

Kvalita života pacientů před implantací kyčelního kloubu

Quality of Patients' Life before Hip Joint Implantation

Lucie Klimešová

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: **Lucie Klimešová**
Osobní číslo: **H20151**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Kvalita života pacientů před implantací kyčelního kloubu**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace šetření technikou standardizovaného dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- DUNGL, P. *Ortopedie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
- GALIA, C. R., C. V. DIESEL et al. Total hip arthroplasty: a still evolving technique. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2017, vol. 52, no. 5, pp. 521-527. DOI: 10.1016/j.rboe.2016.09.011
- MCCARTHY, J. C., P. C. NOBLE and R. N. VILLAR. *Hip Joint Restoration: Worldwide Advances in Arthroscopy, Arthroplasty, Osteotomy and Joint Preservation Surgery*. New York, NY: Springer New York, 2017, p. 1007. ISBN 978-1-4614-0694-5. DOI: 10.1007/978-1-4614-0694-5
- SCHNEIDEROVÁ, M. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SLEZÁKOVÁ, L., H. ČOUPKOVÁ, P. MARCIÁN a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2019. 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
- ŠIMŠA, J. a kol. *Lexikon operačních výkonů*. Praha: Maxdorf, 2018. 864 s. ISBN 978-80-7345-452-4.

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

L.S.

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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně14. 4. 2023.....

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 nevytělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výstedku 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 nahlížení 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 vzdělávacího 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). Odpírá-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 užit či poskytnout jinému 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 jim 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 přihlédá k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života pacientů před implantací kyčelního kloubu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly. První je věnována kvalitě života, druhá totální endoprotéze a artróze kyčelního kloubu a třetí kapitola se věnuje specifikům ošetrovatelské péče před a po implantaci kyčelního kloubu. V Praktické části je stanovených 5 dílčích cílů. Hlavním cílem bylo zjistit, jaká je úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 hospitalizovaných respondentů před totální endoprotézou kyčelního kloubu trpící koxartrózou. Kvantitativní šetření bylo provedeno technikou standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF doplněného o sociodemografické údaje. Výsledky šetření ukázaly, že respondenti před implantací kyčelního kloubu mají zhoršenou kvalitu života, zejména v doméně fyzického zdraví.

Klíčová slova: kvalita života, totální endoprotéza, kyčelní kloub, koxartróza, WHOQOL-BREF, specifika ošetrovatelské péče

ABSTRACT

The bachelor's thesis is focused on the quality of life of patients before hip joint implantation. Thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part is divided into three chapters. The first part is dedicated to quality of life, the second to total endoprosthesis and arthrosis of the hip joint, and the third chapter is dedicated to the specifics of nursing care before and after hip joint implantation. In the Practical part, 5 sub-goals are set. The main goal was to find out the level of quality of life of patients before hip joint implantation. Totally one hundred hospitalized respondents suffering from coxarthrosis before total hip arthroplasty took part in the research. The quantitative survey was carried out by using the WHOQOL-BREF standardized questionnaire expanded with socio-demographic data. The results of the survey showed that the respondents before hip joint implantation have a deteriorated quality of life, especially in terms of physical health.

Keywords: quality of life, total endoprosthesis, hip joint, coxarthrosis, WHOQOL-BREF, specifics of nursing care

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Mgr. Petru Snopkovi, PhD., MBA, za odborné vedení této práce, cenné rady a připomínky. Dále děkuji nelékařskému zdravotnickému personálu za distribuci dotazníku na odděleních ortopedie a všem respondentům za jeho vyplnění.

Velké poděkování patří mé rodině a přátelům za neustálou podporu při mém studiu, a to především v posledním ročníku studia.

Také chci poděkovat původní vedoucí PhDr. Miroslavě Kubicové, PhD., za odborné vedení této práce a cenné rady.

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 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA	12
1.2 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S ARTRÓZOU	13
1.2.1 Vybrané studie související s kvalitou života pacientů trpících artrózou/ před implantací kyčelního kloubu	13
1.3 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	16
1.3.1 Měřicí nástroje kvality života.....	16
1.4 DOTAZNÍK WHOQOL-BREF	17
2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU (TEP)	18
2.1 HISTORIE TEP	18
2.2 TYPY ENDOPROTÉZ.....	19
2.2.1 Cementované endoprotézy	19
2.2.2 Necementované endoprotézy	19
2.2.3 Hybridní endoprotézy.....	19
2.3 OPERAČNÍ PŘÍSTUPY	20
2.4 INDIKACE K TEP	21
2.5 ARTRÓZA	21
2.5.1 Etiologie	22
2.5.2 Klinický obraz.....	22
2.5.3 Diagnostika	23
2.5.4 Terapie.....	24
2.5.5 Prognóza.....	24
2.6 KONTRAINDIKACE K TEP.....	25
2.7 KOMPLIKACE TEP.....	25
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	26
3.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	26
3.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava.....	26
3.1.2 Krátkodobá předoperační příprava.....	27
3.1.3 Bezprostřední předoperační příprava	28
3.2 VLASTNÍ OPERAČNÍ VÝKON	29
3.3 POOPERAČNÍ PÉČE	29
3.4 REHABILITACE	31
3.4.1 Předoperační rehabilitace	31
3.4.2 Pooperační rehabilitace	31
3.5 PROGNÓZA TEP	33

II PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
4 Kvantitativní výzkumné šetření.....	35
4.1 Výzkumné cíle kvantitativního šetření	35
4.2 Metodika výzkumného šetření.....	35
4.3 Technika sběru dat	36
4.4 Organizace sběru dat	37
4.5 Zpracování získaných dat.....	38
5 Výsledky šetření a jejich analýza	39
5.1 Sociodemografická část výzkumného šetření	39
5.2 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL – BREF.....	41
5.2.1 Celková kvalita života a zdravotní stav	41
5.2.2 Doména 1 – Fyzické zdraví.....	43
5.2.3 Doména 2 – Prožívání	47
5.2.4 Doména 3 – Sociální vztahy	50
5.2.5 Doména 4 – Prostředí.....	52
6 Diskuse	56
7 Doporučení pro praxi.....	65
Závěr	67
Seznam použité literatury.....	69
Seznam použitých symbolů a zkratk	76
Seznam tabulek.....	78
Seznam příloh.....	79

ÚVOD

Artróza kyčelního kloubu neboli koxartróza je chronické degenerativní onemocnění. Toto nejčastější onemocnění kloubů postihuje nejen samotný kloub, ale i okolní svalstvo. Později vede k selhání funkce kloubu, čímž způsobuje bolest a postižení kloubu, což vede ke snížení kvality života ve fyzické, psychické i sociální oblasti života jedince (Pokorný a Jahoda, 2018). Výskyt narůstá s věkem. Incidence artrózy postihuje více než 50 % jedinců starších 65 let a až 90 % jedinců starších 75 let (Šťastný a kol., 2017).

Artróza je nevléčitelná, pouze je možné ji zpomalit, či na krátký čas zastavit. Nejčastějším a nejúčinnějším řešením je operační výkon, tedy totální endoprotéza kyčelního kloubu. King a Phillips (2016) uvádějí, že se jedná o častý ortopedický výkon, který má potenciál výrazného zlepšení kvality života pacientů trpících degenerativním onemocněním a je také efektivní léčbou traumat a deformací. V České republice se počet nových kyčelních náhrad blíží ke 20 000 ročně. Jsme na tom tedy podobně jako v Rakousku či Švédsku (Medical Tribune, 2019). Dle Dungla a Kubeše (2014) se bude počet nadále zvyšovat i vzhledem ke stárnoucí populaci, Černý a Novotný (2022) dodávají, že do roku 2040 lze očekávat celosvětový nárůst potřeb kyčelních náhrad o více než 280 %, což vychází z aktuálních studií.

K výběru tématu mě vedla především praxe na ortopedickém oddělení během studia. Vždy mě zajímalo, jak dlouho pacienti na výkon čekají a jaký má vliv degenerativní onemocnění na jejich kvalitu života a zdraví. Čekací doba na výkon mě mnohdy zaskočila, jelikož se kvůli koronavirové krizi od roku 2020 značně prodloužila. Nesmím opomenout specifickou ošetrovatelskou péči o pacienty před a po implantaci kyčelního kloubu, která v mém studiu a praktické výuce byla nezastupitelnou složkou. V průběhu let jsem zjišťovala, jak je TEP kyčelního kloubu častý a náročný operační výkon, který ale dokáže významně zlepšit kvalitu života jedince. Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká je úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu hodnocená pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, a získat tak intenzivnější vhled do této problematiky.

