

Kvalita života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu

Nicolle Kaiser

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nicolle Kaiser**
Osobní číslo: **H20148**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Kvalita života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního šetření technikou standardizovaného dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků kvantitativního šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

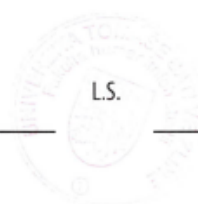
- DUNGL, P. *Ortopedie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- NÝDRLE, M. *Pochopitelné texty z chirurgie, traumatologie a ortopedie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2017. ISBN 978-80-7013-586-0.
- PAGNANO, M. W. *Master Techniques in Orthopedic Surgery: Knee Arthroplasty*. United States: Lippincott Williams and Wilkins, 2018. ISBN 978-1496315052.
- ZEMAN, M., Z. KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD., MBA**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

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

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

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

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

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u pacientů před totální endoprotézou kolenního kloubu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá ze 2 kapitol. První kapitola charakterizuje kvalitu života a druhá kapitola obsahuje teoretická východiska vztahující se k totální endoprotéze kolenního kloubu a specifik předoperační přípravy. Praktická část je zpracována kvantitativní metodou technikou standardizovaného dotazníku SF-36 doplněného o položky zjišťující sociodemografické údaje a subjektivní hodnocení respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 100 respondentů. Hlavním cílem práce bylo zjistit a posoudit kvalitu života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu. Z výzkumu vyplývá, že kvalita života oslovených respondentů je podprůměrná v několika oblastech. Naše studie zdůrazňuje význam včasné diagnostiky a léčby poškozeného kolenního kloubu.

Klíčová slova: kvalita života, totální endoprotéza, kolenní kloub, dotazník SF-36

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the quality of life in patients before total knee arthroplasty. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part consists of 2 chapters. The first chapter characterizes quality of life and the second chapter contains theoretical background related to total knee arthroplasty and specifics of preoperative preparation. The practical part is prepared by quantitative method using the technique of the standardized questionnaire SF-36, supplemented with items to determine socio-demographic data and subjective evaluation of the respondents. A total of 100 respondents participated in the research. The main aim of the study was to determine and assess the quality of life in patients before total knee arthroplasty surgery. The research shows that the quality of life of the respondents is below average in several areas. Our study highlights the importance of early diagnosis and treatment of damaged knee joint.

Keywords: quality of life, total endoprosthesis, knee joint, SF-36 questionnaire

Ráda bych poděkovala PhDr. Miroslavě Kubicové, PhD., Mgr. Pavlíně Belžíkové a PhDr. Mgr. Petrovi Snopkovi, PhD. MBA za vedení a cenné rady, které mi byly během vypracování bakalářské práce poskytnuty. Poděkování přísluší také celé mé rodině za trpělivost a podporu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KVALITA ŽIVOTA.....	12
1.1 CHARAKTERISTIKA KVALITY ŽIVOTA.....	12
1.1.1 <i>Znaky kvality života</i>	14
1.2 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA	14
1.3 KVALITA ŽIVOTA SOUVISEJÍCÍ SE ZDRAVÍM	15
1.4 HODNOCENÍ A METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	16
1.4.1 <i>Generické a specifické nástroje</i>	17
1.5 KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ PŘED OPERACÍ TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KOLENNÍHO KLOUBU	18
2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENNÍHO KLOUBU.....	21
2.1 KOLENNÍ KLOUB	21
2.1.1 <i>Příčina a léčba onemocnění kolenního kloubu</i>	22
2.2 HISTORIE ENDOPROTÉZ.....	22
2.3 ROZDĚLENÍ ENDOPROTÉZ.....	22
2.4 INDIKACE K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KOLENNÍHO KLOUBU	23
2.5 KONTRAINDIKACE K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KOLENNÍHO KLOUBU.....	25
2.6 SPECIFIKA PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVY PŘED TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZOU KOLENNÍHO KLOUBU	25
2.6.1 <i>Dlouhodobá předoperační příprava</i>	26
2.6.2 <i>Krátkodobá předoperační příprava</i>	28
2.6.3 <i>Bezprostřední předoperační příprava</i>	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
3 METODOLOGIE VÝZKUMU	31
3.1 CÍLE VÝZKUMU	31
3.2 METODIKA VÝZKUMU.....	33
3.3 SHORT FORM HEALTH SURVEY – 36.....	34
3.3.1 <i>Metodika SF – 36</i>	34
3.3.2 <i>Vyhodnocení SF – 36</i>	36
3.4 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	36
3.5 REALIZACE VÝZKUMU	36
3.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	37
4 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	38
4.1 ŘAZENÍ DO ABSOLUTNÍCH A RELATIVNÍCH ČETNOSTÍ	38
4.2 VYHODNOCENÍ STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU KVALITY ŽIVOTA SF-36	40
4.2.1 <i>Hodnocení celkového psychického a fyzického zdraví</i>	46
4.2.2 <i>Index kvality života</i>	46
4.2.3 <i>Průměrné skóre ve všech 8 dimenzích</i>	47
DISKUZE	48
ZÁVĚR	52

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	59
SEZNAM OBRÁZKŮ	61
SEZNAM TABULEK.....	62
SEZNAM PŘÍLOH	63

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je kvalita života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu. Tuto problematiku jsem si vybrala z důvodu toho, že po absolvování vysokoškolského studia plánuji nastoupit na ortopedické oddělení jako všeobecná sestra. Téma práce je aktuální, vzhledem ke stále zvyšujícímu se nárustu pacientů čekajících na operaci totální endoprotézy kolenního kloubu.

Kvalitu života těchto pacientů především ovlivňuje příčina, kvůli které jsou indikováni k zákroku. V největší míře se jedná o degenerativní onemocnění, v tomto případě kolenního kloubu v podobě gonartrózy, která vede k omezení pohybu v kloubu. Toto onemocnění má dopad na tělesnou, psychickou, sociální i duchovní oblast. Světová zdravotnická organizace uvádí, že tímto onemocněním trpí více než 10 % populace starší šedesáti let a okolo čtyřicátého roku života se vyskytují první radiologické známky. Řešení, které vede ke zlepšení kvality života a také pohyblivosti, je tedy totální endoprotéza kolenního kloubu. V dnešní době se jedná o poměrně častý zákrok v rámci ortopedie. V České republice se ročně provede přes 10 tisíc totálních endoprotéz kolenního kloubu.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána kvalita života a její dimenze, indikátory a hodnocení kvality života. Na základě literárních pramenů bylo cílem poukázat na změny ve vnímání kvality života v biologické, psychické, sociální a duchovní dimenzi u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu. Součástí bylo také čtenáře seznámit s problematikou totálních endoprotéz, historií, indikacemi k operaci, kontraindikacemi a specifiky předoperační přípravy před totální endoprotézou kolenního kloubu. Praktická část byla věnována metodologickému zpracování kvantitativního výzkumu. K získání dat byla použita metoda anonymního, standardizovaného dotazníku kvality života SF-36, který byl doplněn o 4 otázky vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval celkem 36 položek zaměřených na fyzickou aktivitu, omezení ve fyzické aktivitě, emoční problémy, vitalitu, duševní zdraví, společenskou aktivitu, tělesnou bolest a všeobecné zdraví.

Hlavním cílem práce bylo zjistit a posoudit kvalitu života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu. Výstupem práce je edukační brožura předoperačního cvičení, které snižuje riziko vzniku komplikací po operaci a vede k lepší rekonvalescenci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

„Z filozofického hlediska lze říci, že kvalitu života netvoří pouze příčina materiální a formální, tj. výběr z možností, které pak člověk uskutečňuje, ale patří sem i to, k čemu člověk směřuje a čemu říká smysl života“ (Dvořáčková, 2012).

1.1 Charakteristika kvality života

Kvalita života je velmi široký a složitý pojem. Kdybychom měli stanovit přesné mínění co kvalita života znamená, tak nikdy neurčíme jasnou definici. V literatuře existuje mnoho definic kvality života, ale ani jedna nebyla v průběhu třiceti let přesně definována (Gurková, 2011).

Pojem kvalita života byl v historii poprvé uveden v medicíně již ve dvacátých letech dvacátého století a ve zdravotnictví byla zkoumána až od sedmdesátých let. V posledních deseti letech bývá tento pojem zdůrazňován a daleko častěji rozebírán. Termín se stává celosvětově probíraným a problematickým tím, že je tak běžně užíván, ačkoli má pro různorodé obory odlišný význam. V obvyklé komunikaci se kvalita života zpravidla pojí s pojmem kvalitní = dobrý. O kvalitě života mluvíme tehdy, chceme-li zjistit, jakou odezvu má onemocnění osoby na jeho psychický nebo fyzický stav, na jeho pocit uspokojení či způsob života. Míru subjektivního posouzení vlastní životní situace chápeme jako kvalitu života. Kvalita života je vyznačována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněná a mluvíme o ní jako o fenoménu s velkým rozsahem komplexnosti. V oblasti zdravotnictví a medicíny je kvalita života pojata jako důsledek interakce několika různých faktorů, a to z oblasti sociální, ekonomické, enviromentální a zdravotní. Tyto oblasti spolu ztvárňují vztah a tím dochází k lidskému rozvoji (Slováček a kol., 2004; Gurková, 2011; Payne a kol., 2005, Hnilicová a Bencko, 2005).

Dragomirecká a kol. (2006) považuje kvalitu života za ukazatel psychického, fyzického a sociálního zdraví.

Definice dle Světové zdravotnické organizace zní: *„Jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí. Je to stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnosti nemoci nebo tělesné vady“ (Žumárová, 2012).*

Vokurka a kol. (2005) definuje kvalitu života jako: „*Individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře, životním cílům, očekávání a k běžným zvyklostem. Kvalita života je do jisté míry podmíněna zdravím, psychickým stavem, ekonomickými okolnostmi, sociálními vztahy i celkovým životním prostředím*“.

Gurková (2011) ve slovníku jazyka českého a slovenského pojem kvality života určuje jakousi hodnotu, jakost a vymezuje ji ve dvou smyslech: „*první jako normativní kategorii (na vyjádření žádoucí, postulované, optimální úrovně nebo stupně, přibližující se očekávaným potřebám, či představám jednotlivců nebo skupiny), druhou, jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik vlastností, atributů, kterými se daný objekt liší od objektů jiných, bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb*“.

Velmi důležitým aspektem je, že kvalita života není absolutní, ale relativní, jelikož může být vyjádřena kvalitativními i kvantitativními indikátory. Tím zároveň pojímá proces hodnocení. Kvalitu života můžeme také posuzovat ve spojitosti se zdravím jako: „*úroveň duševních, tělesných, sociálních funkcí a vztahů, včetně vnímání zdraví, životního uspokojení a pohody. Bývá do ní zahrnována i spokojenost pacientů se zdravotnickými službami, respektive s léčbou a jejími výsledky*“ (Vokurka a kol., 2005).

Křivohlavý (2009) rozděluje kvalitu života do čtyř rovin. Makro-rovinu jako první, která pojednává o nejhlubším zamyšlení nad kvalitou života čili podrobné zamyšlení nad samotným životem, jako jsou velké společenské celky. Druhou rovinou je mezo-rovina, kde je kvalita měřena v malých sociálních skupinách např. nemocnice, škola. Pojednává nejen o problematice mezilidských vztahů, ale také o morální hodnotě života a uspokojování potřeb. Poslední je osobní/personální rovina, která se týká každého z nás a klade důraz na konkrétní život jedince. Vychází ze subjektivního hodnocení. Každý z nás hodnotí kvalitu vlastního života sám.

1.1.1 Znaky kvality života

Jelikož přesné určení „kvality života“ QOL (Quality of Life) je nelehký úkol, tudíž existují společné znaky, kterými může být charakterizována:

- QOL je individuální, subjektivní a je koncentrována tak, jak ji vnímá sám jedinec.
- Vymezuje rozdíl mezi reálným sledem dění a očekáváním. Tento rozdíl můžeme do jisté míry redukovat (ošetřovatelskou) intervencí.
- QOL je vázána na určité situace a životní etapy, jelikož má pochybující charakter.
- Je to všeobecný, komplexní a multidimenzionální podmíněný termín. Indikátory především cílí na uspokojování lidských potřeb (Hudáková a kol., 2013).

1.2 Dimenze kvality života

Ve výzkumech převládá všeobecná nejednotnost kvality života, nicméně vyskytují se i jednotlivé aspekty, při kterých nastává názorová shoda. Na kvalitu života lze pohlížet ze dvou úhlu pohledů existencí dimenzí, a to subjektivní (osobní) a objektivní (společenské) (Andráško, 2005).

Podle Murgaše (2012) chápeme osobní dimenzi kvality života jako subjektivně vnímanou realitu toho, jak jedinec prožívá vlastní život. Podstatnou hypotézou osobní dimenze je, že jedinec může být šťastný jen tehdy, pokud je spokojený sám se sebou. Lidské štěstí se neodvíjí od toho co se kolem člověka děje, ale jak to dotyčný subjekt vnímá a jak k tomu přistupuje. Společenská neboli objektivní dimenze je doplňkem k dimenzi osobní, tedy subjektivní. Tato dimenze klade důraz na působení vnějších (společnost, prostředí, ekonomika) i vnitřních faktorů, jako jsou vněmy, názory, pocity (Andráško, 2005; Murgaš, 2012).

Heřmanová (2012) popisuje objektivní kvalitu života jako spojení dosažené životní úrovně člověka a měřitelných životních podmínek.

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozdělila výzkumy kvality života do oblastí, které znázorňují její dimenze, a to bez ohledu na pohlaví, věk, etnikum a postižení. Tyto oblasti znázornila v měřících nástrojích WHOQOL-100 (WHO Quality of Life-100), WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí a WHOQOL-OLD pro měření kvality života seniorů (Gurková, 2011).

