů zůstávajících v lékařské a ošetrovatelské péči.

Předpoklad stanovený v této práci se potvrdil. Bylo tedy prokázáno, že život pacientů propuštěných do domácí péče se zlepšuje rychleji, než u těch, kteří po operaci zůstávají na lůžkách následné péče. Také bylo potvrzeno, že pacienti po 6 měsících po operaci proximálního femuru jsou již na prožívání svého života omezováni výrazně méně, než v době jen 3 měsíce po operaci. Tyto zjištěné zkušenosti mohou sehrát velmi důležitou úlohu v plánování péče a zejména pak finančních prostředků nemocnic, neboť jak u nás, tak v zahraničí se ukazuje, že finanční náklady na pacienty po zlomenině proximálního femuru se rok od roku zvyšují, a to nejen díky stávající demografické situaci. Propouštění pacientů do domácí péče a následné provádění rehabilitace tam, ne na lůžkách následné péče, přináší pozitiva a výhody jak pro samotné pacienty, kvalitu jejich života, tak pro nemocnice, které by ušetřené finance mohly směřovat do dalších, ne méně potřebných oblastí zdravotní péče.

POUŽITÁ LITERATURA

BARTONÍČEK, J.; SKÁLA-ROSENBAUM, J.; DOUŠA, P. a kol. Zlomeniny proximálního femuru. In *Postgraduální medicína*, 2005, č. 5, s. 485–491.

BRADA, V. Strategie předcházení frakturám ve stáří. In *Lékařské listy*, 1999, č. 51, s. 10.

ČECHÁKOVÁ, B.; ŠÁLKOVÁ, P. Gerontologický pacient na traumatologickém oddělení. In *Sestra*, 2011, č. 2, s. 47.

ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 263 s. ISBN 978–80–247–3901–4.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 223 s. ISBN 978–80–247–3625–9.

HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

HOZA, P.; HÁLA, T.; PILNÝ, J. Zlomeniny proximálního femuru a jejich řešení. In *Medicína pro praxi*, 2008; roč. 5, č. 10, s. 393–397.

HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Lékařské listy*, 2003, č. 5, s. 27–29.

HRÁSKÝ, P.; SOSNA, A. Traumatologie proximálního femuru. Traumatologie proximálního femuru. In *Lékařské listy*, 2002, č. 40, s. 5–6.

KAČEROVSKÝ, J. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, roč. LXXIII, č. 1, s. 6–9.

KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 864 s. ISBN 9788024770383.

KENNIE, D. C.; REID, J.; RICHARDSON, I. R.; KIAMARI, A. A.; KELT, C. Effectiveness of geriatric rehabilitative care after fractures of the proximal femur in elderly women: a randomised clinical trial. In *BMJ*. 1988. 297(6656): 1083–1086.

KLEVETOVÁ, D. Kvalita života ve stáří. In *Sestra*, 2011, č. 6, s. 10–12. ISSN 1210–0404.

KOPÁSKOVÁ, L.; TKÁČOVÁ, L. Osteoporóza. In *Sestra*, 2013, č. 3, s. 30–33. ISSN 1210–0404.

KOUTNÝ, Z. Rehabilitace po totálních endoprotézách. In *Postgraduální medicína*, 2001, č. 1. s. 79–84.

KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In *Kvalita života Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 7–20. ISBN 80-86625-20-6.

MPSV ČR. *Národní program přípravy na stárnutí 2013– 2017: Poslední draft ke dni 18. 6. 2012*. Praha: MPSV, 2012. 27 s.

MUSIL, D.; FILIP, L. Hodnocení kvality života pacientů jeden rok po implantaci TEP kyčelního kloubu. In *Kontakt*. 2010. Vol. 13, No. 1, pp 95–103, ISSN 1212-4117.

MUSILOVÁ, M. Ošetrovatelství a kvalita života. In Farkašová, D. a kol. *Ošetrovatelství: teória*. Martin: Osveta, 2009. s. 212-218. ISBN 978-80-8063-322-6.

O'BOYLE, C. A.; MCGEE, H.; HICKEY, A. a kol. Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. In *The Lancet*. 1992. Vol. 339, Issue 8801, pp. 1088–1091.

SCHULER, M.; OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 336 s. ISBN 9788024730134.

SLADKÁ, J. Stárnutí a zlomeniny. In *Zdravotnictví a medicína*, 2013, č. 13, s. 25.

SLOVÁČEK, L.; SLOVÁČKOVÁ, B.; JEBAVÝ, I.; BLAŽEK, L.; Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, roč. 73, č. 1, s. 6-9.

TOWHEED, T. E.; HOCHBERG, M. C. Health-related quality of life after total hip replacement. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 1996. Vol. 26, Issue 1, pp. 483–491.

VYSKOČIL, V.; BLAHOŠ, J. Postmenopauzální osteoporóza. In *Postgraduální medicína*, 2011, č. 7, s. 729–733. ISSN 1212-4184.