Praktická část je realizována formou kvantitativního šetření pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, kterého se účastnilo 100 hospitalizovaných respondentů před totální endoprotézou kyčelního kloubu trpící koxartrózou. Odpovědi respondentů byly zpracovány dle relativní a absolutní četnosti. Samotné vyhodnocení kvality života proběhlo na základě českého manuálu WHOQOL-BREF od Dragomirecké a Bartoňové z roku 2006.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Szakács a Silisteanu (2022) uvádějí, že kvalita života je jakýmsi ukazatelem používaným k hodnocení fyzických, duševních a sociálních dopadů nemoci a k analýze potřeb pacienta během nemoci.

1.1 Definice kvality života

Definovat jednoznačně pojem „kvalita života“ je obtížné, je to multidisciplinární a multidimenzionální pojem, který odborníci koncipují různě (Zeman, 2008). S kvalitou života se setkáváme v různých vědních oborech (v medicíně, filozofii, sociologii, psychologii, ošetrovatelství, pedagogice aj.). Každý obor má i své teoretické vymezení a daný postup, kterým lze kvalitu měřit. Definice pojmu jsou tak v některých případech zásadně rozdílné (Gurková, 2011).

Gurková (2011, s. 23) uvádí: „[...] koncept kvality života tak nemá doposud všeobecně akceptovatelnou definici, metodologii a stává se předmětem mnohých interpretací, interdisciplinárních rozprav bez jednoznačného výsledného, všeobecně přijatého konsenzu (shody) v jeho konceptualizaci.“

Slovo „kvalita“ pochází z latinského „qualis“, v překladu značící „jaký“. Lze tedy kvalitu chápat jako jakost či hodnotu, jimiž se určitý jev vyjadřuje jako celek, který se odlišuje od jiného celku, tzn. život jednoho člověka se odlišuje od toho druhého (Zeman, 2008). Kvalita, jakožto relativní kategorie, může být vyjádřena kvantitativními indikátory, které jsou objektivní i měřitelné, a indikátory kvalitativními, jež vycházejí z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje (Gurková, 2011).

Definice dle World Health Organization – Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO), kterou předložila v roce 1995, je kvalita života popisována tak, že člověk má individuální vztah jak k sobě, tak ke svým cílům, zálibám, očekáváním a hodnotám v rámci hodnotového systému či kulturního a sociálního kontextu (Zeman, 2008; Rogalewicz a kol., 2017).

I přesto, že se setkáváme s definicemi, které se lehce odlišují napříč zmiňovanými obory, tak vždy všechny směřují k životní spokojenosti. Ta je totiž potřebná nejen k uspokojování individuálních potřeb, ale i k možnosti naplňování svého potenciálu, což neodmyslitelně náleží i oboru ošetrovatelství (Olišarová a kol., 2013).

1.2 Kvalita života pacienta s artrózou

Ačkoliv artróza není považovaná za život ohrožující, lidé pociťují ve svém každodenním fungování přetrvávající bolest a ztuhlost. To vede k fyzickému postižení a také k duševním potížím, jako je deprese a úzkost, což méně či více snižuje kvalitu života pacientů (Lee et al., 2020).

Množství nemocných s artrózou po celém světě roste, což je zapříčiněno stárnutím populace, vysokým procentem obyvatelstva s nadváhou, či dokonce obezitou (Holubová a kol., 2017). Za posledních 20 let celosvětově vzrostl počet lidí postižených degenerativním onemocněním asi o 45 %. Útrapy způsobené degenerativním onemocněním kyčelního kloubu mají dopad na kvalitu života pacientů jak ve fyzické oblasti, tak i v oblasti emocionální (Szakács a Silisteanu, 2022).

Holubová a kol. (2017) uvádějí, že kromě hlavních příznaků artrózy nosných kloubů (bolest, ztuhlost kloubů či obtížná chůze) dochází v pokročilých stádiích zmíněných obtíží nezdědka k uzavírání se nemocného v domácím prostředí, a rozvíjí se tak jeho sociální izolace. Tyto obtíže mohou vést k projevům úzkosti nebo podrážděnosti, jelikož je silně ovlivněna psychika nemocného. V čase čekací doby na implantaci kyčelního kloubu se u pacientů dostavuje strach a nervozita, a to většinou z obav, které plynou z důsledků operace (závislost na okolí, strach z invalidity). Holubová a kol. (2017) konstatují, že na základě těchto skutečností artróza ve III. a IV. stupni výrazně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Zmiňují, že je důležité zaměřit se nejen na měření kvality života po implantaci kloubu, ale také se věnovat kvalitě života před samotným výkonem.

Szakács a Silisteanu (2022) uvádějí, že při hodnocení kvality života pacientů s artrózou hraje zásadní roli jejich emoční stav a akceptace jejich funkčního stavu. Také se domnívají, že degenerativní onemocnění je problémem veřejného zdraví, a to především z hlediska délky trvání nemoci, sociálních a ekonomických důsledků.

1.2.1 Vybrané studie související s kvalitou života pacientů trpících artrózou/ před implantací kyčelního kloubu

Szakács a Silisteanu (2022) ve své průřezové studii posuzují zdravotní stav dané populace pomocí získaných dat z okresu Suceava v Rumunsku, zároveň také poskytují informace o dopadech tohoto onemocnění. Jako pracovní nástroj byl použit standardizovaný dotazník Short Form Health Survey (dále jen SF-36), který vyplnilo 237 pacientů/tek s artrózou

kloubu kyčelního (120) a kolenního (117). Pomocí škál (fyzické funkce, role, sociální funkce, emoce, vitalita, duševní zdraví, celkový stav), které využívá dotazník, byly vytvořeny popisné statistiky. Výzkum poukázal na silnou korelaci mezi fyzickou kondicí a každodenními aktivitami, pokles bolesti a její dobrou korelaci se sociálními aktivitami a vitalitou respondentů. Celkový stav respondentů slabě koreluje se sociální funkcí, a to sníženou sociální integrací v důsledku tělesného a mentálního postižení.

Další studie se věnuje duševnímu zdraví a kvalitě života pacientů s artrózou. Průřezová studie si klade za cíl prozkoumat souvislosti mezi duševním zdravím a kvalitou života pacientů s artrózou podle místa bolesti. Zaměřuje se tedy na oblasti běžně postižené degenerativním onemocněním (kolenní, kyčelní kloub a dolní část zad). Za měřicí nástroj sloužil standardizovaný dotazník European Quality of Life Questionnaire (dále jen EQ-5D). Respondenti byli dotazováni, zda mají bolesti v kyčelním, kolenním kloubu a dolní části zad (ano/ne) a zda pociťují úzkosti/deprese. Celkem 5 401 respondentů uvedlo bolest v kyčelním, kolenním kloubu nebo v křížové oblasti. Výsledná data této studie ukazují významný vztah mezi místem bolesti, duševním zdravím a kvalitou života. V rámci duševního zdraví více trpí depresemi a stresem ženy než muži. Muži trpící artrózou v křížové oblasti stres a deprese snášejí daleko hůře než muži trpící artrózou kyčelního a kolenního kloubu. Zatímco ženy trpící artrózou kolenního kloubu snášejí stres a deprese daleko hůře než ženy trpící artrózou kyčle či dolní části zad. Další výsledky uvádějí, že u mužů má největší dopad na kvalitu života bolest kyčelního kloubu, zatímco u žen má největší dopad na kvalitu života bolest kolenního kloubu (Lee et al., 2020).

V turecké studii Balik et al. (2017) zjišťují, že koxartróza negativně ovlivňuje kvalitu života a může být doprovázena duševními potížemi. Do této studie se zapojilo 150 pacientů podstupujících implantaci kyčelního kloubu. Ve studii převažovaly ženy a průměrný věk byl 58 let. Šetření bylo provedeno standardizovaným dotazníkem SF-36 před a po operaci. Statisticky byly zjištěny významné rozdíly mezi předoperačním a pooperačním obdobím, zvláště v oblastech fyzické funkce, omezení fyzické role, emoční role, energie, sociální funkce a bolesti, avšak žádné významné rozdíly týkající se duševního zdraví. Autoři vypožorovali, že u pacientů po TEP dochází k významnému snížení depresivních stavů a celkovému zlepšení kvality života.