Indikátory dle WHO:

- Fyzické zdraví a úroveň soběstačnosti, které zahrnuje energii, únavu, bolest, mobilitu, odpočinek, závislost na lékařské pomoci, každodenní život a schopnost pracovat.
- Psychické zdraví a duchovní stránka obsahující sebepojetí, pozitivní či negativní pocity, myšlení, sebehodnocení, učení, paměť, víru, koncentraci, spiritualitu a vyznání.
- Nezávislost určující indikátory různých aspektů omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na léky nebo pomůcky.
- Sociální vztahy zařazující osobní vztahy, subjektivní hodnocení sexuálního života a sociální podporu.
- Prostředí, do kterého se řadí finanční zdroje, bezpečí, svoboda, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitost pro získávání nových vědomostí a dovedností.
- Náboženství a spiritualita obsahující náboženská a světonázorová přesvědčení (Gurková, 2011).

Úroveň životní spokojenosti se v průběhu života jedince moc nemění, avšak dochází spíše ke změnám v jejích zdrojích. Požadavky a potřeby na životní spokojenost má jiné člověk mladý a jiné člověk v průběhu stárnutí a stáří (Payne, 2005).

1.3 Kvalita života související se zdravím

Výzkum kvality péče byl v rámci systému zdravotní péče vystupňován dvěma faktory. Prvním faktorem bylo hodnocení efektivity léčby a finanční nákladnosti. Druhým faktorem byla snaha všestranně dokladovat klinickou úspěšnost léčby, respektive účinek terapeutických intervencí na zdravotní stav klienta (Gurková, 2011).

Produktem medicínských věd je Health Related Quality of Life (HRQoL) v českém jazyce jako „kvalita života ovlivněna zdravím“. Koncept HRQoL je jednou z možností, jak objektivizovat stav žití a jeho kvalitu života ve všech aspektech. Umožňuje pohlédnout na jedince jako na bio-psycho-sociální jednotku. Zachycuje a popisuje, jak jednotlivec subjektivně prožívá následek nemoci. Hodnotí se úroveň zvládnutí každodenních aktivit

a porovnání kvality života s tím, co jedinec považuje sám za ideální. Je brán jako nezbytný komponent lékařské a ošetrovatelské péče (Gurková, 2011; Masaryková, 2014).

Nejnovější vymezení kvality života spojenou se zdravím (Health-Related Quality of Life) zveřejnila American Thoracic Society v roce 2010. Definice stanovuje, že kvalita života ovlivněna zdravím je: „*Pocit štěstí nebo spokojenost s tím, v jakém rozsahu ovlivňují oblasti života jedince, jeho zdraví nebo jsou zdravím ovlivňované. HRQoL představuje pokus o zjištění toho, jak proměnné související se zdravím ovlivňují ty oblasti života, které jsou u lidí všeobecné nebo u lidí s určitou nemocí považovány za důležité*“. HRQoL obsahuje podmínky, zdroje, zdravotní politiku a praktické postupy, které mají vliv na zdravotní a funkční stav jeho populace (Řehulková, 2008; Gurková, 2011).

Koncept HRQoL se začínal používat již v osmdesátých letech. Jeho používání tak navazovalo na konceptualizaci zdraví, hodnocení dopadů na zdraví a podpory zdraví. Vývoj HRQoL byl především regulovaný hlavně tvorbou a rozvojem nástrojů jejího měření. HRQoL stanovilo několik indikátorů k měření kvality života (Gurková, 2011).

1.4 Hodnocení a metody měření kvality života

Kvalita života ve spojení se zdravím je nejdůležitějším mnohostranným ukazatelem účinnosti léčby. Kvalitu života můžeme hodnotit jak z objektivního, tak i subjektivního hlediska. Avšak nejpodstatnější je subjektivní hodnocení, a to z pohledu ošetřovaného, kde nás zajímá, jak on sám vnímá svůj zdravotní stav (Gurková, 2011).

Nejčastějším nástrojem pro měření kvality života podmíněné zdravím jsou dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované dotazy. V současné době se dotazníky rozdělují na tři typy. A to global assessment, generické a specifické. Global assessment umožňuje všeobecné hodnocení kvality života, kde většinou nelze identifikovat odlišnosti v jednotlivých doménách. Dále generické nástroje zahrnují mnoho oblastí, které naopak umožňují jednotlivé domény porovnávat. Jako poslední jsou specifické nástroje, které jsou velmi citlivé pro zhodnocení určité oblasti. Tyto dotazníky se vztahují k určité nemoci či skupině nemocí, naopak generické jsou bez vztahu k nemoci (Vaňásková a kol., 2013; Gurková, 2011).

1.4.1 Generické a specifické nástroje

V rámci klinické praxe můžeme aplikovat široké spektrum nástrojů, které je možné použít pro měření kvality života u pacientů s různými druhy chronických onemocnění. Cílem generických nástrojů bylo porovnat úroveň HRQoL mezi zdravou a nemocnou populací, respektive mezi různými druhy nemocí. Mezi první generické nástroje, které byly použity v celosvětovém měřítku řadíme užívaný SIP (Sickness Impact Profile) a NHP (Nottingham Health Profile). SIP byl vytvořen především pro použití bez ohledu na typ a závažnost onemocnění, demografické či kulturní aspekty. Obsahuje 136 položek obsahující denní aktivity, které jsou rozděleny do dvanácti subškál. NHP se využívá na měření tělesného, psychického a sociálního distresu. Autoři při tvoření tohoto dotazníku vycházeli ze SIP a obohatili ho o prožívání emocionálních stavů. Obsahuje 28 položek v šesti subškálách. Tyto nástroje hodnotí spíše funkční stav (Gurková, 2011).

V dalším období byly vytvořeny generické nástroje, které doplňovaly již dva zmiňované nástroje a kladly důraz nejen na fyzickou, ale i psychickou, sociální a existencionální dimenzi zdraví. V našich podmínkách jsou nejčastěji využívány tyto tři generické nástroje, které jsou dostupné jak v českém, tak i slovenském jazyce. První European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D), druhý Short Form Health Survey (SF-36) a třetí, který byl vytvořen odezvou na rozsáhlé využívání nástrojů měření kvality života v rámci WHO, známý pod názvem World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL). Již zmiňovaný WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Uvedené dotazníky jsou u nás, podobně jako v zahraničí, považované za zlatý standard měření kvality života (Gurková, 2011).

Autorka práce by věnovala pozornost dotazníku SF-36, který byl vybrán pro výzkum bakalářské práce. Tento dotazník byl vytvořen pro zachycení všeobecných konceptů souvisejících se zdravím, který není specifický pro žádné onemocnění, věk nebo typ léčby. Nástroj hodnotí zdravotní stav jedince. Využívá se v klinické praxi, v oblasti výzkumu. Dotazník obsahuje osm dimenzí rozdělených v 36 položkách. Cílem této metody je zachytit jak fyzické zdraví, tak mentální. Dimenze zahrnují vitalitu, všeobecné zdraví, fyzické fungování, fyzické omezení, duševní zdraví, emoční problém, sociální fungování a tělesnou bolest. Položky se hodnotí na škále od 1 do 5 (Hromádková, 2017; Gurková, 2011).

Originální verze dotazníku SF-36 byla v rámci projektu The International Quality of Life Assesment přeložena, validována a standardizována ve více jak patnácti zemích. Toto je důvodem, proč se právě SF-36 stal jedním z nejpoužívanějších nástrojů v oblasti HRQoL (Gurková, 2011).

Následkem kritiky generických nástrojů zdravotního stavu nastává tvorba specifických nástrojů, které jsou zaměřené na klíčové aspekty, jsou přesnější a lépe hodnotí určitou oblast měření. Tyto dotazníky naopak nedokážou hodnotit všeobecně. Jsou především pro pacienty se specifickými problémy a zjišťuje se dopad těchto obtíží na pacientův život. Nejznámějšími specifickými nástroji jsou QLQ-C30, FACT-G a RSCL (Gurková, 2011).

1.5 Kvalita života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu

Kvalitu života těchto pacientů především ovlivňuje příčina, kvůli které jsou indikováni k totální endoprotéze. V největší míře jde o degenerativní onemocnění, v tomto případě kolenního kloubu v podobě gonartrózy. Gonartróza vede k omezení pohybu v kloubu. Toto onemocnění ovlivňuje složku biologickou, psychickou, sociální i duchovní (Ryba a kol., 2018).

Nemoc s dalšími faktory narušuje nebo mění způsob uspokojování potřeb, a proto pro nemocného uspokojení biologických potřeb zůstává v popředí (Šamánková, 2011).

Do biologické dimenze řadíme spánek a odpočinek. Nemocný pacient má větší potřebu spánku a odpočinku oproti zdravému jedinci. Nedostatek spánku se na pacientovi může projevit nejzřetelněji v chování. Především podrážděností, špatnou náladou a únavou. Pacient s degenerativním onemocněním kolenního kloubu má v důsledku dlouhodobé bolesti sníženou kvalitu života. Následkem bolesti je únava, která ho může omezovat v běžných denních činnostech, což snižuje kvalitu života. U těchto pacientů s degenerativním onemocněním dochází k odlehčování pohybového aparátu, tudíž jsou indikováni k používání kompenzačních pomůcek. Pozornost je nutno věnovat i hygieně nemocného. Pacienti v důsledku nemoci mají sníženou mobilitu, které většinou předchází obezita. Tím může dojít k neschopnosti vykonávání hygienické péče, tudíž vyžadují především od rodiny a v nemocnici pomoc sester. Samozřejmě tento problém má také vliv na kvalitu života jak po stránce biologické, tak psychické. Problémy se vyskytují i u vyprazdňování, jelikož snížená aktivita jedince má za následek sníženou motilitu střev, která se může projevit zácpou. Výživa by měla u pacientů odpovídat racionálním

požadavkům. Je dokázáno že progresse artrózy vzájemně souvisí s BMI. Pacienti, kteří mají BMI vyšší jak 27 budou v budoucnu indikováni k operačnímu řešení zasažených kloubů o deset let dříve, než pacienti s optimální váhou (Kubíček a kol., 2007; Trachtová a kol., 2013; Kalvach, 2011; Mandincová, 2011; Dobírková, 2005).

Psychická dimenze je ovlivňována především prožíváním bolesti u těchto pacientů. Tento problém můžeme zařadit do dimenze biologické, i do psychické. Bolest pacienta velmi negativně ovlivňuje, zatěžuje celý organismus, narušuje pacientův komfort a tím je narušena kvalita života. Bolest u degenerativních onemocnění se považuje za chronickou, tj. bolest trvající déle než půl roku. Chronická bolest se pojí s jistými psychologickými fenomény jako je vyšší míra deprese, vyšší míra konzumace léků atd (Kebza a kol., 2014).

Degenerativní onemocnění má dopad i na sociální dimenzi. Způsobuje dočasnou změnu v prostředí a změnu sociální situace, ve které nemocný žije. Degenerativní onemocnění kolenního kloubu dotyčného omezuje v činnosti své profese, v důsledku onemocnění dojde ke snížení až ztrátě fyzické mobility. Změna zaměstnání může člověka postavit do situace, kdy pociťuje strach, nejistotu, nestabilitu jeho osobnosti a může vést k depresím. Změna v oblasti profese se řadí mezi nejcitlivější důsledky nemoci, které mají velmi negativní dopad na omezení kvality života, jelikož může dojít ke snížení finančních příjmů, které způsobí řadu dalších problémů. Sníženou kvalitu života mohou jedinci pociťovat v oblasti trávení volného času, kdy je nemoc omezuje v aktivitách, společenském i kulturním životu. Tímto dochází k nenaplnění potřeby sociálního kontaktu. Následek je neuspokojení potřeb, které vychází z Maslowovy pyramidy potřeb a tím dochází ke zhoršení kvality života (Tomagová a kol., 2008; Svatová a kol., 2010; Mandincová, 2011).



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (zdroj: mentem.cz)

Duchovní dimenze a její chápání kvality života u degenerativních onemocnění úzce souvisí se spiritualitou nemocného. Snížená mobilita pacienta může například omezit v účasti bohoslužeb v kostele a tím je omezuje v uspokojení spirituálních potřeb (Marková, 2012).

2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENNÍHO KLOUBU

Totální endoprotéza kolenního kloubu neboli aloplastika je chirurgická metoda, při které dochází k výměně postiženého kloubu, a to hlavice a kloubní jamky. Výměna kolenního kloubu spadá mezi nejčastější operace v ortopedii spolu s výměnou kyčelního kloubu. Cílem tohoto operačního zákroku je především odstranění bolesti, obnovení anatomické osy a zlepšení funkce dolní končetiny. Tento výkon zvyšuje kvalitu života a navrácí pacienty do normálního života bez bolesti (Dungl, 2014; Šťastný a kol., 2017).

2.1 Kolenní kloub

Articulatio genus je nejsložitějším a největším kloubem lidského těla. Tento kloub je nazýván kloubem složeným, jelikož se zde stýkají kostní komponenty femuru, tibie, patelly a měkké části nazývané měkké koleno. Je to oficiální název pro pojmenování všech struktur, které nelze určit z rentgenového snímku, tedy chrupavky, menisky, vazy, kloubní pouzdro a svalové úpony (Nýdrle, 2017; Rychlíková, 2019).

Stabilitu kloubu zajišťují pasivní a dynamické stabilizátory. Vazy s tvarem kloubních ploch, kloubní pouzdro a menisky určují pohyb kloubu se zajištěním jeho pasivní stability. Dynamické stabilizátory zajišťují svaly se svými svalovými úpony v oblasti kolena. Menisky jsou pro funkci kolene jedny z nejdůležitějších, jelikož vyrovnávají inkongruenci mezi kloubními plochami femuru a tibie. Zátěž přenáší na kloubní plochy. Pokud dojde k odstranění menisku, veškerá zátěž se přenesse na malou část kloubní plochy, chrupavka je přetížena a následně dochází k degeneraci. Tento děj vede k artrotickému procesu. Dutina kolenního kloubu je ohraničena kloubním pouzdem, jehož vnitřní část je tvořena synoviální výstelkou. Výstelka je propojena s vnitřními a zevními vazy, které tento kloub zpevňují (Nýdrle, 2017; Dungl, 2014; Naňka, 2019).

Základním postavením je přímý stoj, tudíž plná extenze, která se pohybuje v rozmezí 13-15 stupňů. Po extenzi následuje flexe, u které je uváděn pohyb do 120 stupňů a zajišťují ji křížové vazy. Dále kloub umožňuje abdukci, addukci a rotaci (Naňka, 2019; Dylevský, 2009).