WALLACE, W. A. The increasing incidence of fractures of the proximal femur: An orthopaedic epidemic. In *The Lancet*, Vol. 321, Issue 8339, 1983. Pp. 1413–1414

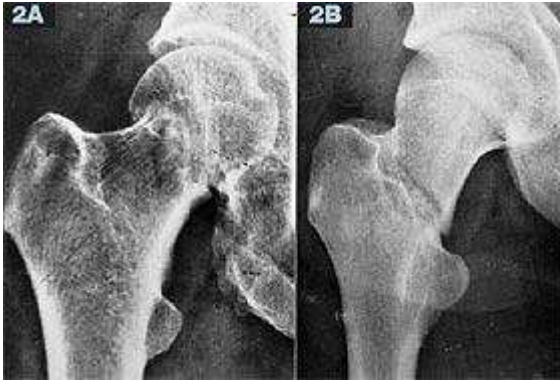
SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Celkové zdraví respondentů.....	29
Graf 2 Zhodnocení zdraví ve srovnání se stavem před rokem.	30
Graf 3 Omezení zdraví usilovnými činnostmi.	31
Graf 4 Omezení středně namáhavými činnostmi.	32
Graf 5 Omezení zvedání a nošení běžného nákupu.	33
Graf 6 Omezení chození po schodech.	34
Graf 7 Omezení chození do prvního patra.	35
Graf 8 Omezení v předklonu, shýbání, pokleku.....	36
Graf 9 Omezení chůze jeden kilometr.....	37
Graf 10 Omezení chůze na několik set metrů.	38
Graf 11 Omezení chůze na sto metrů.	39
Graf 12 Omezení koupání a oblékání.....	39
Graf 13 Zkrácení času věnovaného práci.	40
Graf 14 Zmenšení pracovní produktivity.	41
Graf 15 Omezení v práci a jiných činnostech.	42
Graf 16 Vynaložení většího pracovního úsilí.....	43
Graf 17 Omezení času věnovaného práci.....	44
Graf 18 Omezení pracovní produktivity.	45
Graf 19 Omezení pozornosti při práci.....	46
Graf 20 Omezení společenského života.	47
Graf 21 Omezení bolestí.	48
Graf 22 Omezení bolestmi při práci.....	49
Graf 23 Pocity plného elánu.....	50
Graf 24 Omezení pocity nervozity.	51
Graf 25 Omezení depresí.....	52

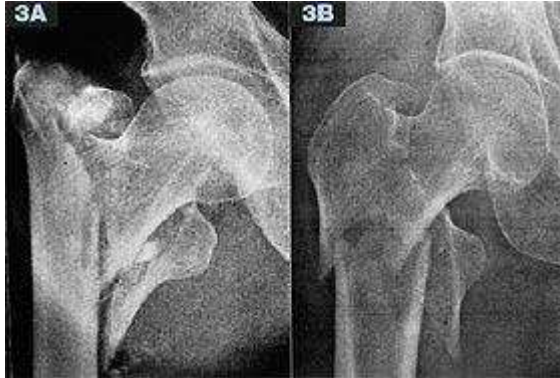
Graf 26 Pocity pohody.	53
Graf 27 Pocity plnosti energie.	54
Graf 28 Pocity pesimismu a smutku.	55
Graf 29 Omezení pocity vyčerpání.	56
Graf 30 Pocity štěstí.	57
Graf 31 Pocity únavy.	58
Graf 32 Omezení společenského života.	59
Graf 33 Sklony k nemocím.	60
Graf 34 Posouzení zdraví.	61
Graf 35 Očekávání zhoršení zdraví.	62
Graf 36 Hodnocení zdraví.	63

PŘÍLOHY

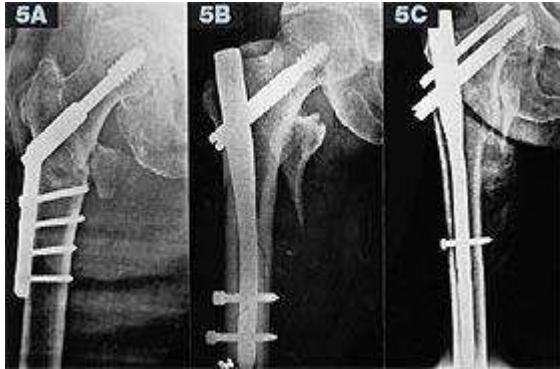
Příloha 1: Základní typy zlomenin krčku femuru. A) intrakapsulární, B) extrakapsulární (Bartoníček a kol., 2005, s. 485–491).



Příloha 2: Základní dva typy trochanterických zlomenin. A) pertrochanterická (proximální úlomek je tvořen pouze krčkem a hlavicí), B) intetrochanterická (proximální úlomek tvoří hlavice, krček femuru a velký trochanter včetně tuberculum innominatum) (Bartoníček a kol., 2005, s. 485–491).



Příloha 3: Příklady osteosyntézy trochanterických zlomenin. A) DHS (dynamický kyčelní šroub), B) Gamma hřeb, C) PFN (proximální femorální hřeb) (Bartoníček a kol., 2005, s. 485–491).



Příloha 4: Totální endoprotéza kyčelního kloubu na RTG snímku (Hráský a Sosna, 2002, s. 5–6).