V České republice se aspekty kvality života seniorů s totální endoprotézou kyčelního kloubu z důvodu artrózy zabývá Tomanová (2016). Práce si klade za cíl zjistit úroveň kvality života s TEP a porovnat výsledky s respondenty trpícími artrózou kyčelního kloubu bez

chirurgického řešení. Úroveň kvality života byla zkoumána pomocí indexů dotazníku SF-36. Tyto indexy ukázaly, že úroveň kvality života seniorů s TEP je vyšší ve všech sledovaných oblastech/škálách (výše zmíněných škálách dotazníku SF-36). Veškeré výsledky výzkumu vypovídají ve prospěch seniorů s implantovaným kyčelním kloubem. Seniori s TEP, oproti seniorům s artrózou (bez TEP), udávají menší intenzitu bolesti, optimisticky hodnotí svůj zdravotní stav a kladně hodnotí svoje pracovní nasazení. Výzkumná hypotéza z výsledků zjišťuje a potvrzuje, že seniori s TEP jsou spokojenější oproti seniorům s artrózou, tedy bez chirurgické výměny kyčelního kloubu.

Další česká studie se věnuje taktéž kvalitě života pacientů před a po implantaci totálních endoprotéz nosných kloubů. Dává si za cíl zjistit kvalitu života pomocí vybraných kódů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF). Výzkumný soubor tvořil 200 respondentů s artrózou kyčelního a kolenního kloubu, kteří podstoupí v nejbližší době implantaci totální endoprotézy. V souboru převažovaly ženy trpící koxartrózou s průměrným věkem 68 let. Měření probíhalo ve dvou fázích: před a po operaci, poté na základě nejčastějších odpovědí z pilotní studie byl vybrán soubor devatenácti kódů z MKF. Ke klasifikaci MKF se přidaly testy SF-36 a Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life (dále jen QAKHQOL). Tyto dotazníky sloužily k ověření platnosti stanovených kódů. Z výsledků vlastního výzkumného šetření vyplývá, že pacienti indikovaní k výkonu před operací zaznačili nejnižší kvalitu života v kódech týkajících se fyzického zdraví a bolesti. Respondenti uvedli zejména bolest v oblasti kloubu a jeho nestabilitu, potíže s dopravou a chůzí, problémy se spánkem či strach z operace. Naopak vysoké procento respondentů zaznačilo jako facilitátor (značí se v MKF jako prostředek pomoci) rodinu a užívání analgetik, také pozitivně vyhodnotili pomoc od zdravotníků a přátel. Z výsledků hodnocených po 6 měsících od výkonů vyplývá, že k výraznému zlepšení došlo v komponentě tělesných funkcí (bolest a funkce hybnosti) z kvalifikátorů 3 na 1 (čím nižší hodnota kvalifikátoru, tím nižší má pacient potíže). Dále došlo k výraznému zlepšení v komponentě „aktivita“ (chůze a doprava) z kvalifikátorů 3 na 1. Klasifikace MKF prokázala u zkoumaného vzorku respondentů po TEP objektivní zlepšení kvality života a celkového zdraví (Holubová a kol., 2017).

1.3 Hodnocení kvality života

Jak již bylo řečeno výše, s kvalitou života je spjata spousta vědních oborů (psychologie, sociologie, medicína aj.). Nejvýznamnější pro nás je zkoumání kvality života v medicíně a ve zdravotnictví, kde je kladen důraz na psychosomatické a fyzické zdraví. Nejčastěji používaným konceptem pro hodnocení ve zdravotnictví je Health Related Quality of Life – kvalita života podmíněná zdravím (dále jen HRQoL). Pojem HRQoL je v podstatě užší specifické označení pro kvalitu života (Gurková, 2011; Zeman, 2008).

1.3.1 Měřicí nástroje kvality života

Pro měření kvality života podmíněné zdravím je nyní upřednostňován subjektivní pohled pacienta před objektivním hodnocením kvality života. Nástrojem subjektivního měření kvality jsou standardizované dotazníky. Ty můžeme rozdělit na generické a specifické. Mezi nejčastěji používané a nejznámější generické dotazníky řadíme: World Health Organisation Quality of Life (dále jen WHOQOL-100) a již výše zmíněné dotazníky SF-36 a EQ-5D (Gurková, 2011).

Generický dotazník SF-36 byl vytvořen s cílem poskytnout hodnocení zahrnující mnohé koncepty související se zdravím, které navíc nejsou specifické pro žádné onemocnění, problematiku či věk. Dotazník obsahuje 36 položek (jeho kratší verze SF-12 obsahuje 12 položek), se dvěma velkými oblastmi: fyzické a mentální zdraví. Využívá se běžně v klinické praxi, ve výzkumu, při zjišťování statistických dat o zdravotním stavu dané populace (Gurková, 2011).

Generický dotazník EQ-5D se zaměřuje na měření zdravotního stavu a na posouzení jeho závažnosti. Nástroj hodnotí subjektivně a objektivně. Výstupem dotazníku je index (dimenze kvality života) nabývající hodnotu 1–0 (0 – nejhorší, 1 – nejlepší zdravotní stav) a VAS (subjektivní zdravotní stav) nabývající hodnotu 0–100 (0 – nejhorší, 100 – nejlepší zdravotní stav). Nástroj se běžně využívá pro klinické studie a ekonomické analýzy (Gurková, 2011).

Tyto dotazníky se zaměřují na měření zdravotního stavu a považují se za jakýsi „zlatý standard“, a to jak u nás v České republice, tak i v zahraničí (Rogalewicz a kol., 2017; Gurková, 2011).

Specifické dotazníky se zaměřují na specifickou populaci pacientů vycházející ze zdravotnických a psychologických věd. Zařazujeme sem např. dotazník: Quality of life Index (Rogalewicz a kol., 2017; Gurková, 2011). Holubová (2017) ve své práci uvádí,

že v Česku dosud nebyl využit žádný specifický dotazník posuzující kvalitu života u osob s artrózou.

V praxi lze využít k měření kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu (trpící artrózou) hned několik standardizovaných dotazníků. Mezi často využívané nástroje se řadí: SF-36, WHOQOL-100, WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life-Old) a SEIOQL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life). Dostupné studie dále uvádějí specifický dotazník AOKHQOL a již zmíněný generický dotazník EQ-5D.

Hojně využívaným dotazníkem pro měření kvality života je WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of life-bref), který byl zvolen také jako výzkumný nástroj v praktické části této bakalářské práce (Kubicová, 2017; Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

1.4 Dotazník WHOQOL-BREF

V rámci WHO byl v 90. letech pracovní skupinou World Health Organisation Quality of Life Assessment (dále jen WHOQOL) vytvořen dotazník pod zkratkou WHOQOL-100. Pracovní skupinu WHOQOL tvořilo 15 zástupců výzkumných center z celého světa (Hudáková a Majerníková, 2013).

Dotazník byl vytvořen s úmyslem lepšího pochopení kvality života ve smyslu subjektivního vnímání zdraví a denních činností jednotlivce (Gurková, 2011). Dotazník patří k nejstarším nástrojům pro měření HRQoL. WHOQOL-100 obsahuje 100 položek, které jsou uspořádány do 24 podoblastí a do jedné podoblasti nespecifické. Ze sto položkového dotazníku WHOQOL-100 vznikl dotazník pod zkratkou WHOQOL-BREF s 26 položkami. Jedná se tedy o jeho zkrácenou verzi. WHOQOL-BREF obsahuje 26 otázek uspořádaných do 4 dimenzí/subškál: fyzické zdraví, sociální vztahy, prožívání a prostředí, a do dvou samostatných položek celkového hodnocení. Dotazník se využívá hlavně pro potřeby klinické praxe (Hudáková a Majerníková, 2013; Rogalewicz a kol., 2017).

Vhodné je podotknout, že pro WHOQOL-BREF existují dvě verze v českém jazyce: Viktora Mravčíka a Evy Lajčkové z roku 2004 a Evy Dragomirecké a Jitky Bartoňové z roku 2006. Verze se však zásadně odlišují, hlavně co se týče slovní formulace jednotlivých otázek a pokynů pro jejich užívání. Naráží se zde tedy na problém, jelikož může docházet k posunům při interpretování výsledných dat výzkumu (Rogalewicz a kol., 2017).

Rogalewicz a kol. (2017) ve své publikaci zásadně doporučují verzi od Dragomirecké a Bartoňové z Psychiatrického centra v Praze. Do praktické části této bakalářské práce byla taktéž vybrána verze od Dragomirecké a Bartoňové.