Celá váha lidského těla je přenášena na tento kloub, tudíž je kolenní kloub nejvíce přetížen a opotřebován na rozdíl od jiných kloubů těla (Naňka, 2019).

2.1.1 Příčina a léčba onemocnění kolenního kloubu

Mezi nejčastější příčiny onemocnění kolenního kloubu řadíme degenerativní onemocnění pohybového aparátu v podobě gonartrózy. Dále posttraumatickou gonartrózu, deformace, systémová onemocnění v podobě vrozených vad, úrazy a obezitu. Léčba u těchto pacientů se zahajuje léčbou konzervativní, která zahrnuje medikamentózní terapii, používání kompenzačních pomůcek a fyzikální terapii (elektroterapii, působení tepla či chladu, magnetoterapii). V případě, že konzervativní léčba není úspěšná po všech jejích možnostech, přistupuje se k chirurgické léčbě, a to k implantaci totální endoprotézy kolenního kloubu (Dungl, 2014; Rutar, 2019).

2.2 Historie endoprotéz

Dungl (2014) uvádí, že implantát má za sebou velmi dlouhou historii. První experimenty o obnovu degenerovaného a poškozeného kolene se zaznamenávají na přelomu devatenáctého a dvacátého století. První implantát, který nahradil celý kloubní povrch, vyvinuli Waldius a Shiers v roce 1957. Výsledky operací bohužel nebyly příznivé, jelikož byla nutná velká resekce kosti a docházelo k nestabilitě kloubu a omezení pohybu. Za zrod současné éry endoprotéz kolenního kloubu je možno považovat rok 1970, kdy byl prezentován model současných endoprotéz. Náhrada se skládala ze tří komponentů. Z femorální, tibiální a patelární povrchové náhrady s polyetylenovou artikulací plochou, která se zafixovala kostním cementem ke kosti (Dungl, 2014; Karachalios, 2015; Papas, 2018).

2.3 Rozdělení endoprotéz

Existuje několik druhů endoprotéz kolenního kloubu. Dělí se z hlediska rozsahu náhrady, typu kostní fixace, dle pohybu tibiálního artikulárního plata, dle stupně vnitřní stability a designové modifikace endoprotéz (Dungl, 2014; Nýdrle, 2017).

Kloubní materiály, ze kterých jsou endoprotézy vyrobeny se člení na cementované, necementované a hybridní. Unikondylární kloubní endoprotéza se používá při zákroku, kde je postižena pouze určitá část kloubního spojení (Janíček, 2007; Nýdrle, 2017; Dungl, 2014).

Cementovaná endoprotéza je složena z polyetylenové jamky a kovového femorálního komponentu, které jsou během operace zakotveny do kosti cementem. Cement zajišťuje správnou a dlouhotrvající fixaci v kloubu. Kost je před implantací zbavena destruované kostní chrupavky. Výhodou tohoto druhu endoprotézy je okamžitá pevnost zakotvení.

Indikuje se především u starších pacientů okolo 70 let (Rozkydal a kol., 2012; Nýdrle, 2017; Šťastný a kol., 2017; Scheniderová, 2014).

Necementované endoprotézy se charakterizují svým zdrsňeným povrchem obou komponent, na kterém jsou otvory. Princip těchto otvorů spočívá v aktivitě kostních buněk, které mají schopnost do endoprotézy prorůst (osteointegrovat) a tím ji následně ukotvit. Do acetabulární části se připevní polyetylenová jamka. Předpokládá se, že u relativně zdravé kosti dojde k dobrému vhojení komponent, jelikož tento typ endoprotéz je indikován u mladších pacientů, tedy pod 60 let. Nevýhodou je dlouhodobé odlehčování končetiny z důvodu zahojení implantátu, náročná operační technika a velké krevní ztráty (Nýdrle, 2017; Vavřík a kol., 2005; Šťastný a kol., 2017, Scheniderová, 2014).

Hybridní endoprotéza se v současné době stává jednou z nejpoužívanějších a jde o kombinaci dvou typů komponent. Jedná se o kloubní jamku a femorální dřík, kdy komponenta femuru je necementovaná a tibiální komponenta cementovaná, nicméně mírný nános cementu na tibií je z důvodu stability spongiózy. Schopnost kolenního kloubu se tímto zvyšuje v zatížení distální části. Vhodný typ implantátu u pacienta zvolí vždy lékař, jelikož závisí na mnoho faktorech, především věku a zdravotním stavu (Nýdrle, 2017; Oravec a kol., 2010).

2.4 Indikace k totální endoprotéze kolenního kloubu

Indikace k totální endoprotéze kolenního kloubu nastává po selhání konzervativní terapie, změně životního stylu a životosprávy, rehabilitace nebo předešlé chirurgické eventualitě, při které nadále přetrvávají bolesti a snižuje se kvalita života pacienta (Dungl, 2014; Nýdrle, 2017).

Dungl (2014) uvádí základní pilíře, které jsou indikací k totální endoprotéze. Zahrnují: anamnézu, objektivní vyšetření, subjektivní potíže, rentgenový nález a postoj nemocného k operačnímu zákroku.

Osteoartróza – gonartróza se začleňuje mezi degenerativní onemocnění, kdy je zasažen celý kloub. Toto onemocnění se řadí mezi nejčastější indikaci k totální endoprotéze, především u III. a IV. stupně artrózy. Záleží na efektu konzervativní terapie a schopnosti pacienta operačního řešení (Ryba a kol., 2018).

Stupně artrózy:

- 1.stupeň – je charakteristický tím, že chrupavka se ztenčuje a důsledkem je zužování kloubní štěrbiny.
- 2.stupeň – neustále dochází ke zužování štěrbiny, na kloubních plochách se mohou vyskytovat drobné nerovnosti, bývá přítomna i sklerotizace a dochází k tvorbě osteofytů.
- 3.stupeň – v této fázi se kloubní štěrbina stále zužuje, tvoří se osteofyty a objevují se další problémy jako subchondrální skleróza či deformace kloubní jamky a hlavice.
- 4.stupeň – kloubní štěrbina úplně vymizí, na konci kloubů jsou zřetelné deformace, nacházejí se i osteonekrotické změny, cysty, subchondrální skleróza a nadále též osteofyty. V tomto stadiu kloub přestává fungovat (Madar, 2022).

Další nemocnění, u kterých je aloplastika často indikována jsou: posttraumatická gonartróza, revmatoidní artritida, onkologické příčiny, aseptická nekróza, závažný úraz, hemofilická artropatie, vrozené vývojové vady a výrazné deformity kloubů (Dungl, 2014; Iyer, 2017; Scheniderová, 2014; Pagnano, 2018).

National Institute of Health v USA v roce 2003 vymezil prostá racionální kritéria k indikaci totální endoprotézy, které shrnují ve třech následujících bodech:

- Konzervativní terapie nezpůsobuje dostatečnou úlevu a nadále přetrvává trvalá střední až výrazná bolestivost u pacienta.
- Rentgenový snímek jasně určující známky kloubní degenerace.
- Klinicky patrné funkční omezení, která pacientovi snižují kvalitu života (Dungl, 2014; NIH, © 2022).

2.5 Kontraindikace k totální endoprotéze kolenního kloubu

Kontraindikace mohou být v některých případech u pacienta na místě. Většinou se jedná o přidružená onemocnění z interního hlediska. Uschopnění posuzuje vždy lékař podle zdravotního stavu pacienta. Kontraindikace se rozdělují na absolutní a relativní. Absolutní kontraindikace znamená, že absolvování chirurgického výkonu může způsobit poškození zdraví pacienta, včetně úmrtí. Znamená to, že v dané situaci nelze zákrok provést. U relativní kontraindikace je možné operaci provést pouze v případě, že přínos zákroku převažuje nad jeho rizikem (Dungl, 2014; Vavřík a kol. 2005; Vilímovský, 2020; Pagnano, 2018).

Absolutní kontraindikace: zde spadají infekční ložiska v podobě mykóz, bércových vředů, také lokální kožní a kostní nález, které znemožní technický přístup implantace. Dále vaskulární onemocnění jako ischemická choroba dolních končetin, stavy po opakovaných flebotrombózách, ateroskleróza v pokročilém stádiu postihující centrální nervový systém, a kardiopulmonální onemocnění. Absolutní kontraindikací je také špatná kostní tkáň, která neumožní dostatečnou fixaci komponent a dysfunkce extenzorového aparátu (Dungl, 2014; Pagnano, 2018).

Relativní kontraindikace jsou: příliš nízký nebo naopak příliš vysoký věk, akutní i chronické infekce kdekoli v organismu v podobě infekce urogenitálního traktu či zánětem horních cest dýchacích, dále těžší formy diabetu, stavy po prodělaném erysipelu, porucha CNS s neschopností spolupráce po operaci, obezita a těžké formy systémových postižení kostí (Dungl, 2014; Pagnano, 2018).

2.6 Specifika předoperační přípravy před totální endoprotézou kolenního kloubu

Důkladně provedená předoperační příprava před implantací totální endoprotézy kolenního kloubu může výrazně ovlivnit vznik pooperačních komplikací. Do předoperační péče zahrnujeme přípravu všeobecnou nebo speciální, celkovou, místní, medikamentózní, somatickou a psychickou. Dle časového hlediska tuto péči rozdělujeme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Cílem předoperační péče je zajistit nemocnému nejpříjemnější podmínky pro zvládnutí zákroku, nekomplikované hojení rány a pooperační rekonvalescenci (Vytejšková a kol., 2015; Zeman a kol., 2011).

Aby mohl být pacient zařazen do implantačního programu, prvním krokem je posouzení zdravotního stavu před plánovanou operací. Posouzení obsahuje klinické a krevní vyšetření, posouzení možných rizikových faktorů a informací potřebných pro předoperační zhodnocení. Müller (2012) uvádí, že u nemocných s patologií pohybového ústrojí je důkladné anamnestické vyšetření, správná diagnostika onemocnění a jeho příčin velmi podstatným krokem v algoritmu péče o nemocné. Po následném zhodnocení zdravotního stavu je možné, aby byl pacient zařazen do implantačního programu. V tomto předoperačním období jsou pacientovi stanoveny opatření, které by měl do proběhnutí operace splnit, jelikož mohou být kontraindikací operace. A to např. redukce váhy či sanace chrupu z příčiny zánětlivých ložisek (Blažek a kol., 2012; Zeman a kol., 2011).

V současné době je čekací doba na operační výkon 1 až 2 roky. Tato délka čekací doby závisí na odborném lékařském posouzení stavu pacienta, avšak také na současné ekonomické situaci ve zdravotnictví. Po uplynutí čekací doby následuje stanovení přesného termínu operace s naplánovaným předoperačním vyšetřením. Předoperační příprava zahrnuje období od domluvy termínu operace až po přivezení pacienta na operační sál. Všeobecná předoperační příprava je stejná pro všechny. Speciální je pro pacienty, která zohledňuje specifika určitého operačního postupu u daného výkonu (Vytejková a kol., 2015, Janíková a kol. 2011).

2.6.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Standard ministerstva ČR doporučenými postupy České anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) stanovuje předoperační vyšetření. Standard vychází z posouzení a zhodnocení operačního rizika zohledňující další přítomná komplikující onemocnění a stav organismu podle Americké anesteziologické společnosti zvané ASA klasifikace (Vránová, 2013; Ferko a kol., 2015).

ASA klasifikace obsahuje:

- ASA I – normální zdravý pacient, bez komplikujícího onemocnění;
- ASA II – pacient s lehkým onemocněním, které neomezuje výkonnost;
- ASA III – pacient se závažným onemocněním, které omezuje výkonnost;
- ASA IV – těžké celkové onemocnění, které pacienta ohrožuje na životě bez i v souvislosti s operací;
- ASA V – terminální stav pacienta, u něhož je infaustní prognóza;

- ASA VI – pacient, u něhož byla stanovena dle lege artis mozková smrt, a který je dárce orgánů (Ferko a kol., 2015).

K plánovaným operačním výkonům je nutno doporučení od specialisty. V tomto případě od ortopeda. Všeobecná předoperační příprava zahrnuje interní i anesteziologické vyšetření. Interní vyšetření zahrnuje laboratorní vyšetření, které nesmí být starší 14 dnů od termínu operace, u rizikových pacientů je platnost kratší. Dále biochemické vyšetření moči, EKG, RTG srdce, plic a operovaného kolene. Laboratorní vyšetření se skládá z biochemického, hematologického, koagulačního a serologického vyšetření krve. Do speciální přípravy pacienta před totální endoprotézou kolenního kloubu patří také doplňující konsiliární zubní vyšetření na fokusy, bakteriologické vyšetření moči a ORL vyšetření. Pokud lékař určí, že pacient může operaci podstoupit, je pacientovi doporučen odběr autotransfuze, jelikož s tímto typem operace je předpoklad větších krevních ztrát. U odběru se zpravidla jedná o 350-450 ml krve. V anesteziologické předoperační přípravě dochází k indikaci druhu anestezie a předoperační medikamentózní terapie. Druh anestezie zvolí anesteziolog dle zdravotního stavu pacienta. Medikamentózní terapie má za úlohu zmírnit obavy a navodit klidný spánek, který je velice důležitým faktorem před operačním výkonem. U pacientů s diabetem, kteří užívají perorální antidiabetika je potřeba je vysadit a aplikovat intravenózní 10 % glukózu, která je kryta inzulinem podle hodnot glykémie daného pacienta (Ferko a kol., 2015; Vytejková a kol., 2015; Janíková a kol., 2013).

Součástí přípravy je pacientům doporučená bezezbytková dieta, kterou je třeba dodržovat 3 dny před nástupem do nemocnice. Tato dieta se skládá ze stravy, která nezanechává zbytky ve stolici, nedráždí sliznici střev a nevyvolává u pacienta nadýmání. Vhodné potraviny jsou např. libové hovězí a kuřecí maso, ryby, mléčné výrobky, rýže, těstoviny. Naopak nevhodné potraviny jsou např. minerální nápoje, zvířecí maso, sádlo, brambory, kynuté knedlíky, koření, luštěniny, syrové ovoce a zeleninu. Nejvhodnější úprava jídel je vaření, dušení a pečení bez tuku (Milatová a kol., 2019).