2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU (TEP)

Totální endoprotéza, též aloplastika kloubu, je operační výkon, který nahrazuje pomocí implantátu obě poškozené artikulující části kloubu (hlavici kosti stehenní a jamky kosti pánevní). Nejčastější aloplastikou je implantace kyčelního a kolenního kloubu. Implantace kyčelního kloubu se prováděla již v 60. letech minulého století (Frič, 2021). Alternativním typem této operace je cervikokapitální náhrada kyčelního kloubu. Tato operace se volí, pokud u pacienta není perspektiva větší zátěže dolní končetiny nebo v případě vysokého věku či interních komplikací. Typ operace je rozdílný i v celkovém čase operace, který je o 10–15 minut kratší (Pokorný a Jahoda, 2018).

V odborném časopise *Medical Tribune* z roku 2019, se můžeme dočíst informaci, že počet implantovaných kyčelních kloubů v České republice dosahuje více než 18 000 (Medical Tribune, 2019). Pro porovnání počtu implantovaných kyčelních kloubů ve světě, Foran (2020) z AAOS (American Academy of Orthopaedic Surgeons) uvádí, že podle Agentury pro výzkum a kvalitu ve zdravotnictví, se ve Spojených státech amerických za rok provede více než 450 000 totálních endoprotéz kyčle.

2.1 Historie TEP

Do konce 19. století a na počátku 20. století se objevují první pokusy operací totálních endoprotéz kyčelního kloubu (dále jen TEP). Používány byly především biologické materiály, jako např. živočišné membrány, slonová kost, nebo zlaté destičky (Ortoweb, 2017). V roce 1925 bostonský chirurg Smith-Petersen představuje novou kloubní náhradu „molded arthroplasty“, v předkladu „povrchová náhrada“. Tato kloubní náhrada je popisována jako protéza potažená sklem, bakelitem a syntetickými pryskyřicemi (Galia et al., 2017; Dungl a Kubeš, 2014). Další materiálové vylepšení přišlo taktéž od bostonského chirurga, kdy byla do praxe zavedena korozivzdorná kobalt-chromová slitina, v Česku známá jako „Smith-Petersenova čepička“ (Dungl a Kubeš, 2014). V československé ortopedii se o zavedení TEP zasloužil především profesor O. Čech (Ortoweb, 2017). Za celosvětově uznávaného moderního řešitele TEP je považován britský ortoped sir John Charnley. V roce 1960 zavedl a upravil techniku cementovaných totálních endoprotéz (Galia et al., 2017). Díky zdokonaleným technikám a technologiím kyčelní náhrady došlo od tohoto roku k vzestupu účinnosti TEP. Jedná se o jednu z nejúspěšnějších operací v celé medicíně (Foran, 2020).

2.2 Typy endoprotéz

Endoprotézy kyčelního kloubu dělíme dle rozsahu náhrady a dle způsobu fixace do kostního lůžka. Dle rozsahu náhrady jsou dále rozdělovány na cervikokapitální endoprotézy (výměna pouze horního konce femuru), nebo na totální náhrady (výměna včetně acetabula). Dle způsobu fixace do kostního lůžka rozdělujeme ještě na modely cementované, necementované a hybridní (Dungl a Kubeš, 2013). Toto dělení představuje různé způsoby fixace endoprotézy do kosti, nicméně zásadní rozdíl mezi nimi je přítomnost, či nepřítomnost kostního cementu (Galia et al., 2017). Níže se budeme vyjmenovaným modelům věnovat.

2.2.1 Cementované endoprotézy

Cementované endoprotézy se umísťují do předem připraveného kostního lůžka, a to v podobě umělé kloubní jamky a dřívku. Pomocí polymethylmetakrylátového tmelu neboli kostního cementu se zafixuje. Později při polymerizaci nabude na svém objemu, a tím se vtlačí do spongiózy a vyplní nerovnosti v kostním lůžku (Jahoda, 2020).

Tyto modely jsou implantovány většinou starším, méně aktivním pacientům či pacientům s osteoporózou. Výhodou tohoto typu je, že pacient může dříve zatěžovat operovanou končetinu, jelikož je tento typ charakterizován okamžitým zatuhnutím a dokonalým zafixováním implantátu (Ortoweb, 2020b).

2.2.2 Necementované endoprotézy

U tohoto typu endoprotéz je implantát bez použití kostního cementu mechanicky upevněn do kosti (Dungl a Kubeš, 2013). Aby došlo k rychlému spojení kosti a implantátu neboli k osteointegraci (vrůst kosti do povrchu náhrady), musí mít svůj povrch pomocí speciálních technologií zdrsňen a vhodně upraven (Jahoda, 2020).

Tyto modely jsou implantovány většinou mladým a aktivně založeným lidem, a to hlavně z důvodu případné reimplantace, která je v tomto případě technicky jednodušší (Ortoweb, 2020b). Lze považovat za nevýhodné nezbytnost dočasného odlehčování operované končetiny z důvodu adekvátního uzpůsobení podmínek pro vhojení implantátu (Jahoda, 2020).

2.2.3 Hybridní endoprotézy

Pokud je vhodné či nutné kombinovat typy implantátů, např. cementovaný dřík s necementovanou jamkou, nazýváme je hybridními (Jahoda, 2020). Obecně

je implantována necementovaná jamka s cementovaným dřikem, je však možná i opačná kombinace, která nese název „reverzní hybrid“ (Dungl a Kubeš, 2014).

Na základě individuálních charakteristik pacienta a zkušenosti chirurga by měla být provedena volba fixace (volba typu implantátu) (King a Phillips, 2016).

2.3 Operační přístupy

Postup může být proveden pomocí různých chirurgických přístupů, avšak nejběžnější přístupové cesty u endoprotézy kyčelního kloubu jsou zadní, přímý přední a přímý boční přístup (Galia et al., 2017; Moretti a Zachary, 2017).

a) Zadní přístup

Nazývaný také jako Mooreův přístup, je v současné době celosvětově nejvyužívanější, a to díky svému snadnému vystavení acetabula a femorálního kanálu. Pacient se nachází v boční dekubitní poloze. Jeho výhodou je nižší prevalence hluboké žilní trombózy (Galia et al., 2017; Moretti a Zachary, 2017).

b) Přímý boční přístup

Nazývaný také jako Hardinge nebo transgluteální, je druhým nejpoužívanějším přístupem. Pacient je v laterální dekubitní poloze, podobně jako u zadního přístupu. Jeho výhodou je snadné umístění implantátu (Galia et al., 2017; Moretti a Zachary, 2017).

c) Přímý přední přístup

Tento přístup je v současné době třetím nejužívanějším přístupem. Je považován za minimálně invazivní přístup díky své šetrné povaze. Pacient se nachází v poloze vleže na zádech většinou na specializovaném trakčním stole (Moretti a Zachary, 2017). Jeho výhodou je, že neporušuje šlachy a svalové vložky (Galia et al., 2017).

V endoprotetice jsou stále častěji implementovány také miniinvazivní přístupy, které umožňují časnější pooperační adaptaci, a to zejména u mladších pacientů (Černý a Novotný, 2022). Endoprotéza lze provést dále i „Watson-Jones“ přístupem, přístupem dvou řezů nebo gluteálním přístupem. Každý přístup má své výhody a nevýhody, nicméně všechny jsou bezpečné a úspěšné (Moretti a Zachary, 2017).

2.4 Indikace k TEP

Totální náhrada kyčelního kloubu je indikována u pacientů, u nichž je nevratným způsobem postižený kloub artrózou, revmatickou destrukcí či nádorem, nebo může být indikací u pacientů se zlomeninou krčku femuru (Jahoda, 2020).

Mezi nejčastější indikace k TEP kyčelního kloubu zařazujeme:

- artrózu kyčelního kloubu nereagující na konzervativní léčbu
- traumatické zlomeniny proximálního femuru
- revmatoidní artritidu – zánětlivé autoimunitní onemocnění
- aseptickou kostní nekrózu
- vrozené vady kyčelního kloubu
- onkologické onemocnění kyčle a oblasti kyčelního kloubu
- systémové onemocnění pohybového aparátu (Jahoda, 2020; Bílková, © 2011–2023).

Nejčastějším důvodem k operačnímu řešení je bolest a omezení funkce kloubu, která může být způsobená jakoukoliv výše zmiňovanou příčinou (Jahoda, 2020).

Další podkapitola se věnuje samotné artróze, jelikož její pokročilé stadium je zdaleka nejčastější indikací tohoto operačního řešení (Černý a Novotný, 2022).

2.5 Artróza

Artróza je degenerativní onemocnění kloubů a je také nazývána jako osteoartróza (lat. osteoarthrosis deformans, angl. osteoarthritis) či degenerativní artritida (Nýdrle, 2017; Frič, 2021). Osteoartróza kyčelního kloubu neboli koxartróza je chronické degenerativní onemocnění postihující kloub a okolní svalstvo, které vede k selhání funkce kloubu. Tím způsobuje bolest a postižení kloubu, což vede ke snížení kvality života (Bennell, 2013; Pokorný a Jahoda, 2018). Artróza je nejčastější onemocnění kloubů, jehož výskyt narůstá s věkem (Frič, 2021). Incidence degenerativního onemocnění postihuje více než 50 % jedinců starších 65 let a až 90 % starších 75 let (Šťastný a kol., 2017). Výrazné rozdíly v prevalenci artrózy kyčelního kloubu mezi muži a ženami nejsou, avšak rasové rozdíly zřejmé jsou (Popa et al., 2017). Příkladem je černá populace, která je postižena méně, jelikož v Evropě a USA je vyšší výskyt obezity, z toho důvodu je zvýšený výskyt artrózy (Ortoweb, 2020a). Je nutné poznamenat, že se nejedná v pravém slova smyslu o onemocnění, ale spíše

o fyziologický proces stárnutí pohybového aparátu. Důležité je věnovat při diagnostice pozornost biologickému věku pacienta a znát míru/stadium artrózy. Pokud máme pacienta v seniorském věku, u kterého je zjištěn lehký nálezn artrózy, považujeme tento stav za fyziologický. Avšak pokud u mladého pacienta zjistíme těžkou degeneraci kloubu, pak tento stav je nutné považovat za patologický (Nýdrle, 2017). Podstata artrózy spočívá v degeneraci kloubní chrupavky a dochází k rozvoji sekundárních změn v kloubu. Zde se tvoří osteofyty, pseudocysty v kosti, subchodrální skleróza kosti, nekróza, až destrukce kloubu, zkrácení končetiny, svalů a kloubního pouzdra (Ortoweb, 2020a).

Nejčastějším artrotickým nálezem je koxartróza, tedy degenerativní onemocnění kyčelního kloubu. Koxartróza je zrádná v tom, že pacienti nemusí několik let pociťovat obtíže v oblastech kyčle, ale mohou trpět obtížemi např. v kříži. Koxartróza se tedy až později diagnostikuje z důvodu změny postavení kyčle a zhoršující se hybnosti pacienta (Rychlíková, 2019).

2.5.1 Etiologie

Rozeznáváme primární a sekundární artrózu. Primární artróza kyčelního kloubu je významně ovlivněna genetickými faktory (Popa et al., 2017). Dále se charakterizuje přetěžováním – nošením těžkých břemen, sporty či nadváhou (Frič, 2021). Jedná se o nejčastější typ artrózy, kdy s věkem přichází stárnutí kloubní chrupavky (Nýdrle, 2017). A dále se s věkem snižuje i schopnost reparace, mění se i uspořádání kolagenních vláken, tím se chrupavka ztenčuje a její povrch je rozvlákněn (Ortoweb, 2020a).

Do příčin sekundární artrózy zařazujeme: zlomeniny acetabula a proximální části femuru, úrazy s poúrazovou deformací, kdy nejsou zcela zhojené měkké tkáně, opakované poranění, luxace či nestabilita kloubu. A taktéž je tento typ charakteristický přetěžováním kloubu, jako je tomu u primárních artróz. Další příčinou může být systémové onemocnění, jako revmatoidní artritida, M. Bechtěrev, nebo systémový lupus, u těchto autoimunitních onemocnění bývá právě často postižen pohybový aparát. Dále pyogenní artritida (infekt v kloubu) a postdysplastická koxartróza, která vzniká jako následek dysplazie kyčle (Nýdrle, 2017; Ortoweb, 2020a). I metabolické onemocnění jako hypertyreóza, dna, diabetes mellitus nebo ochronóza (Frič, 2021).

2.5.2 Klinický obraz

Pro lepší přehled rozdělíme klinický obraz na subjektivní a objektivní obtíže. Hlavním příznakem subjektivních obtíží je bolest. Ta je zpočátku pozátěžová, později je startovací,

projevující se ranní ztuhlostí. Pro těžký stupeň koxartrózy je charakteristická noční bolest, ta se nejčastěji propaguje do hýžďových a stehenních svalů (Frič, 2021).

Jako objektivní nález můžeme upozorovat již pacientovu kulhavou chůzi. Pacientův pohyb je omezený zpočátku z důvodu kontraktur svalů, v pozdějším stadiu kvůli deformitám kloubu. Dále můžeme při pohybu vyhmátat krepitus, později atrofie či dezaxace kloubu (Frič, 2021). Na rentgenovém snímku (dále jen RTG) se zobrazí různý stupeň artrózy, kde lze nalézt snížení kloubní štěrbiny, deformace hlavice a acetabula (Nýdrle, 2017). Výrazné deformity způsobují přetížení kyčelní chrupavky a dochází k sekundárně zmenšené kontaktní ploše. Toto zvýšené kontaktní napětí vede k následné degeneraci. Degenerativní změny vyzorované v kloubní chrupavce jsou zčásti způsobeny aktivovanými chondrocyty (Popa et al., 2017).

Je důležité věnovat pozornost jak subjektivním, tak objektivním obtížím. Bolest je u každého nemocného individuální, a proto někdy tyto subjektivní potíže neodpovídají RTG nálezů (Ortoweb, 2020a).

2.5.3 Diagnostika

Kromě pečlivě odebrané anamnézy a fyzikálního vyšetření se u všech pacientů standardně provádí RTG vyšetření (Šťastný a kol., 2017). Artrózu dle rentgenového nálezu a změn na chrupavce rozdělujeme do 4 stupňů:

- I. stupeň – v první fázi je patrné změknutí chrupavky, ztrácí se mechanická pevnost, mění se uspořádání kolagenních vláken a vytváří se méněcenný kolagen, na RTG mírné zúžení kloubní štěrbiny
- II. stupeň – dochází k rozpraskání a rozvláknění chrupavky, na RTG výrazné snížení kloubní štěrbiny, patrná je i její nesymetrie či nerovnost ploch, dochází ke sklerotizaci subchondrální kosti a vznikají osteofyty
- III. stupeň – v této fázi se ztrácí chrupavka, dochází k další progresi kloubní štěrbiny a nesymetriím, osteofyty jsou vytvořené, dochází k ulceraci a obnažuje se povrch kloubu, známky lokalizované osteoporózy, na RTG hraničně snížená kloubní štěrbina, dochází k tvorbě pseudocyst
- IV. stupeň – závěrečná fáze degenerativního procesu, dochází ke srůstání artikulujících kostí, deformitám, pseudocysty jsou vytvořené, na RTG zaniklá kloubní štěrbina, známky osteonekrózy a ankylozy (Ortoweb, 2020a; Frič, 2021).

Další vyšetřovací metodou může být magnetická rezonance, která se používá, pokud je potřeba ozřejmit stav postiženého kloubu. Metoda je spolehlivá, neboť vyhodnotí všechny degenerativní změnu (Nýdrle, 2017).

2.5.4 Terapie

Je nutno nejprve poznamenat, že artróza je v současné době nevléčitelná, degeneraci lze pouze zpomalit nebo na krátký čas pozastavit (Nýdrle, 2017). Cíl časné terapie koxartrózy spočívá především v zabránění samotné artrózy a její degenerativní progresi (Ortoweb, 2020a). Zpomalením či zmírněním rozvoje artrózy má terapie zlepšit kvalitu života před operačním výkonem (Frič, 2021).

Terapie se obecně rozděluje na konzervativní a chirurgickou léčbu. Do konzervativní léčby zahrnujeme režimová opatření, medikaci a rehabilitaci. Cílem režimových opatření je snaha o nepřetěžování postiženého kloubu, a to především snížením hmotnosti, úpravami sportovního či pracovního režimu či používáním kompenzačních pomůcek (berle, hůl). V rámci medikací v této problematice nalézáme zejména v akutní fázi antiflogistika a analgetika – které se užívají v období výraznějších bolestí jako doplněk k antiflogistikům. Dalšími medikamenty jsou kortikoidy, které se podávají intraartikulárně. Jsou podávány pacientům, kteří mají již pokročilé stadium artrózy a jsou indikováni k operačnímu řešení, ale nejsou schopni tohoto výkonu, nebo váhají, zda zákrok z hlediska svého zdravotního stavu podstoupit (Nýdrle, 2017; Frič, 2021). SYSADOA, dříve nazývána jako chondroprotektiva, jsou léky, které jsou vyráběny synteticky, nebo přírodně (kohoutí hřebínky, žraločí chrupavky aj.). Hlavním účinkem těchto léků je snížení bolesti a zlepšení funkce kloubu a předností je minimální počet vedlejších nežádoucích účinků (Nýdrle, 2017; Šťastný a kol., 2017). Rehabilitace mají mít účinek antiedematozní, antalgický a hyperemizační (Frič, 2021). Vhodné jsou lázeňské pobyty s procedurami, fyzikální metody, které ulevují od bolesti (Nýdrle, 2017). Značnou mediální pozornost měla léčba pomocí kmenových buněk, ta je ale považovaná za postup non lege artis a není doporučována. Zbývá chirurgická léčba, tedy operace – tou bývá totální náhrada kyčelního kloubu (Ortoweb, 2020a).