Omezená pohyblivost je po operačním výkonu nedílnou součástí a je potřebné pacientům doporučit úpravu domácího prostředí v podobě madel v koupelně i toaletě. Dále vyřešením bezbariérového přístupu, úpravy lůžka a přípravě polohovacích pomůcek (Ferko a kol., 2015; Vytejková a kol., 2015).

Součástí předoperační fáze je nácvik rehabilitace. Cílem předoperační rehabilitace je vycvičit oslabené svalové partie protahováním a posilováním. Nácvik by měl zahrnovat

především posilování gluteálních a břišních svalů, nácvik chůze o berlích a nácvik pohybových stereotypů, které jsou nutné následně pro pooperační stádium rehabilitace. Nácvik rehabilitace pacientům umožní zmírnit strach, jelikož budou připraveni na to, co bude následovat po operaci. Posilování také snižuje riziko vzniku komplikací po operaci a vede k lepší rekonvalescenci. Předoperační plán cvičení zahrnuje: protahování, posilování, koordinační cvičení a propiocepční cvičení. Každá oblast obsahuje několik cviků, které pacientovi pozitivně přispějí k pooperační rekonvalescenci (Honová, 2018).

2.6.2 Krátkodobá předoperační příprava

Období krátkodobé přípravy je vymezeno na 24 hodin před operačním výkonem. Krátkodobá příprava je rozdělena na fyzickou a psychickou. Do fyzické přípravy řadíme výživu a hydrataci. Je nutno informovat pacienta, aby byl lačný 6-8 hodin před samotným výkonem. V oblasti vylučování všeobecná sestra podá čípky či klyzma, aby došlo k důkladnému vyprázdnění střev. Po zhodnocení soběstačnosti sestrou provede pacient celkovou hygienu, pozornost se věnuje i nehtům (odstranění laku), vlasům, u žen odličení obličeje a dezinfekci pupku. Nutností je oholení operačního pole, které musí být řádně čisté a umyté. Šperky, umělý chrup a veškeré osobní věci zůstávají uloženy na pokoji. Dalším úkolem sestry je zajištění prevence tromboembolické nemoci, a to přiložením vysoké bandáže na neoperovanou končetinu. Elastické obinadlo se přikládá od špiček prstů přes nárt, patu, kotník až po tříslu. Další možností je elastická punčocha, která je pro pacienty přijatelnější a jednodušší variantou. U operací s vyšším rizikem tromboembolické nemoci je naordinována antitrombotická profylaxe, která se aplikuje pomocí nízkomolekulárních heparinů. Druh profylaxe je určen dle zvyklostí oddělení. Tato profylaxe by měla většinou trvat do doby, kdy u pacienta nedojde k plné aktivitě (Vytejková a kol., 2015; Janíková a kol., 2013; Scheniderová, 2014; Lošťák a Gallo, 2017).

Večer před operací je pacientovi podána prepremedikace dle ordinace lékaře, která je důležitá pro klidný spánek a odpočinek. Medikaci naordinuje anesteziolog den před výkonem z důvodu zvládnutí stresu před samotnou operací (Vytejková a kol., 2015; Scheniderová, 2014).

Jisté obavy a strach se u operovaného vyskytují, proto v této fázi dáme prostor k dotazům a vysvětlení nejasností, kladené ze strany pacienta. Cílem psychické přípravy je minimalizace obav a strachu z operace (Vytejková a kol., 2015; Scheniderová, 2014).

Posledním krokem sestry je kontrola informovaných souhlasů, a to s operačním výkonem, s podáním anestezie, s podáním transfuze a výsledky vyšetření. Cennosti a větší obnosy peněz se proti podpisu uschovají do trezoru (Vytejková a kol., 2015; Scheniderová, 2014).

2.6.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední příprava je stanovena přibližně 2 hodiny před operačním zákrokem. Součástí je veškerá kontrola dokumentů pacienta, kontrola operačního pole včetně označení, kontrola bandáže na neoperované končetině, kontrola lačnění a chrupu. Speciální požadavek ze strany chirurga bývá zavedení permanentního močového katetru u starších pacientů, který je ponechán na nezbytnou dobu. Nevyhnutelnou součástí je zavedení periferního žilního katetru, nejlépe na neoperovanou končetinu, které provede všeobecná sestra. Dále se zhodnotí fyziologické funkce, podá premedikace a aplikují se antibiotika dle ordinace lékaře. Premedikace se podává před operačním výkonem, aby byl nemocný zbaven napětí, strachu a byl zklidněn před úvodem do anestezie. V této fázi se u diabetických pacientů podá 10% glukóza krytá inzulínem. Tito pacienti jsou v operačním programu řazeni na první místo. Po zkontrolování všech nezbytností je pacient v doprovodu sestry zavezen do předsálí operačního sálu a je spolu s dokumentací (včetně stranového protokolu) předán anesteziologické sestře. Znovu proběhne kontrola informací o pacientovi. Jeho jméno, věk, diagnóza, o jaký výkon se jedná a která končetina bude operována. Po kontrole se pacient svlékne, překryje se a je převezen na operační sál (Vytejková a kol., 2015; Ferko a kol., 2015).

Stranový protokol je vytvořen k zamezení záměny stran u diagnostických a terapeutických zákroků u párových orgánů. Principem stranového protokolu je několikastupňová kontrola informací před vlastním provedení výkonu, součástí je i označení strany operace (Pniak, 2008).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

3.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl:

Zjistit a posoudit kvalitu života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu.

Dílčí cíl:

1. Posoudit úroveň kvality života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu pomocí standardizovaného dotazníku Short Form Health Survey (SF-36) v osmi dimenzích:
 - **Dimenze fyzická aktivita**
 - Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?
 - **Dimenze omezení fyzického fungování**
 - Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?
 - Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?
 - Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?
 - Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?
 - Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?
 - **Dimenze emoční problémy**
 - Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?
 - Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?
 - Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?
 - Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?

- **Dimenze vitality**
 - Jste se cítil(a) pln(a) elánu?
 - Jste byl(a) pln(a) energie?
 - Jste se cítil(a) vyčerpan(a)?
 - Jste se cítil(a) unaven(a)?

- **Dimenze duševního zdraví**
 - Jste byl(a) velmi nervózní?
 - Jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?
 - Jste pociťoval(a) klid a pohodu?
 - Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?
 - Jste byl(a) šťastný(á)?

- **Dimenze společenské aktivity**
 - Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?
 - Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

- **Dimenze tělesné bolesti**
 - Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?
 - Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

- **Dimenze všeobecného zdraví**
 - Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově?
 - Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé?
 - Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný?
 - Očekávám, že se mé zdraví zhorší?
 - Mé zdraví je perfektní?

3.2 Metodika výzkumu

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byla zvolena metoda kvantitativní. *„Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Kvantitativní výzkum pracuje se statistickými jednotkami, které třídí“* (Kutnohorská, 2009).

Kvantitativní šetření bylo provedeno technikou standardizovaného dotazníku, který byl doplněn o otázky vlastní konstrukce. Ke zjištění kvality života ve spojitosti se zdravím byl použit standardizovaný dotazník Short-Form 36 (SF-36).

Dotazník, který byl zvolen k výzkumnému šetření je sestaven ze 40 otázek a je zcela anonymní. V úvodu dotazníku jsou respondenti (pacienti) seznámeni s účelem vytvoření dotazníku, sběru dat a také s anonymitou poskytovaných informací. Dále je představena autorka spolu s vedoucím práce. Otázky vlastní konstrukce (č. 1–4) byly vytvořeny k získání sociodemografických údajů a k získání dat, zda se kvalita života respondentů v období čekání na operační výkon zhoršila. Otázky č. 1, 2, a 4 jsou uzavřené s výběrem několika možností a otázka číslo 3 je otevřená. Následující otázky (č. 5–40) byly použity ze standardizovaného dotazníku SF-36 ke zjištění kvality života tázaných respondentů. Všechny otázky jsou povinné. Typ otázek je uzavřený, tudíž respondent vybral pouze jednu odpověď.

3.3 Short Form Health Survey – 36

SF – 36 je zkrácenou verzí generického dotazníku k hodnocení kvality života. Tento dotazník je určen pro respondenty od věku 14 let pro samo vyplňování u rozdílných typů onemocnění a léčby. Délka vyplnění je okolo 20 minut (Šťastná, 2008).

Dotazník SF – 36 byl vytvořen autorským kolektivem Ware et al. v roce 1992. Byl navržen k použití v klinické praxi – screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu, Health Policy Evaluations – porovnání léčebných nákladů různých nemocí a monitorování kvality života specifických a obecných populací. Originální verze byla v rámci projektu The International Quality of Life Assessment přeložena, validována a standardizována ve více než 15 zemích. Copyright na SF – 36 je majetkem neziskové organizace Medical Outcomes Study Trust. Nástroj spravuje nezisková organizace RAND. Překladem v České republice se zabývali např. P. Petr z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích nebo Z. Sobotík z lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové (Gurková, 2011; Šťastná, 2008).

3.3.1 Metodika SF – 36

Dotazník kvality života SF – 36 (viz P1) je složen ze 36 položek rozdělených do 8 dimenzí: fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví. Každá otázka obsahuje několik navržených odpovědí, které jsou na principu škálové stupnice s bodovým hodnocením 1-5 bodů, a to: výtečné – 1, velmi dobré – 2, dobré – 3, docela dobré – 4, špatné – 5 (Vaňurová a kol., 2005).

Charakteristika jednotlivých dimenzí:

Fyzické fungování (Physical functioning) – je podstatným aspektem lidského života, v dotazníku je zahrnuto 10 otázek zjišťujících způsobilost osoby vypořádat se s fyzickými požadavky na život. Těmi jsou obvyklé denní činnosti – chůze po rovině a do schodů, koupání, nakupování nebo shýbání a klekání bez cizí pomoci (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Fyzická omezení (Role-physical) – tato část zahrnuje 4 otázky a vyhodnocuje, do jaké míry je omezená běžná činnost z příčiny fyzického zdraví a psychických problémů. Zda se nemocnému v posledních 4 týdnech zkrátil čas věnovaný úklidu, udělal méně práce a jestli se u něj vyskytlo omezení při vykonávání práce nebo jiných činností (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Tělesná bolest (Bodily pain) – zahrnuje 2 otázky, ve kterých se zaměřuje na intenzitu bolesti a zhoršený komfort, které osobu omezují ve vykonávání každodenních činností (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Všeobecné zdraví (General health) – posuzuje obecné zdraví v oblasti osobního vnímání a je zahrnuta v 5 otázkách. Otázkami se zjišťuje, co si o svém zdravotním stavu myslí sám nemocný – co od svého zdraví očekává (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Vitalita (Vitality) – tato část zahrnuje 4 otázky v dotazníku, které hodnotí duševní stav pacienta za poslední 4 týdny. Jestliže se cítil vyčerpaný či pociťoval únavu. Jsou zde zahrnuty i otázky pozitivní. Zda byl pacient šťastný nebo plný elánu (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Sociální fungování (Social functioning) – je dotazováno ve 2 otázkách, obě se zajímají o změnu u pacienta ve společenském životě, mezi přáteli a rodinou. Rozdíl mezi nimi je, že první otázka zjišťuje, do jaké míry bránily zdravotní a emocionální obtíže v posledních 4 týdnech a druhá jak často (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Emoční problémy (Role-emotional) – tato oblast obsahuje 3 otázky zaměřující se na změny v provádění každodenních činností v důsledku depresí či úzkosti. Jestliže se pacientovi zkrátil čas věnovaný práci a zda byl při práci méně pozorný než obvykle (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Duševní zdraví (Mental health) – zde se zjišťuje psychické zdraví v závislosti na základním onemocnění. Zda pacient trpí depresemi či úzkostmi. Tato oblast obsahuje 3 otázky (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Dotazník SF – 36 obsahuje jednu položku, která se nezařazuje do žádné z dimenzí. Ptá se respondentů na změny jejich zdraví za poslední rok. Oblast, do které je otázka zahrnuta, může být analyzována jako kategoriální proměnná, jako normální úroveň zdraví (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

3.3.2 Vyhodnocení SF – 36

Otázky v jednotlivé dimenzi jsou nejdříve ohodnoceny body, následně sečteny a výsledná hodnota je transformována na škálu 0 až 100. Hodnota 100 bodů signalizuje lepší kvalitu života, naopak hodnota nižší, uváděna pod 50 bodů se pokládá za podprůměrnou, což naznačuje horší kvalitu života. V České republice je Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR vytvořena tabulka k výpočtu skóre z dotazníku, který využívá funkce MS Excel. Tato tabulka je určena k ulehčení vyhodnocování a sjednocuje získané výsledky. Skóre pod 50 může být interpretováno pod normou obecné populace. Takto získáme jednu hodnotu pro každý oddíl a těmito 8 výslednými hodnotami je popsán pacientův zdravotní stav. Dotazník lze dále vyhodnocovat buď jako celek, nebo ponechat výsledky za každou dimenzi zvlášť (Šťastná, 2008).

3.4 Charakteristika respondentů

Pro vyplnění dotazníku byla stanovena kritéria.

Kritéria výběru jsou následující:

- osoby starší 18 let;
- muži i ženy;
- hospitalizovaní pacienti, kteří jsou již přijati k operaci totální endoprotézy kolenního kloubu;
- hospitalizovaní pacienti, kteří mají zájem a ochotu podílet se na výzkumu.