2.5.5 Prognóza

Artróza výrazně omezuje kvalitu života, a má to své odůvodnění. Za rok cena medikamentů nebo rehabilitační péče mnohdy přesáhne cenu kvalitní endoprotézy. Pacienti, kteří jsou ve středním věku, často nejsou schopni vykonávat svoje pracovní povinnosti, což vede

k invalidizaci. U starších pacientů může být problémem závislost na pomoci od rodinných příslušníků (Frič, 2021).

2.6 Kontraindikace k TEP

Kontraindikace je jakýkoliv stav nemocného, který znemožňuje uskutečnění operačního výkonu (Bílková, © 2011–2023). Do kontraindikací k implantaci kyčelního kloubu zařazujeme:

- přítomné infekční ložisko v organismu, např. mykózy, bércové vředy, proleženiny, urogenitální infekce, infekce v horních cestách dýchacích či chrupu
- závažné kardiopulmonální onemocnění
- onemocnění cév – ischemickou chorobu dolních končetin či opakované flebotrombózy
- neurogení artropatii
- špatnou kvalitu kostí
- alergii na implantát
- stav pacienta, který mu neumožňuje po výkonu chodit/rehabilitovat
- nespolupráci pacienta, např. při postižení CNS (Jahoda, 2020; Bílková, © 2011–2023).

2.7 Komplikace TEP

Komplikace můžeme rozdělit na obecné a specifické. Obecné jsou ty, které jsou identické s řadou chirurgických a ortopedických výkonů (krvácení, trombóza, infekce, poruchy srdeční funkce, embolizace aj.) (Jahoda, 2020; Ortoweb, 2020a).

Za specifické komplikace považujeme např. bolest. Bolestivá TEP může mít různé příčiny – uvolnění, tumor, infekci či únavovou zlomeninu (Dungl a Kubeš, 2014). Další komplikací je luxace – vykloubení kyčelního kloubu, nejčastěji způsobenou „zakázanými pohyby“, např. překřížení končetin. Další komplikací je uvolnění TEP, což může být zapříčiněno infektem – septickým uvolněním. Za závažnou komplikaci považujeme tzv. periprotetickou zlomeninu, což je stav, kdy dochází v okolí endoprotézy k úbytku kostní hmoty, oslabení a zlomenině. Může dojít také k rozdílu v délce končetin, kdy je postižený kloub zkrácený (Ortoweb, 2020a).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Implantace kyčelního kloubu se řadí mezi základní operace v ortopedii, které vyžadují včetně delší hospitalizace také specifickou ošetrovatelskou péči, která je v gesci především všeobecné sestry (Skřípalová, 2021).

3.1 Předoperační příprava

Základem všech operačních výkonů je předoperační příprava, jejímž úkolem je zabránění vzniku pooperačních komplikací. Předoperační příprava se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední předoperační přípravu (Slezáková a kol., 2019).

Je nutné podotknout, že v průběhu celé předoperační přípravy by se neměla opomíjet psychika pacienta. Cílem psychické přípravy je minimalizace strachu a stresu z operace. Na této přípravě by se měl podílet celý zdravotnický tým, kdy v rámci své kompetence by měl relevantně odpovídat na kladené otázky a nebagatelizovat je (Slezáková a kol., 2019).

3.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá předoperační příprava se časově vymezuje na více než měsíc před výkonem (Kudlová a kol., 2020). U plánovaných operačních výkonů většinou první kroky pacienta začínají ve specializované ortopedické ambulanci, kdy ortoped po důkladném zvážení výsledků klinických vyšetření a RTG vyšetření doporučuje či indikuje náhradu kyčelního kloubu. Specialista mimo jiné může osvětlit případná rizika a komplikace v průběhu operace a po operaci. Dále pak informovat pacienta jak o výhodách zákroku (snížení bolesti, zlepšení pohyblivosti kloubu), tak i nevýhodách zákroku (rychlejší opotřebování implantátu z důvodu nadměrné fyzické aktivity nebo nadváhy s důsledkem uvolnění implantátu) (Foran, 2020).

Pacient přichází na ortopedické oddělení k indikaci operačního výkonu. Zde jsou pacientovy potíže vyšetřeny a posouzeny z dosavadních provedených výsledků. Pokud chirurg indikuje implantaci kyčelního kloubu a pacient s výkonem souhlasí, je navrhnut termín operace (Schneiderová, 2014). Čekací doba na tento plánovaný výkon se pohybuje v řádu několika měsíců, na některých odděleních až několika let, jelikož jednotlivá oddělení mají podmínky značně rozdílné (Pokorný a Jahoda, 2018).

Po dohodnutém termínu operace si pacient odnáší žádanku pro předoperační vyšetření s poučením pro pacienta. Žádanku odevzdá praktickému lékaři, který dle sjednaného termínu operace naplánuje provedení všech potřebných vyšetření (Schneiderová, 2014). Výsledky

předoperačního interního vyšetření nesmí být starší než 14 dní před plánovanou operací. Základní předoperační vyšetření zahrnuje: RTG vyšetření srdce a plic, elektrokardiografii, fyzikální vyšetření, měření fyziologických funkcí, screeningové vyšetření moči (moč a močový sediment, cukr a aceton), screeningové vyšetření krve (krevní obraz, základní biochemie, krevní zkouška a Rh faktor, APTT a Quickův test). Je důležité vyloučit jakýkoliv zánět v těle. V rámci přípravy k operaci může být doporučena pacientovi autotransfuze (transfuze určená pro něho samého) (Slezáková a kol., 2019,). Indikující lékař může požadovat doplňující speciální vyšetření odvíjející se od celkového stavu pacienta – kardiologické, plicní, ORL, ultrazvukové vyšetření a jiné (Schneiderová, 2014). V rámci přípravy jsou důležité úpravy medikace pro perioperační období, nejčastěji jsou to pacienti užívající perorální antikoagulancia, která se převádějí na nízkomolekulární hepariny (nutné vysadit 5–7 dní před operací), nebo diabetičtí pacienti mají převedena perorální antidiabetika na inzulínovou terapii (Schneiderová, 2014; Jahoda, 2020).

Vhodnou stravou v posledních dnech před operací je bezsezbytková dieta. Dieta je zaměřena na lehce stravitelné potraviny, které nenadýmají a jsou nízkotučné. Strava před a po operaci pacientovi usnadní regeneraci a tím zpříjemní návrat do běžného života (Jahoda, 2020).

Do dlouhodobé přípravy můžeme zařadit i sociální plánování či úpravy v domácnosti. Je nutné si uvědomit, že pacient, který po operaci bude chodit o berlích či chodítku, bude potřebovat pomoc druhé osoby. Na místě je tedy požádat o pomoc rodinného příslušníka, případně si zajistit sociálního pracovníka. Co se týče úprav v domácnosti, je vhodné odstranění všech volných kobereců či kabelů, upevnění vyvýšeného toaletního prkénka, bezpečnostních madel v koupelně, zábradlí podél schodišť a jiné (Foran, 2020).

3.1.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava se časově vymezuje na 24 hodin před výkonem (Kudlová a kol., 2020). Den před operací se pacient včetně předoperačního vyšetření, osobních věcí a dokladů dostaví k hospitalizaci (Jahoda, 2020). Nástupem pacienta začíná předoperační příprava přímo v nemocnici. Pacient je nejprve znova dotazován, zda neprodělává zánětlivé onemocnění, které by znemožnilo operační výkon. Dále se vyřizuje nezbytný souhlas s hospitalizací, zjišťují se anamnestická a osobní data, případné alergie, léky, které pacient dlouhodobě užívá. Důležité jsou informace o případném kouření nebo spotřebě alkoholu. Všeobecná sestra přeměřuje fyziologické funkce (TK, P, TT), zjišťuje výšku a BMI. Později se sepisují pacientovy cennosti oproti podpisu. Pacient, který je indikován k operačnímu výkonu, musí lačnit minimálně 6–8 hodin, pokud pacient trpí poruchami výživy nebo

dehydratací, je parenterální výživou zajišťován dostatečný příjem tekutin a energie. Po zhodnocení soběstačnosti pacienta všeobecnou sestrou je nutné, aby byla provedena celková hygiena, nejlépe s použitím dezinfekčního mýdla. Důležité je zaměřit se na nehty, ty musí být čisté, případně nenalakované, obličej musí být zbaven všech kosmetických produktů a operační pole musí být oholeno. Lékař-operatér provede stranovou kontrolu a zajistí řádné označení operované dolní končetiny.