3.5 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován ve zdravotnických zařízeních od listopadu 2022 do ledna 2023. Dotazník byl autorkou práce rozdán v tištěné formě na ortopedických odděleních staničním sestřám. Staniční sestra, zdravotní sestry a studenti všeobecného ošetřovatelství na praxích rozdávali pacientům dotazníky při příjmu k totální endoprotéze kolenního kloubu. Během výzkumu byly splněny všechny podmínky, a to: anonymita i soubor respondentů. Anonymita zajištěna pomocí papírové obálky na odděleních, kde pacienti vraceli vyplněné dotazníky. Výzkum probíhal na lůžkových odděleních ortopedie, a to v Uherskohradištské nemocnici a.s., Nemocnici Kyjov, příspěvková organizace, Krajské nemocnici T. Bati, a.s. ve Zlíně a v Nemocnici Vyškov, příspěvková organizace. Sběr dat v těchto zařízeních byl povolen náměstkem a náměstkyněmi pro ošetřovatelskou praxi. Podpisy se souhlasem

k výzkumu jsou uchovány u autorky práce. V zařízeních bylo celkem rozdáno 125 dotazníků, návratnost činila 113 dotazníků. Dohromady 13 dotazníků bylo z výzkumného šetření vyřazeno. Důvod vyřazení byl ve všech případech z neúplného vyplnění údajů. K výzkumnému šetření bylo tedy celkem použito 100 řádně vyplněných dotazníků. Úspěšnost vyplnění odpovídá 80 %. Pro hodnocení práce bylo pokládáno 100 dotazníků za 100 %.

3.6 Zpracování získaných dat

Získaná data byla rozkódována a zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word a následně vložena do tabulek a grafů, které byly doplněny popisem. Odpovědi ze standardizovaného dotazníku (SF-36) byly zpracovány zvlášť, skóre u jednotlivých respondentů, v dané oblasti a celkové skóre. SF-36 byl vyhodnocen podle metodiky pokynů pro vyhodnocení již zmiňované tabulky vytvořené Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, který také využívá funkci MS Excel a kvalitu života v daných oblastech vyjadřuje v procentech. Průměrné skóre z jednotlivých dimenzí bylo získáno za pomoci funkce „PRŮMĚR“, také v programu Microsoft Office Excel. Výsledky byly interpretovány společně s výsledky z otázek vlastní konstrukce. Byla realizována popisná analýza vzorku/souboru a výsledky byly vyjádřeny jako počet případů v absolutní/relativní četnosti (ÚZIS, 2018).

4 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Analýza sociodemografických údajů je důležitou součástí výzkumu, dle kterého jsme zkoumali i kvalitu života.

4.1 Řazení do absolutních a relativních četností

Získaná data jsou uspořádána podle položek dotazníku a otázky zůstávají v primárním znění. Výsledky jsou znázorněny v jednotlivých tabulkách pro lepší přehlednost. V tabulkách je uvedena absolutní četnost, což znázorňuje počet respondentů a relativní četnost znázorněna v procentech.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Muži	45	45 %
Ženy	55	55 %
Celkem respondentů	100	100 %

Komentář: Z celkového počtu 100 respondentů bylo 45 mužů (45 %) a 55 žen (55 %) (viz Tabulka 1).

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

Tabulka 2 Věk respondentů

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
18–35 let	0	0 %
36–45 let	2	2 %
46–60 let	26	26 %
61–79 let	65	65 %
80 a více let	7	7 %
Celkem respondentů	100	100 %

Komentář: Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) byla nejvíce zastoupena skupina 65 respondentů (65 %) ve věku 61–79 let. Jako druhá početnější skupina byla zastoupena 26 respondenty (26 %) ve věku 46–60 let. Následovala skupina ve věku 80 a více let –

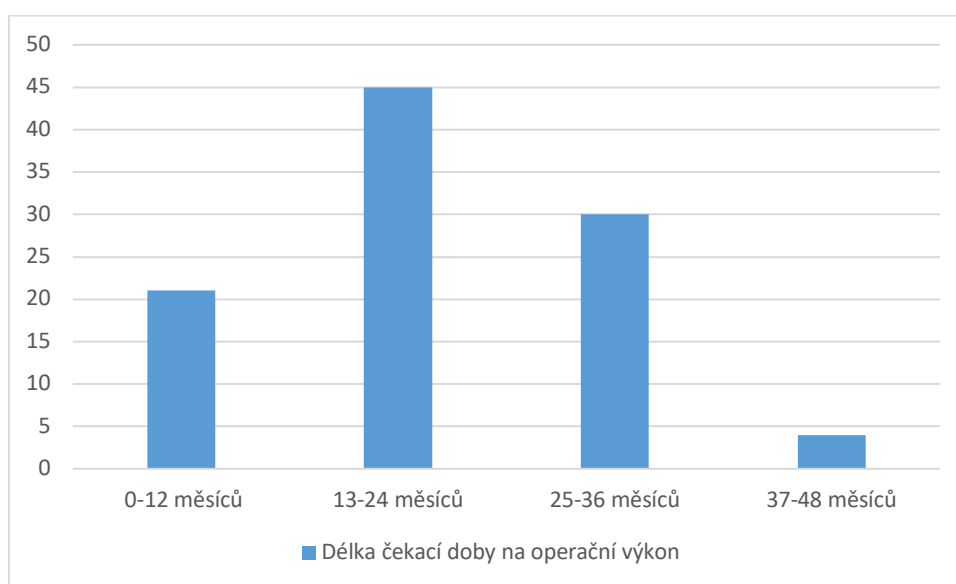
7 respondentů (7 %) a dva respondenti (2 %) ve věku 36-45 let. Skupinu ve věku 18-36 let nezastoupil nikdo, tudíž 0 % (viz Tabulka 2).

Otázka č. 3: Uveďte délku čekací doby na operační výkon s přesností na roky nebo měsíce.

Tabulka 3 Čekací doba na operační výkon

	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-12 měsíců	21	21 %
13-24 měsíců	45	45 %
25-36 měsíců	30	30 %
37-48 měsíců	4	4 %
Celkem respondentů	100	100 %

Komentář: Soubor tvořilo celkem 100 respondentů (100 %). Z celkového počtu bylo zjištěno, že nejvíce je zastoupena čekací doba do 2 let, kterou označilo 45 respondentů (45 %). Následně 30 respondentů (30 %) označilo čekací dobu do 3 let a 21 respondentů (21 %) do 1 roku. Nejdelší čekací dobu a to do 4 let označili 4 respondenti (4 %) (viz Tabulka 3). Nejkratší uvedená čekací doba na operační výkon jsou 2 měsíce a naopak nejdelší 48 měsíců. Kategorizace výsledků uzpůsobena dle nejčastějších odpovědí respondentů.



Graf 1 Čekací doba na operační výkon

Otázka č. 4: Zhoršila se kvalita života v období čekání na operační výkon?

Tabulka 4 Zhoršení kvality života v období čekání na operační výkon

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	60	60 %
Spíše ano	37	37 %
Určitě ne	1	1 %
Spíše ne	2	2 %
Celkem respondentů	100	100 %

Komentář: 60 respondentů (60 %) z celkového počtu 100 respondentů (100 %) označilo určitě ano, 37 respondentů (37 %) spíše ano, 1 respondent (1 %) určitě ne a 2 respondenti (2 %) označili spíše ne (viz Tabulka 4). Ze subjektivního hodnocení respondentů vyplývá, že čekací doba má vliv na zhoršení kvality života, jelikož více než polovina respondentů (60 %) zaznačila odpověď „Určitě ano“ a 37 respondentů (37 %) „Spíše ano“.

4.2 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku kvality života SF-36

V této části autorka práce prezentuje výsledky uskutečněného výzkumu prostřednictvím standardizovaného dotazníku SF-36 ve všech jeho 8 dimenzích. Standardizovaný dotazník SF-36 hodnotí jednotlivé oblasti lidského života v procentech, a tak získáme několik hodnot, které představují zdravotní stav respondenta. Uvádí se, že 50 % je mezník a hodnoty nižší signalizují nedostatečnou kvalitu života. Tento standardizovaný dotazník obsahuje jednu položku, která se neřadí ani do jedné z dimenzí. V hodnocení skóre je pojmenována jako změna zdraví. Tato otázka charakterizuje současný stav ve srovnání před rokem.

Položka č. 1 – První dimenze dotazníku SF-36 se věnuje fyzické aktivitě nemocného. Z odpovědí plyne, že více než polovina respondentů (72 %) má skóre pod 50 %, což signalizuje neuspokojivou kvalitu života v oblasti fyzické aktivity, která je hodně omezuje. Odpověď omezuje trochu volilo 27 respondentů (27 %) a pouze 1 respondent volil, že ho fyzická aktivita neomezuje (viz Tabulka 5). Průměrné skóre fyzické aktivity je 37,9 %, tudíž podprůměrné.

Tabulka 5 Fyzická aktivita

Dimenze: Fyzická aktivita	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0-25 %	33	33 %
26-50 %	39	39 %
51-75 %	27	27 %
76-100 %	1	1 %

Položka č. 2 – Tato dimenze se zabývá omezením fyzické aktivity. Více než polovina respondentů (75 %) odpověděla, že omezení fyzické aktivity je do 25 %, tudíž signalizující nedostatečnou kvalitu života. Dalších 6 respondentů (6 %) uvádí omezení při práci nebo jiných běžných denních činnostech do 50 %. Omezení ve fyzické aktivitě do 75 % uvedlo 12 respondentů (12 %) a do 100 % pouze 7 respondentů (7 %) (viz Tabulka 6). Průměrné skóre respondentů, zda je omezují běžné denní činnosti je 25 %, tudíž pod hranicí neuspokojující kvality života.

Tabulka 6 Omezení fyzické aktivity

Dimenze: Omezení fyzické aktivity	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0-25 %	75	75 %
26-50 %	6	6 %
51-75 %	12	12 %
76-100 %	7	7 %

Položka č. 3 – Otázka zjišťuje emocionální potíže, zda překážely při běžných denních činnostech či nikoli. Žádné omezení psychickými problémy uvedlo 35 respondentů (35 %). Menší emoční problémy, které je omezovaly uvedlo 25 respondentů (25 %). Zhoršený problém uvedlo 22 tázaných (22 %) a neúnosný 18 tázaných (18 %). Průměrné skóre je 59 %. Nejnižší hodnota byla zastoupena 0 % a nejvyšší 100 %, tudíž bez problému. I když průměrné skóre (59 %) signalizuje nadprůměrnou kvalitu života, z výzkumu nelze vyhodnotit, zda emoční problémy respondentům narušují kvalitu života, jelikož procentuální výsledky ukazují podobně častou volbu od 0 % do 100 %. Tato tabulka pojímá pouze čtyři procentuální hodnoty, jelikož u těchto otázek nešla získat jiná hodnota, než je uvedená v Tabulce 7.

Tabulka 7 Emoční problémy

Dimenze: Emoční problémy	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0 %	18	18 %
33 %	22	22 %
67 %	25	25 %
100 %	35	35 %

Položka č. 4 – Tato položka zahrnuje otázky týkající se vitality. Nejvíce respondentů uvedlo, že jejich vitalita je v rozmezí 26–50 %, což není dostačující (viz Tabulka 8). Nejvyšší dosaženou hodnotou bylo 80 %. Plný počet vitality neuvedl žádný z tázaných. Naopak nejnižší dosaženou hodnotou bylo 5 %. Průměrné skóre je 41,5 %. Z výzkumu vyplývá, že kvalita života respondentů v oblasti vitality se nachází lehce pod průměrem „lepší kvality života“.

Tabulka 8 Vitalita

Dimenze: Vitalita	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0-25 %	23	23 %
26-50 %	51	51 %
51-75 %	22	22 %
76-100 %	4	4 %

Položka č. 5– Tato položka obsahuje otázky zaměřené na duševní zdraví. V této dimenzi uvedlo 54 respondentů (54 %), že jejich duševní zdraví je na úrovni 51–75 %, což je pod hranicí „lepší kvality života“. Duševní zdraví na výborné úrovni označilo 26 respondentů (26 %). Část tázaných (17 %) uvedla, že jejich psychické zdraví není uspokojivé a 3 respondenti (3 %) vnímají své duševní zdraví v rozmezí 0-25 % jako velmi neuspokojivé (viz Tabulka 9). Průměrné skóre činí 41,5 %. Z našeho výzkumu plyne, že duševní zdraví respondentů je pod hranicí 50 %, proto kvalita života v této oblasti je neuspokojivá.

Tabulka 9 Duševní zdraví

Dimenze: Duševní zdraví	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0-25 %	3	3 %
26-50 %	17	17 %
51-75 %	54	54 %
76-100 %	26	26 %

Položka č. 6 – Otázka zjišťuje, zda respondenti jsou omezeni v sociálním fungování. Necelých 15 % respondentů uvedlo, že zdravotní či emocionální potíže vůbec nebrání jejich společenské aktivitě (viz Tabulka 10). Průměrné skóre je 52,8 %. Lze tedy vidět, že u pacientů čekající na operaci totální endoprotézy kolenního kloubu se nachází omezení ve společenské aktivitě, i když průměrné skóre je nad 50 procenty.