V den hospitalizace se zajišťuje anesteziologická příprava, tu má na starosti anesteziolog, který za pacientem přichází na oddělení. Anesteziolog hraje velkou roli na operačním sále, příprava tedy spočívá ve vyhodnocení zdravotního stavu, v seznámení s anestezií, riziky a komplikacemi. Pokud pacient souhlasí s anestezií, specialista rozhodne o vhodné medikaci před operací. Součástí anesteziologické přípravy je také medikace sedativ a hypnotik nejen pro navození klidného spánku před výkonem, ale také pro lepší účinek anestezie (Slezáková a kol., 2019).

Preventivní opatření je věnováno obzvláště tromboprofylaxi, využívají se především nízkomolekulární hepariny a perorální antikoagulantia, které se podávají u nekomplikovaných pacientů mezi 4–6 týdny (nejčastěji 35 dní) (Lošťák a Gallo, 2017).

3.1.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava se časově vymezuje na 1–2 hodiny před výkonem (Kudlová a kol., 2020). Příprava začíná v brzkých ranních hodinách, nejprve přeměřením fyziologických funkcí sestrou. Dále pacient provede rutinní hygienu a všeobecná sestra či lékař za její asistence zavede pacientovi permanentní močový katétr, který se zpravidla zavádí v den operace, nebo bezprostředně na operačním sále. Podobně tak bude provedeno i s periferní žilní kanylou, která se zavede do horní končetiny. Pacient si zapije douškem vody premedikaci naordinovanou anesteziologem. Sestra pokračuje s přiložením bandáží či antiembolických punčoch na zdravou dolní končetinu. Kontroluje chrup, pokud má pacient snímatelnou zubní protézu, je nutné ji odstranit z dutiny ústní a uložit do předem připravené označené sklenice s vodou. Taktéž odkládá veškeré kovy (hodinky, piercing apod.). Nutnou součástí je kontrola dokumentace všeobecnou sestrou včetně podepsaných souhlasů, kontrola operačního pole a lačnění. Pacient s diabetem je zpravidla zařazen v programu na první místo (Slezáková a kol., 2019). Aplikují se případně antibiotika a protizánětlivé léky dle ordinace lékaře (Székely, © 2023).

Pacient je na sál odvážen všeobecnou sestrou vleže, na lůžku nebo na transportním vozíku, je nahý, přikrytý čistým prostěradlem. Spolu s pacientem je odvážen celý chorobopis (Schneiderová, 2014).

3.2 Vlastní operační výkon

Po bezprostřední přípravě na oddělení je pacient odvážen na centrální operační sály přes vstupní filtr. Zde probíhá předání pacienta včetně důkladné kontroly dokumentace a identifikace pacienta. Pacient je z původního lůžka přesunut na transportní vozík. Je opět zakrytý čistým prostěradlem a vlasy jsou kryté jednorázovou čepicí. Pacient je transportován přímo na místo konání operace, kde dochází k polohování, anestezii atd. (Ihnát, 2017).

V tento moment přichází na řadu samotný operační výkon, který se většinou provádí v poloze na boku (Székely, © 2023). V České republice převažuje anterolaterální přístup, kdy je kožní řez veden po zevní straně kyčle. Po proniknutí ke kyčelnímu kloubu je odstraněna poškozená hlavice s pouzdrem. Dále je provedena osteotomie v krčku. Po potřebném opracování kloubní jamky pomocí sférických fréz, následuje příprava dřevné dutiny stehenní kosti. Poté je nutné komponenty několikrát vyzkoušet, je-li délka optimální. Po vyzkoušení se zavádí hlavička na dřík a kloub je zreponován. Ke konci se zavede Redonův drén a po vrstvách se rána zašije (Jahoda, 2020). Nutné je před zašitím rány, vyzkoušet a zkontrolovat stabilitu endoprotéz (Székely, © 2023). Cementované náhrady jsou upevněny kostním cementem a necementované náhrady mají zajištěnou stabilitu tvarem a zpracováním povrchu protézy. Celý výkon trvá většinou 1–2 hodiny (Bílková, © 2011–2023).

3.3 Pooperační péče

Po ukončení chirurgického výkonu a anestezie nastává pooperační období (Flajšingrová, 2019). Pooperační péče se odvíjí dle stavu pacienta a přidružených onemocnění. Většinou již před operačním výkonem je rozhodnuto, zdali pacient půjde z pooperačního pokoje zpět na standardní lůžkové oddělení, nebo bude potřeba intenzivní péče na JIP či ARO (Schneiderová, 2014).

Bezprostřední pooperační období se časově pohybuje do 2 hodin od ukončení nekomplikovaného výkonu. Pacient je předán z operačního sálu s dokumentací ke sledování na zotavovací pokoj. V této fázi je opět bezprostředně nutná péče všeobecné sestry,

a to především monitorováním a sledováním vědomí, krevního oběhu, dýchání, vnitřního prostředí, odpadu z drénů, případné zvracení a bolest (Flajšingrová, 2019).

Ve stabilizovaném stavu je pacient předán na standardní lůžkové oddělení. Po předání pacienta je nutné všeobecnou sestrou měřit, zapisovat a hodnotit krevní tlak, puls, tělesnou teplotu, dech, saturaci krve kyslíkem a vědomí. Kontrolovat operační ránu (prosakování obvazu) a drény (funkčnost, množství a charakter sekretu). Na ránu pravidelně přikládat ledové obklady. Pokud dojde k prosáknutí krytí, doplní se o další vrstvu. Nekomplikovanou operační ránu všeobecná sestra převazuje až druhý pooperační den. Rána může být ošetřována tzv. zámkem rány s příměsí stříbra, která je následně chráněna sterilním uzavřeným absorpčním krytím. Všeobecná sestra hodnotí u PŽK případné známky infekce dle škály Maddona a dle ordinace lékaře podává profylakticky antibiotika. Důležitou součástí je sledování a hodnocení bolesti, proti níž se podávají většinou bolusově analgetika dle stavu pacienta. Bolest zapisujeme a hodnotíme pomocí škál verbálních (bolest vyjádřena číslem na stupnici 1–10), neverbálních (mimika, pláč) a vizuálních (zaznačená intenzita bolesti na úsečce). Po operaci se může také dostavit nevolnost a zvracení jako následek premedikace a anestezie. Zvratky mohou způsobit aspiraci, proto je nutné pacienta polohovat do zvýšené polohy, sledovat celkový stav a podávat parenterální cestou léky, jež tlumí nauzeu a zvracení. Pokud se nedostaví žádný z těchto následků, pacientovi je podávána běžná večeře dle diety. Je obzvláště důležité sledování vyprazdňování moči a stolice. Vymočení by mělo po operaci proběhnout do 6–8 hodin. Dle standardu oddělení se zavádí močový katétr některým pacientům již před operací. Kontrolujeme, zda je močový katétr průchozí, a v močovém sáčku sledujeme množství, barvu a případné příměsi v moči. Všeobecná sestra nejprve hodnotí hodinovou diurézu, později (za 24 hodin) sleduje bilanci tekutin a případně podává náhradní roztoky parenterální cestou. K obnovení peristaltiky by mělo dojít do třetího dne od chirurgického zákroku. V rámci prevence trombembolické nemoci, sestra pokračuje v přikládání bandáží či elastických punčoch, aplikacích antikoagulancií a dbá na včasnou mobilizaci (Schneiderová, 2014; Slezáková a kol., 2019; Novotná a Holubová, 2013; Černý a Novotný, 2022).

Po 24 až 48 hodinách dochází k odstranění drénů z rány a zahajuje se vstávání z lůžka s postupným nácvikem chůze o berlích (Jahoda, 2020).