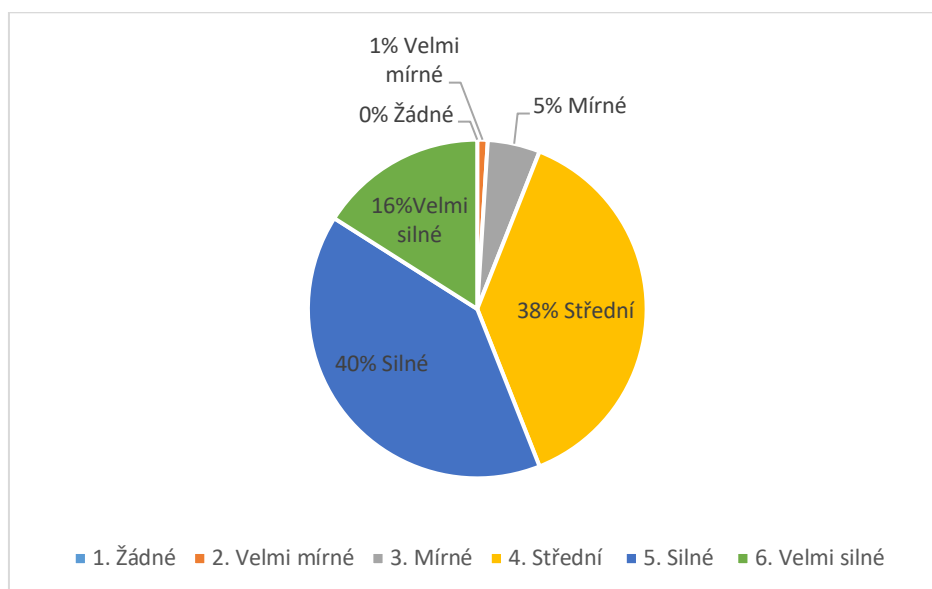
Tabulka 10 Společenská aktivita

Dimenze: Společenská aktivita	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0-25 %	24	24 %
26-50 %	35	35 %
51-75 %	27	27 %
76-100 %	14	14 %

Položka č. 7 – Bolest se řadí mezi jeden z nejvýznamnějších faktorů kvality života. Z výsledků vyplývá, že bolest většinu tázaných omezuje. Nejvíce zastoupené hodnoty jsou v rozmezí 0-25 %, kterou označilo 53 respondentů (53 %) a v rozmezí 26-50 % označenou 38 respondenty (38 %). Pouze 2 respondenti (2 %) označili, že bolest je neomezuje a 7 respondentů (7 %) se řadí pod hranici „lepší kvality života“ (viz Tabulka 11). Průměrné skóre je 28,6 %. Z našeho výzkumu vyplývá, že bolest velmi omezuje kvalitu života. Procenta v grafu jsou vyjádřeny v relativní četnosti ze souboru 100 respondentů (100 %), tudíž vykazují odlišné procentuální hodnoty od tabulky (Tab. 11), která je vyhodnocena dle metodiky SF-36.

Tabulka 11 Tělesná bolest

Dimenze: Tělesná bolest	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-25 %	53	53 %
26-50 %	38	38 %
51-75 %	7	7 %
76-100 %	2	2 %



Graf 2 Tělesná bolest

Položka č. 8 – Tato dimenze se týká všeobecného zdraví, co si sám o něm respondent myslí. Nejvíce zastoupené skóre je v 51-75 %, na kterou odpovědělo 48 respondentů (48 %). Druhá početnější skupina 35 respondentů (35 %) se zastupuje v rozmezí v 26-50 %. Pouze 7 respondentů (7 %) své zdraví vnímá jako uspokojivé a 10 respondentů (10 %) jako neuspokojivé. Průměrné skóre činí 52,7 %. Z výsledků vyplývá, že respondenti vnímají všeobecné zdraví nad průměrem (52,7 %), tudíž kvalita života v této oblasti je uspokojivá (viz Tabulka 12).

Tabulka 12 Všeobecné zdraví

Dimenze: Všeobecné zdraví	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0-25 %	10	10 %
26-50 %	35	35 %
51-75 %	48	48 %
76-100 %	7	7 %

Položka č. 9 – Poslední položkou standardizovaného dotazníku SF – 36 je zaměření na vnímání změny zdraví ve srovnání se stavem před rokem. Nejvíce respondentů (43 %) odpovědělo, že jejich zdraví se o 75 % změnilo. 23 respondentů (23 %) odpovědělo, že jejich zdraví ve srovnání se stavem před rokem je o 100 % horší. Poněkud lepší, než před rokem označilo 6 respondentů (6 %) a přibližně stejné jako před rokem zastupuje 28 respondentů (28 %). Ani jeden respondent neoznačil, že zdraví je mnohem lepší než před rokem (viz Tabulka 13). Průměrné skóre signalizující nedostačující kvalitu života je 29,3 %.

Tabulka 13 Změna zdraví

Dimenze: Změna zdraví	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0 %	23	23 %
25 %	43	43 %
50 %	28	28 %
75 %	6	6 %
100 %	0	0 %

4.2.1 Hodnocení celkového psychického a fyzického zdraví

Tabulka 14 Průměrné skóre psychického a fyzického zdraví

	Celkové psychické zdraví	Celkové fyzické zdraví
Muži	51,3 %	29,4 %
Ženy	55,6 %	31,4 %
Průměrné skóre	53,7 %	30,5 %

Komentář: Celkové psychické zdraví se skládá z 5 dimenzí a to: vitalita, emoční problémy, duševní zdraví, společenská aktivita a všeobecné zdraví. Celkové fyzické zdraví zahrnuje 3 dimenze a to: fyzickou aktivitu, omezení fyzické aktivity a tělesnou bolest. Z výzkumu vyplývá, že celkové psychické zdraví je na úrovni 53,7 %, tudíž lehce nad průměrnou hranicí kvality života. Celkové fyzické zdraví signalizuje špatnou kvalitu života, jelikož průměrné celkové skóre dimenzí je 30,5 % (viz Tabulka 14).

4.2.2 Index kvality života

Tabulka 15 Index kvality života

Index kvality života	Průměrné skóre
Muži	43,1 %
Ženy	46,5 %
Celkový index kvality života	45 %

Komentář: Index kvality života zahrnuje všech 8 dimenzí. Výsledné skóre se vypočítává jako průměr ze všech 8 dimenzí. Čím je výsledné skóre vyšší, tím je i kvalita života lepší. Index kvality života u žen činí 46,5 %, u mužů 43,1 %, tudíž pod hranicí 50 %. Z těchto výsledků je zřejmé, že kvalita života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu je pod hranicí průměrné kvality života, což signalizuje neuspokojivou kvalitu života (viz Tabulka 15).

4.2.3 Průměrné skóre ve všech 8 dimenzích

Tabulka 16 Průměrné skóre všech dimenzí

Dimenze	Průměrné skóre
Fyzická aktivita	37,9 %
Omezení fyzické aktivity	25 %
Emoční problémy	59 %
Vitalita	41,5 %
Duševní zdraví	41,5 %
Společenská aktivita	52,8 %
Tělesná bolest	28,6 %
Všeobecné zdraví	52,7 %

Komentář: Nejhůře hodnocenou dimenzí je tělesná bolest, kde průměrné skóre činí 28,6 %. Naopak lépe hodnocené dimenze jsou emoční problémy, společenská aktivita a všeobecné zdraví (viz Tabulka 16).

DISKUZE

Bakalářská práce byla zaměřena na zmapování úrovně kvality života námi oslovených respondentů, tj. hospitalizovaní pacienti čekající na operaci totální endoprotézy kolenního kloubu. Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku SF-36, který byl doplněn o 4 otázky vlastní konstrukce.

Hlavním cílem práce bylo zjistit a posoudit kvalitu života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 100 respondentů (100 %). Z toho 45 mužů (45 %) a 55 žen (55 %). Nejpočetnější věková kategorie byla vyzkoumána v rozmezí 61-79 let, na kterou odpovědělo 65 respondentů (65 %). Druhá nejpočetnější kategorie byla v zastoupení 46-60 let v počtu 26 respondentů (26 %).

Na otázku týkající se délky čekací doby na operační výkon, 45 tázaných (45 %) odpovědělo 13-24 měsíců, tudíž necelá polovina respondentů. Druhá nejpočetnější skupina byla v rozmezí 25–36 měsíců, na kterou odpovědělo 30 respondentů (30 %). Z našeho výzkumu vyplývá, že průměrná čekací doba na implantaci totální endoprotézy kolenního kloubu je 22,2 měsíců.

Otázka zjišťující subjektivní hodnocení respondentů, a to, zda se v období čekání na operační výkon totální endoprotézy kolenního kloubu kvalita života u respondentů zhoršila, uvedlo 60 respondentů (60 %) „Určitě ano“, 37 respondentů (37 %) „Spíše ano“, 1 respondent (1 %) „Určitě ne“ a 2 respondenti uvedli „Spíše ne“. Ze získaných dat subjektivního hodnocení respondentů vyplývá, že čekací doba na operační výkon jednoznačně ovlivňuje kvalitu života.

Dílčím cílem č.1 bylo posoudit úroveň kvality života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu pomocí standardizovaného dotazníku Short Form Health Survey (SF-36) v osmi dimenzích. Ze získaných dat lze zhodnotit jednotlivé dimenze, do kterých je standardizovaný dotazník rozdělen. První zkoumaná oblast se zabývala fyzickou aktivitou respondentů. Z odpovědí je zřejmé, že pacienti před operací totální endoprotézy kolenního kloubu mají omezenou fyzickou aktivitu, a to na takové úrovni, že více než polovina respondentů (72 %) volila odpověď pod 50 %. Jestliže se jedná o omezení ve fyzické aktivitě, respondenti (75 %) nejčastěji volili, že omezení fyzické aktivity se rovná 0-25 % z možného hodnocení do 100 %, což jsme předpokládali. Z celkového počtu respondentů více než polovina tj. (81 %) zaznačila odpověď do 50 %.

Domnívali jsme se, že kvalita života v dimenzi omezení fyzické aktivity, bude hůře hodnocena u žen než mužů. Výzkum nám potvrdil pravý opak. Průměrné skóre u žen činí 40 % a u mužů 35 %. Kvalita života v oblasti omezení fyzické aktivity je podprůměrná u obou pohlaví, avšak lépe ji snášejí ženy. V oblasti zjišťující emocionální potíže, zda překážely při běžných denních činnostech či nikoli více jak polovina respondentů (60 %) uvádí hodnotu nad 50 %, tedy signalizující dobrou kvalitu života. Naopak další část respondentů (40 %) uvádí hodnotu do 50 %, tudíž podprůměrnou. I když průměrné skóre (59 %) signalizuje nadprůměrnou kvalitu života, tuto dimenzi nemůžeme jednoznačně vyhodnotit, jelikož výsledky ukazují obdobné procentuální hodnoty od 0-100 %. Tudíž části respondentům emoční problémy narušují kvalitu života a druhé části nikoliv. Výsledky výzkumu nás překvapily, jelikož jsme předpokládali, že oblast týkající se emocionálních problémů bude signalizovat kvalitu života pouze do 50 %, tudíž nedostačující. Vitalita se zastavila na úrovni 26-50 % v počtu 51 respondentů (51 %). Průměrné skóre vitality je 41,5 %. Z odpovědí vyplývá, že kvalita života v oblasti vitality je lehce pod průměrem „lepší kvality života“. Oblast duševního zdraví je nejčastěji popisována v rozmezí 51–75 %, ale průměrné skóre duševního zdraví činí 41,5 %, tudíž neuspokojující. Ze získaných dat není úplně jednoznačné, do jaké míry omezuje kvalitu života respondentům společenská aktivita, neboť tabulka ukazuje podobně častou volbu od 0 % do 75 %. Více jak polovina tázaných (59 %) uvádí omezení v této oblasti do 50 %. Naopak 41 % tázaných uvádí kvalitu života v této oblasti nad 50 %. Ačkoli průměrné skóre (52,8 %) značí nadprůměrnou kvalitu života, z výsledků výzkumu tak nelze určit. Dimenzi tělesné bolesti řadíme z výzkumného šetření jako nejhůře hodnocenou, jelikož většina respondentů (91 %) zaznačila odpověď do 50 %, což není uspokojivý výsledek. Průměrné skóre tělesné bolesti je 28,6 %, tedy velmi pod průměrem. Je evidentní, že míra bolesti je jedním z podstatných faktorů ovlivňující kvalitu života. Výzkum potvrdil naši domněnku, jelikož jsme předpokládali, že bolest se bude řadit mezi nejhůře hodnocenou dimenzi. Z pohledu snášenlivosti naše studie ukazuje, že ženy snášejí bolest lépe než muži. Ženy na úrovni 30 % a muži 26 %. Matiko (2014) ve svém výzkumu uvádí, že muži mají vyšší práh bolesti, ale snášejí ji hůře než ženy, což koresponduje s výsledky naší studie, která toto tvrzení prokazuje. Oblast všeobecného zdraví se řadí mezi ty lépe hodnocené. Respondenti nejčastěji volili, že všeobecné zdraví se rovná 51–75 % z možného hodnocení do 100 %, tudíž nad průměrem. Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondenti vnímají všeobecné zdraví nad průměrem (52,7 %), tudíž kvalita života v této oblasti je uspokojivá. Výsledky z oblasti všeobecného zdraví nás překvapily, jelikož jsme předpokládali, že hodnoty se budou nacházet pod

průměrem, nicméně výzkum potvrdil opak. Průměrné skóre celkového psychického zdraví je 53,7 %, tedy lehce nad průměrem. Naopak celkové fyzické zdraví zastupuje průměrnou hodnotu 30,5 %, což je velmi pod průměrem a signalizuje nedostatečnou kvalitu života. Poslední položkou ze standardizovaného dotazníku SF – 36 je zaměření na vnímání změny zdraví ve srovnání se stavem před rokem, která se neřadí ani do jedné z dimenzí. 43 respondentů (43 %) odpovědělo, že jejich zdraví je poněkud horší než před rokem (změna o 75 %). 28 respondentů (28 %) označilo, že jejich zdraví je přibližně stejné jako před rokem. Mnohem horší, než před rokem označilo 23 respondentů (23 %) a poněkud lepší, než před rokem odpovědělo 6 respondentů (6 %). Odpověď, zda zdraví je mnohem lepší, než před rokem neoznačil ani jeden respondent. Z odpovědí našeho výzkumu vyplývá, že kvalita života pacientů před implantací totální endoprotézy kolenního kloubu v oblasti změny zdraví je velice neuspokojující, jelikož průměrné skóre činí 29,3 %.

Absolutně největší četnost stejných odpovědí měla oblast zabývající se omezením fyzické aktivity a tělesnou bolestí. Průměrné skóre v omezení fyzické aktivity je 25 % a v oblasti tělesné bolesti 28,6 %. Holubová (2016) ve své práci také zmiňuje tyto dvě dimenze mezi nejhůře hodnocené. Skóre fyzické aktivity uvádí 33,6 % a tělesnou bolest 23,3 %, což se shoduje s podobnými výsledky našeho výzkumu. Mezi nad průměrně hodnocenou oblast Holubová (2016) řadí položku duševní zdraví zastupující skóre 59,12 %. Toto tvrzení nekoreluje s našimi výsledky. Z našich získaných dat vyplývá, že respondenti vnímají své duševní zdraví na úrovni 41,5 %, což signalizuje nedostačující kvalitu života.

Shrneme-li celkové posouzení úrovně kvality života ve všech zmíněných oblastech, kvalita života u pacientů čekající na operaci totální endoprotézy kolenního kloubu je neuspokojivá, jelikož průměrný index je 45 %, tedy pod hranicí průměrné kvality života. Z odpovědí našeho výzkumu vyplývá, že ženy mají v průměru index kvality života o 3,4 % lepší než muži.

Limitace studie

Z důvodu zaměření na kvalitu života před operací totální endoprotézy kolenního kloubu, nebylo možné výzkumné šetření porovnávat s více odbornými studiemi, jelikož ke komparaci výsledků práce byla nalezena pouze jedna studie na totožné téma.

V rámci studie nechceme tato zjištění paušalizovat, jelikož soubor respondentů byl v kontextu celé České republiky malý.

Návrh pro praxi

Degenerativní onemocnění kolenního kloubu ovlivňuje negativním způsobem kvalitu života respondentů. Na základě výzkumného šetření navrhujeme doporučení pro praxi.

- U pacientů, kteří trpí chronickou bolestí, se snažit o eliminaci bolesti s možností maximálního využití farmakologických a nefarmakologických prostředků. Udržet svalovou trofiku v oblasti zasaženého kloubu fyzikální terapií (ultrazvuk, reflexní masáže, magnetoterapie). Aplikovat preparáty s obsahem kyseliny hyaluronové a steroidní a nesteroidní antirevmatika. Doporučit pacientům používání berlí k odlehčení zasaženého kloubu.
- Provádět více operačních výkonů totálních endoprotéz kolenního kloubu, z důvodu dlouhého čekání, které snižuje kvalitu života u těchto respondentů. Tímto krokem by se snížila dlouhodobá nedostatečná kvalita života.
- Sledovat prožívání negativních pocitů (beznaděj, úzkost, strach nebo deprese) a snažit se negativní emoce minimalizovat empatickým přístupem vhodnými psychologickými prostředky, popřípadě medikamentózní léčbou. Poskytovat nemocnému podporu ze strany rodiny i ošetřujícího personálu.
- Zamezit sociální izolaci a osamělosti. Snažit se najít vhodné možnosti v oblasti trávení volného času. Zvolit vhodné volnočasové aktivity s možností využití klubů a spolků, výtvarné kroužky či poslech relaxační hudby. Umožnit nemocnému věnovat se společenskému a kulturnímu životu. Nezakazovat sportovní aktivity, samozřejmě s přihlédnutím k současnému tělesnému i duševnímu zdraví. Veškeré vzniklé problémy řešit s rodinnými příslušníky.
- Poskytnout pacientům před implantací totální endoprotézy kolenního kloubu dostatek edukačního materiálu v rámci před rehabilitačního cvičení, které snižuje riziko vzniku komplikací po operaci a vede k lepší rekonvalescenci. Eliminuje také strach z pooperační rehabilitace.
- Provádět více výzkumů na toto téma, jelikož k porovnání výsledků práce byla nalezena pouze jedna podobná studie.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu. Téma práce je pro autorku zajímavé a aktuální, vzhledem ke stále se zvyšujícímu nárustu pacientů čekajících na operaci totální endoprotézy kolenního kloubu.

Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol, tedy do dvou částí. V první části popisujeme kvalitu života a její dimenze, indikátory a hodnocení kvality života. Pozornost věnujeme kvalitě života v obecné rovině a změnám v tělesné, psychické, sociální a duchovní oblasti u pacientů před totální endoprotézou kolenního kloubu. Druhá část obsahovala informace o totálních endoprotézách, historii, indikacích k operaci, kontraindikacích a specifikách předoperační přípravy. Praktická část byla věnována metodologickému zpracování kvantitativního výzkumu. Byl zde poslán standardizovaný dotazník, jeho metodika a také vyhodnocení. Ke zjištění relevantních informací byla využita metoda anonymního, standardizovaného dotazníku SF-36, který byl doplněn o 4 otázky vlastní konstrukce.

Ačkoli operace totální endoprotézy kolenního kloubu úspěšně zlepšuje kvalitu života pacientů, existuje jen omezený výzkum kvality života před operací totální endoprotézy kolenního kloubu. Hlavním cílem bakalářské práce bylo tedy zjistit a posoudit kvalitu života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu. Hlavní cíl byl splněn. V rámci šetření jsme dospěli k závěru, že pacienti čekající na operaci totální endoprotézy kolenního kloubu pocítují významná omezení v kvalitě života ve více oblastech. Jejich kvalita života je podprůměrná, tudíž nedostatečná. Konkrétně naše analýza ukázala, že pacienti pocítovali omezení v pěti z osmi dimenzích standardizovaného dotazníku SF-36. Tato zjištění naznačují, že pacienti s poškozením kolenního kloubu čelí v každodenním životě značným výzvám a překážkám. Naše studie zdůrazňuje význam včasné diagnostiky a léčby poškozeného kolenního kloubu. Závěrem tato studie klade důraz na potřebu dalšího výzkumu a vývoje intervencí ke zlepšení kvality života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu.

Výstupem bakalářské práce je edukační brožura předoperačního cvičení, které snižuje riziko vzniku komplikací po operaci a vede k lepší rekonvalescenci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDRÁŠKO, I., 2005. Dve dimenzie kvality života v kontexte percepcí obyvatel'ov miest a vidieckych obcí. *In Geografická organizace Česka a Slovenska v současném období*. Ostrava: Ústav geoniky Akademie věd ČR. ISBN 80-86407-05-5.
- BLAŽEK, M., E. HAVEL a E. BĚLOBRÁDKOVÁ, 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína* [online]. **14**(11), 422–428 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/11/06.pdf>
- DOBRÍKOVÁ – PORUBČANOVÁ, P., 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava: Spolok svätého Vojtěcha. ISBN 80-7162–581-7.
- DRAGOMIRECKÁ, E. a kol., 2006. *SQUALA: Subjective quality of life analysis: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-47-6.
- DUNGL, P., 2014. *Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 9788024732404.
- FERKO, A. a kol., 2015. *Chirurgie v kostce. 2. dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- LOŠŤÁK, J. a J. GALLO, 2017. Profylaxe trombóz po ortopedických operacích. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. **31**(4), 9-13 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2017/04/03.pdf>
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-106-0.
- HNILICOVÁ, H. a V. BENCKO, 2005. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař* [online]. **85**(11), 656-660 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2005-11/kvalita-zivota-vymezeni-pojmu-a-jeho-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-5939>

- HOLUBOVÁ, M., 2016. *Validizace a porovnání dotazníků na sledování kvality života u pacientů s artrózou kolenního a kyčelního kloubu*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/urqx5/Holubova_disertacni_prace.pdf. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta, Ústav lékařské etiky.
- HONOVÁ, K., 2018. *Po operaci kolena: domácí cvičení a rehabilitace*. Brno: Press. ISBN 978-80-264-2211-2.
- HROMÁDKOVÁ, H., 2017. *Kvalita života a výzkum hodnotového systému současné generace*. Hradec Králové. Králové Fakulta informatiky a managementu. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6219mh/STAG88237.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Hradec.
- HUDÁKOVÁ, A. a L. MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
- IYER, K. M., 2017. *The Hip Joint*. USA: Taylor and Francis ISBN 978-981-4745-15-4.
- JANÍČEK, P., 2007. *Ortopedie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4429-6.
- JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2011. *Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech*. Ostrava: lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7464-051-3.
- JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- KALANTAR-ZADEH, K., 2003. Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure. In: *CIN' 2003: 3th Congress of Nephrology in internet*[online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://www.uninet.edu/cin2003/conf/index.html>
- KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KARACHALIOS, T., 2015. *Total Knee Arthroplasty Long Term Outcomes*. London: Springer London. ISBN 1-4471-6660-4.
- KEBZA, V. a kol., 2014. *Psycholog ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2446-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUBÍČEK, M. a kol., 2007. Změny nutričního stavu u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. In *Vojenské zdravotnické listy*. [online]. [citováno 2022-11-11]. Dostupné z: <www.unob.cz/fvz/fakulta/Documents/VZL/2007/VZL2_07.pdfv>.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2362-4.

MADAR, J., 2022. Artróza – příčiny, příznaky, druhy a léčba. *EUC* [online]. [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/artroza-priciny-priznaky-druhy-a-lecba/>

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

MARKOVÁ, M., 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-545-7.

MASARYKOVÁ, L., 2014. Osteoporóza a kvalita života. *Solen* [online]. 4(4), 98-102 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z:

http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=7192&magazine_id=14

MATIKO, E., 2014. *Bolest jako ošetřovatelský problém*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z:

https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/123456789/21509/E.Matiko_B.P..pdf?sequence=1&isAllowed=y. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence.

MILATOVÁ, R. a P. WOHL, 2019. *Bezezbytková dieta při onemocnění střev: 112 receptů*. 2. vyd. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-122-9.

MÜLLER, I., 2012. *Ortopedie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-86307-92-3.

MURGAŠ, F., 2012. *Prostorová dimenze kvality života*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-931-8.

NAŇKA, O. a M. ELIŠKOVÁ, 2019. *Přehled anatomie*. 4 vyd. Praha: Galén. ISBN 9788074924507.

National Institute of Health [online], © 2022. [cit. 2022-11-13]. Dostupné z: <https://www.nih.gov>

NÝDRLE, M., 2017. *Pochopitelné texty z chirurgie, traumatologie a ortopedie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-586-0.

ORAVEC, S., F. SCHMIDT a M. MATEJ, 2010. *Lékařský obzor* [online]. 59(7-8) [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.lekarsky.herba.sk/index.php/archiv/lekarsky-obzor->

2010/39-lekarsky-obzor-7-8-2010/462-koncept-poooperacnej-rehabilitacie-po-implantacii-kolenneho-klbu

- PAGNANO, M. W., 2018. *Master Techniques in Orthopedic Surgery: Knee Arthroplasty*. United States: Lippincott Williams and Wilkins. ISBN 9781496315052.
- PAPAS, Paraskevi Vivian, Fred D. CUSHNER a Giles R. SCUDERI, 2018. The History of Total Knee Arthroplasty. *Techniques in Orthopaedics* [online]. **33**(1), 2-6 [cit. 2023-03-02]. ISSN 0885-9698. Dostupné z: doi:10.1097/BTO.0000000000000286
- PAYNE, J., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- PNIÁK, T. a P. KOMÍNEK, 2008. Prevence záměny stran u operací na ORL klinice FN Ostrava. *Otorinolaryngol Foniatr*, 57, č. 4, 218-220. ISSN 1803-6597.
- ROZKYDAL, Z. a R. CHALOUPKA, 2012. *Vyšetřovací metody v ortopedii*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5902-3.
- RUTAR, P., 2019. Osteoartróza. *Medicína pro praxi* [online]. **16**(1), 45–46 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2019/01/09.pdf>
- RYBA, L. a kol., 2018. Možnosti léčby artrózy v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. **15**(4), 188-192 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/72790/Ryba.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- RYCHLÍKOVÁ, E., 2019. *Funkční poruchy kloubů končetin: diagnostika a léčba*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2096-3.
- ŘEHULKOVÁ, O., 2008. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-073-9.
- SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SLOVÁČEK, L. a kol., 2004. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské Zdravotnické Listy* [online]. Ročník LXXIII, č. 1, 6-9 [cit. 2023-03-02]. ISSN 0372-7025. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2004/01/02.pdf>
- SVATOVÁ, M. a kol., 2010. *Chronická choroba a jej sociálne dôsledky*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešově. Dostupné z: www.pulib.sk/elpub2/FF/Balogova1/pdf.../38.pdf. Prešovská univerzita v Prešově.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠŤASTNÁ, L., 2008. Dotazník SF 36. In: *Klinika adiktologie* [online]. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-sf-36>

- ŠŤASTNÝ, E. a kol., 2018. Management poškozené kloubní chrupavky a osteoartrózy – operační léčba. *Interní medicína pro praxi* [online]. **20**(1), 32–37 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2018/01/08.pdf>
- Teorie motivace podle Maslowa, 2018. In: *Trénink mozku a paměti efektivně* [online]. [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/teorie-motivace/>
- TOMAGOVÁ, M. a kol., 2008. *Potreby v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.
- TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských a zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VAĎUROVÁ, H. a P. MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210–3754-7.
- VAŇÁSKOVÁ, E. a M. BEDNÁŘ, 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi* [online]. **14**(3), 133–135 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2013/03/05.pdf>
- VAVŘÍK, P. a kol., 2005. *Endoprotéza kolenního kloubu*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-549-3.
- VILÍMOVSKÝ, M., 2020. Co znamená kontraindikace v medicíně? *Medlicker* [online]. [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1716-kontraindikace-v-medicine>
- VOKURKA, M. a kol., 2005. *Velký lékařský slovník*. 5., akt. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-058-5.
- VRÁNOVÁ, D. 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.
- VYTEJČKOVÁ, R. a kol., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-3421.
- WARE, John E., Mark KOSINSKI a Susan D. KELLER, 1994. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a User's Manual* [online]. 5. Boston: Health Assessment Lab, New England Medical Center [cit. 2023-02-16]. ISBN 1-891810-00-6. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/292390260_SF-36_Physical_and_Mental_Health_Summary_Scales_a_User's_Manual
- ZEMAN, M. a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024737706.

Zdravotnická ročenka České republiky 2017 [online], 2018. Praha: ÚZIS [cit. 2023-02-16]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2017>

ŽUMÁROVÁ, M., 2012. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent Print. ISBN 978-80-89295-43-2.

36 – Item Short Form Survey (SF-36), *RAND Health Care* [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Akt.	Aktuální
ASA	Význam první zkratky
CNS	Centrální nervová soustava
Č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSARIM	Česká anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína
Dopl.	Doplněné
EKG	Elektrokardiograf
EQ-5D	EuroQol 5 dimenzí
FACT-G	Functional Assesment of Cancer Therapy – general
HRQOL	Health-Related Quality of Life
Kol.	Kolektiv
MS EXCEL	Microsoft Office Excel
Např.	Například
NIH	National Institute of Health
NHP	Nottingham Health Profile
ORL	OtoRhinoLaryngologie
Přeprac.	Přepracované
QLQ-C30	Quality of Life of Cancer Patients
QOL	Quality of Life
RSCL	Rotterdamský seznam symptomů – Rotterdam Symptom Checklist
RTG	Rentgen
SF-36	Short form 36
SIP	Sickness Impact Profile
Tj.	To je

USA	United States of America
ÚZIS	Ústav
Viz	Vidět
Vyd.	Vydání
WHO	World Health Organization
%	Procenta

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (<i>zdroj: mentem.cz</i>).....	19
--	----

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Pohlaví respondentů</i>	<i>38</i>
<i>Tabulka 2 Věk respondentů</i>	<i>38</i>
<i>Tabulka 3 Čekací doba na operační výkon.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabulka 4 Zhoršení kvality života v období čekání na operační výkon</i>	<i>40</i>
<i>Tabulka 5 Fyzická aktivita</i>	<i>41</i>
<i>Tabulka 6 Omezení fyzické aktivity.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabulka 7 Emoční problémy</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka 8 Vitalita</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka 9 Duševní zdraví</i>	<i>43</i>
<i>Tabulka 10 Společenská aktivita.....</i>	<i>43</i>
<i>Tabulka 11 Tělesná bolest</i>	<i>44</i>
<i>Tabulka 12 Všeobecné zdraví</i>	<i>45</i>
<i>Tabulka 13 Změna zdraví</i>	<i>45</i>
<i>Tabulka 14 Průměrné skóre psychického a fyzického zdraví</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka 15 Index kvality života</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka 16 Průměrné skóre všech dimenzí</i>	<i>47</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník SF-36

Příloha P II: Edukační brožura předoperačního cvičení

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK SF-36

Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé praktické části bakalářské práce na téma „**Kvalita života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu**“. Dotazník je zcela anonymní a obsahuje otázky týkající se Vašeho zdraví. Vyplněním dotazníku souhlasíte s následnou analýzou odpovědí. Vaše osobní údaje budou přístupny pouze členům výzkumného týmu.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Nicolle Kaiser – studentka bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

PhDr. Miroslava Kubicová, PhD. - vedoucí práce

Zakroužkujte jednu odpověď u každé otázky
--

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Jaký je Váš věk?

- a) 18–35
- b) 36–45
- c) 46–60
- d) 61–79
- e) 80 a více

3. Uved'te délku čekací doby na operační výkon s přesností na roky nebo měsíce:

.....

4. Zhoršila se kvalita života v období čekání na operační výkon?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne

5.	Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:	
a.	Výtečné	1
b.	Velmi dobré	2
c.	Dobré	3
d.	Docela dobré	4
e.	Špatné	5

6.	Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?	
a.	Mnohem lepší než před rokem	1
b.	Poněkud lepší než před rokem	2
c.	Přibližně stejné jako před rokem	3
d.	Poněkud horší než před rokem	4
e.	Mnohem horší než před rokem	5

Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

	Činnosti	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
7.	Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
8.	Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
9.	Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
10.	Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
11.	Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
12.	Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
13.	Chůze asi jeden kilometr	1	2	3

	Činnosti	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
14.	Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
15.	Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
16.	Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?			
		Ano	Ne
17.	Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
18.	Udělal(a) jste méně , než jste chtěl(a)?	1	2
19.	Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
20.	Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?			
		Ano	Ne
21.	Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
22.	Udělal(a) jste méně , než jste chtěl(a)?	1	2
23.	Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

24.	Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?	
a.	Vůbec ne	1
b.	Trochu	2
c.	Mírně	3
d.	Poměrně dost	4
e.	Velmi silně	5

25.	Jak velké <u>bolesti</u> jste měl(a) v <u>posledních 4 týdnech</u>?	
a.	Žádné	1
b.	Velmi mírné	2
c.	Mírné	3
d.	Střední	4
e.	Silné	5
f.	Velmi silné	6

26.	Do jaké míry Vám <u>bolesti</u> bránily v práci (v zaměstnání i doma) v <u>posledních 4 týdnech</u>?	
a.	Vůbec ne	1
b.	Trochu	2
c.	Mírně	3
d.	Poměrně dost	4
e.	Velmi silně	5

Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v posledních 4 týdnech:		Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
27.	Jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
28.	Jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
29.	Jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
30.	Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
31.	Jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
32.	Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
33.	Jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	6
34.	Jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
35.	Jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

36.	Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?	
a.	Pořád	1
b.	Většinou	2
c.	Občas	3
d.	Málokdy	4
e.	Nikdy	5

Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?						
		Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
37.	Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
38.	Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
39.	Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
40.	Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Zdroj: Šťastná, 2008

PŘÍLOHA P II: EDUKAČNÍ BROŽURA PŘEDOPERAČNÍHO CVIČENÍ

PŘEDOPERAČNÍ PLÁN CVIČENÍ ✓

I. Měkké techniky



1 Ošetření česky
(jablíčka) - pomalý
pohyb ve všech směrech
- 2 minuty



2 Míčkování měkkým
míčkem - 2 minuty

2. Protahování



1 Ohýbání kolene s opřením o zeď - 10x na každou stranu

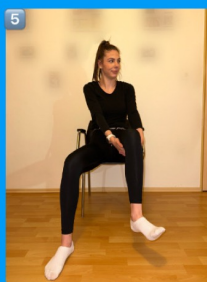


2 Protahování zadní strany stehna vestoje - výdrž 1 minuta

3 Protahování přední strany stehna vestoje - výdrž 1 minuta

4 Protahování vnitřní strany stehna - výdrž 1 minuta

5 Uvolnění kolene do rotace - 10x na každou stranu



- 5 Vsedě na židli uchopte ošetřovanou nohu pod stehnem a zvedněte ji tak, aby chodidlo bylo ve vzduchu. Pomalu aktivně otáčejte bércelem doprava a doleva. Pohyb se děje v koleni, netočte pouze v kotníku.

- 1 Lehněte si na záda blízko ke zdi a opřete ošetřovanou DK o zeď. HKK natáhněte podél těla. Zpevněné břicho a ošetřovanou DK pomalu krčte v koleni - v ohybu vám bude pomáhat gravitace. Můžete ji dotáhnout rukama.
 - ! Pokud máte závažnější potíže se srdcem, cvik neprovádějte. (♥ by bylo přetížené návaem krve z DK)
- 2 Vestoje umístěte jednu končetinu na židli, jednou rukou se přidrže (třeba stolu) a pomalu proveďte náklon trupu směrem vpřed - až ucítíte tah na zadní straně stehna. Pokud je tah spíše v oblasti pod kolenem, koleno lehce pokrčte.
- 3 Postavte se zády k židli. Pokud máte pocit, že nejste dostatečně stabilní, opřete se o zeď nebo o druhou židli před sebou. Protahovanou nohu položte nártem na židli vzadu, stáhněte břišní a hýžďové svaly (tím podsadíte pánev) a přenést váhu směrem vpřed - tah by měl jít cítit na přední straně stehna. Pokud protahování necítíte, umístěte protahovanou nohu více vzad.
- 4 V pozici vsedě na židli jednou nohou unožte a opřete o vnitřní hranu chodidla. Najděte takovou pozici, při které ucítíte protahování svalů na vnitřní straně stehna.

Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní); Honová, 2018

3. Posilování



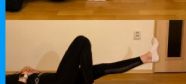
1 Zvedání pánve - 2x 10 opakování



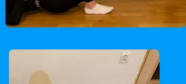
2 Zvedání natažené DK - 3x 10



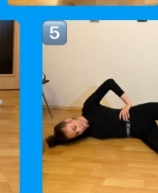
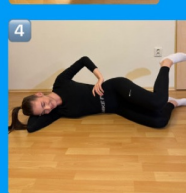
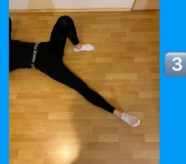
3 Unožování natažené DK vleže - 2x 10



4 Kyčelní rotace vnitřní a vnější - 2x 10



5 Kroužky v kyčli - 2x 10



- 1 Lehněte si na záda a pokrčte obě dolní končetiny v kolenu. Nohy jsou celou dobu plochou chodidel na zemi, během cvičení se soustředte na to, aby se nezvedala vnější nebo vnitřní hrana chodidla. Kolena zůstávají na stejnou vzdálenost od sebe. Stáhněte hýžďové a břišní svaly a zvedejte pánev směrem nahoru. Maximálně do takové výše, kdy ještě zůstávají lopatky celou plochou na podložce. Pomalu spouštějte dolů a pohyb opakujte.
 - ! Pokud se léčíte s hypertenzí nebo se srdcem, zvednutí proveďte jen asi 10 cm od země.
- 2 Jednu končetinu pokrčte v kolenu a opřete o chodidlo. Druhou nechte nataženou, zatněte stehno (představte si, že máte pod klenem složený ručnick a tlačíte do něj). Takto zpevněnou nohu zvedněte do výšky druhého kolene a spouštějte ji dolů (ne až úplně na zem). Po provedení 10 opakování proveďte vytočení celé dolní končetiny zevně (špička směřuje ven) a zvedněte ji v této pozici 10x, poté vtočte dovnitř (špička směřuje dovnitř) a opakujte 10x.
 - ! Cviky s rotací neprovádějte, pokud máte v kyčli umělý kloub.
- 3 Ve stejné výchozí pozici zvedněte nataženou dolní končetinu cca 10 cm nad podložku. Provádějte pohyb směrem do strany a zpět do výchozího postavení. Špička nohy směřuje během celého cvičení do stropu.
- 4 Vleže na boku nastavte DK tak, aby v kyčlích i kolenou byl pravý úhel. Pánev zůstává během celého cvičení kolmo k podložce (tj. nepřeklápí se vpřed ani vzad). Zvedněte svrchní končetinu do takové výše, dokud ještě udržíte pánev bez pohybu (tj. stále kolmo k zemi). V této výchozí pozici pomalu spouštějte patu k patě, kolena zůstávají stále ve stejné vzdálenosti od sebe. Po provedení 10 opakování proveďte cvičení do opačné rotace - kolena se přibližují k sobě, paty zůstávají ve výchozí pozici.
 - ! Pokud máte umělý kloub kyčle, toto cvičení neprovádějte.
- 5 Výchozí pozice je stejná jako u cviku 4. Svrchní končetinu natáhněte v kolenu tak, aby byla v prodloužení vašeho trupu (tj. hlava, trup, pánev a končetina v jedné rovině). Unožte do takové výšky, kdy ještě nepohnete pánví, a v této pozici provádějte kroužky v kyčli (končetina je stále zcela natažená) 10x na jednu stranu. Poté na druhou stranu.

Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní); Honová, 2018

4. Koordinační cvičení



1 Dřepe ze židle - 2x 10 opakování

2 Podřepe u rámu dveří - 2x 10

3 Výpad vzad u rámu dveří - 2x 10

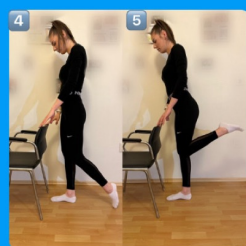
4 Zanožování vestoje - 2x 10



5 Silové krčení kolene vestoje - 2x 10

6 Vysoká chůze - několikrát denně

+ Chůze pozpátku - několikrát denně



- 5 Vestoje pokrčte koleno tak, jako byste se chtěli dotknout patou hýždí. Cvičte pomalu a pohyb dolů brzděte. Kolena po celou dobu cviku zůstávají u sebe.
- 6 U tohoto cviku se můžete setkat i s názvem "čapí chůze". Jděte vpřed a k běžnému pohybu nohou přidejte vysoké zvednutí v kyčlích. Dopad na zem ztlumte, nedupejte. Zkuste i chůzi pozpátku.

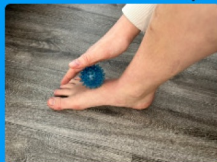
- 1 Vsedě na židli umístěte chodidla tak, aby byla pod kolena, kolena budou po celou dobu cvičení na šířku kyčelních kloubů (chodidla i kolena lze umístit i více na široko, pokud to pro vás bude příjemné). Předpažte, přeneste váhu na celá chodidla a pomalu se zvedněte do stoje. Srovnejte záda a stejným způsobem se posadte. Myslete na to, abyste měli rozloženou váhu na obě chodidla stejně - neuhýbejte bolestivému kolenu víc, než je to nezbytně nutné.
- 2 Vestoje se chytte o rám dveří. Postavení chodidel je stejné jako u předchozího cviku. Provádějte lehké dřepy maximálně do pravého úhlu. Pokud cvičení stav kolene nezhoršuje, můžete jít i níž. Vždy si tak hlídejte rovná záda a opření o celá chodidla.
- 3 Vestoje se chytte rámu dveří a provádějte pomalé výpady vzad jednou DK. Hlídejte si pozici přední nohy v kolenu - nesmí se vtáčet dovnitř ani ven. Hlídejte si rovná záda. Po dokončení 10 opakování DK vyměnit.
- 4 Vestoje natáhněte DK směrem vzad, lehce ji vytočte špičkou do strany a provádějte zanožení. Opakujte 10x. Rovná záda, neprohýbat se v bedrech. Pohyb je prováděn v kyčli stažením hýžďových svalů.

Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní); Honová, 2018

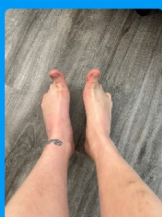
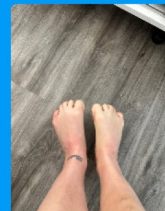
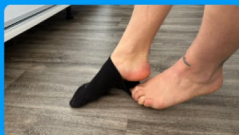
5. Propriocepční cvičení



1 Uvolnění chodidla a měkké techniky na oblast chodidla a nohy



2 Cvičení kotníků a prstů



3 Cvičení balance



Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní); Honová, 2018



Univerzita Tomáše Bati Fakulta humanitních studií

Edukační brožura vznikla na podkladě výstupu bakalářské práce na téma “Kvalita života u pacientů před operací totální endoprotézy kolenního kloubu”.

Autor: Nicolle Kaiser, studentka Všeobecného ošetřovatelství
Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně 2023

Vedoucí práce: PhDr.Mgr. Petr Snopek, PhD. MBA

Zdroj: Honová, 2018

Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní); Honová, 2018