Do rámce ošetrovatelské péče o pacienty před a po operaci kyčelního kloubu se zahrnují tzv. zlepšené/zrychlené cesty neboli Enhanced Recovery After Surgery (dále jen ERAS), v překladu zlepšené zotavení po operaci. Tyto cesty mají za cíl zkrátit dobu zotavení nemocného po operaci a díky nim i zlepšit její výsledky. V předoperační době se personál

zaměřuje na fyzickou, psychickou stránku a edukaci pacienta, po operaci pak na častou chůzi či soběstačnost. Celý zdravotnický tým se s tímto cílem zaměřuje na požadované změny systému, aby byla péče konzistentní pro každého jedince, a aby se tak urychlila rekonvalescence či eliminovaly komplikace. Propuštěný pacient má vždy jasné pokyny, jak sám/sama po operaci postupovat. V ortopedii má ERAS velké zastoupení, jelikož výkony jsou charakteristické svou dlouhou hospitalizací a vysokými náklady. Tento proces se používá v Dánsku či ve Spojeném království, kde je úspěšný, a mezinárodně se rozšiřuje jako osvědčený postup při TEP kyčelního a kolenního kloubu (ERAS Society, © 2023).

3.4 Rehabilitace

Důležitým specifickým ošetrovatelské péče u pacientů s výměnou kyčelního kloubu je předoperační a pooperační rehabilitace, kterou provádí a ovládá všeobecná sestra ve spolupráci s fyzioterapeuty.

Délka hospitalizace na ortopedii je 11–13 dnů, poté je pacient přeložen z ortopedie na rehabilitační lůžkové oddělení, na kterém intenzivně rehabilituje. Doba hospitalizace na tomto oddělení je většinou 2–4 týdny (Pokorný a Jahoda, 2018).

3.4.1 Předoperační rehabilitace

Úkolem předoperační rehabilitace je co nejlépe připravit celkovou kondici pacienta s cílem maximálně možného funkčního stavu svalů v místě kyčelního kloubu, včetně přípravy na pooperační změny v pohybu (Jahoda, 2020).

Tuto přípravu můžeme obecně rozdělit na léčebně tělesnou výchovu a fyzikální terapii. Do léčebně tělesné výchovy zahrnujeme: uvolnění zkrácených svalů, nácvik správného zanožení a nácvik správné chůze o berlích, nácvik sebeobsluhy, dechovou gymnastiku a u obézních pacientů redukci hmotnosti. Do fyzikální terapie se řadí: elektroterapie, která využívá účinky magnetoterapie, dále pak pozitivní termoterapie a hydroterapie či galvanoterapie (Tým rehabilitace.info, 2017).

V průběhu této přípravy by se neměla opomíjet edukace pacienta celým zdravotnickým týmem. Ta může např. psychologicky připravit pacienta na rehabilitační cíle tak, že mu poskytne jasná očekávání ohledně celého procesu (Edwards et al., 2017).

3.4.2 Pooperační rehabilitace

K této operaci neodmyslitelně patří včasná pooperační rehabilitace, která je především v režii fyzioterapeutů. Ačkoliv o pohybovém režimu a technice poučují především

fyzioterapeuti, všeobecné sestry s pacientem tráví nejvíce času a jsou schopny je taktéž edukovat a několikrát denně cviky provádět. Jsou pacientovou pravou rukou při běžných činnostech (dopomoc při hygieně, doprovod na toaletu), při kterých navíc sledují správné postavení operované dolní končetiny a pacienta opravují, aby zabránily případnému vykloubení náhrady. Fyzioterapie je prevencí vzniku tromboembolických a respiračních komplikací, dekubitů apod. (Schneiderová, 2014; Lukášová, 2017).

Zahajuje se individuálním přístupem bezprostředně po operaci na standardním nebo případně na JIP oddělení. Nejprve všeobecná sestra začíná samotným polohováním operované končetiny, a to zajištěním molitanového čtverce mezi kolena nebo polohováním pomocí derotační botičky. Pomůcky pro polohování zajišťuje a připravuje taktéž. Pokračuje se dechovou a cévní gymnastikou, aktivují se stehenní a hýžděové svaly a nezapomíná se ani na neoperovanou končetinu. V případě dobrého celkového stavu může vertikalizace začít hned první pooperační den, a to za pomoci dvou podpažních či francouzských berlí, popřípadě chodítka. Další dny má pacient končetinu v tzv. korýtku, které zajišťuje nulové rotační postavení (UNIFY ČR, 2015; Tým rehabilitace.info, 2017). Obvykle se dále pokračuje s nácvikem sedu na lůžku pod dohledem fyzioterapeuta, sestra kontroluje již bez derotační boty správné postavení dolní končetiny, a to především v rámci prevence luxace kyčelního kloubu.

Všeobecná sestra se věnuje v rámci rehabilitace zvláště nácviku soběstačnosti a sebeobsluhy, aktivně pacienta zapojuje do všedních činností dle možností pooperačního režimu. V sedu pacient provádí hygienu, kterou zvládá sám nebo s dopomocí. Během 4.–5. pooperačního dne se začíná s nácvikem správného stereotypu chůze a pokračuje se v aktivním cvičení operované končetiny (pokrčení a unožení v leže na zádech, přetáčení přes zdravou stranu s klínem mezi kolena). Později je pacient víceméně samostatný a zaměřuje se především na rehabilitaci (Tým rehabilitace.info, 2017; Novotná a Holubová, 2013).

Zásadním pravidlem je poučení pacienta všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem o přísném dodržování pohybového režimu: vyloučit předklon trupu v kyčli přes 90°, nekřížit končetiny, neprovádět rotaci v kyčli (hrozí vykloubení), neležet na operovaném boku a nepřetáčet se na něj (Pokorný a Jahoda, 2018; Jahoda, 2020). Pacienta je taktéž nutné naučit oblékání nohavic/ponožek s pomůckami, dbát na používání molitanového čtverce (polštářku) mezi kolena a nízkého polštáře pod hlavou (Tým rehabilitace.info, 2017).

Dle individuálních zvláštností operatér dále povoluje postupnou zátěž na operovanou končetinu. Pacient většinou po 8–12 týdnech postupně odkládá berle a od dovršení 12. týdne

může chodit zcela bez opory. Sportovní aktivity se povolují většinou od 6. měsíce po zákroku. Povoleny jsou pouze sporty rekreační, např. golf. Doživotně je nutné vyloučit sporty kontaktní, např. box, hokej apod. (UNIFY ČR, 2015; Pokorný a Jahoda, 2018).

3.5 Prognóza TEP

Výměna kyčelního kloubu je dlouhodobě vyzkoušená metoda léčení bolestivých onemocnění kyčle. Výsledkem jsou nejen výborné krátkodobé či dlouhodobé efekty léčby, ale především zlepšení kvality života u pacienta (UNIFY ČR, 2015).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na zjištění a vyhodnocení kvality života u pacientů před implantací kyčelního kloubu pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF doplněného o sociodemografické otázky (viz příloha P I).

4.1 Výzkumné cíle kvantitativního šetření

Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaká je úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu.

Dílčí cíle

1. Zjistit a vyhodnotit úroveň zdravotního stavu a kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu.
2. Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „**Fyzické zdraví**“.
3. Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „**Prožívání**“.
4. Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „**Sociální vztahy**“.
5. Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „**Prostředí**“.

4.2 Metodika výzkumného šetření

Výzkumný soubor

Osloveni byli hospitalizovaní pacienti, kteří podstupují TEP kyčelního kloubu z důvodu degenerativního onemocnění.

Kritéria pro výběr respondentů pro výzkumné šetření:

- pacienti trpící koxartrózou
- hospitalizovaní pacienti indikovaní k totální výměně kyčelního kloubu (maximálně však 14 dní před operačním výkonem)
- pacienti před operací totální endoprotézy kyčelního kloubu
- věk ani pohlaví nehrálo roli.

Pacienti byli před vyplněním obeznámeni, že dotazníkové šetření je zcela dobrovolné a anonymní a že vyplnění dotazníku zabere 5–10 minut.

4.3 Technika sběru dat

Pro kvantitativní výzkumné šetření byl zvolen standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Dotazník je složen z 26 položek, uspořádan do 4 domén a 2 samostatných položek. Domény zjišťují pomocí jednotlivých položek kvalitu života v oblastech fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dvě samostatné položky zjišťují samotnou celkovou kvalitu života a zdravotní stav.

Výsledky dotazníku se vyjadřují jako doménové skóry a hodnoty odpovědí dvou samostatných položek, které se jednotlivě prezentují jako průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek/otázek (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Tento dotazník byl vybrán ve spolupráci s původní vedoucí PhDr. Miroslavou Kubicovou, Ph.D., protože komplexně vystihuje všechny položky života respondenta. Vhodným nástrojem pro měření kvality života se zdál i standardizovaný dotazník SF-36, avšak některé otázky zjišťující fyzickou kondici (sporty) se pro náš výzkumný soubor (pacienti ve vyšším věku indikovaní k operaci z důvodu koxartrózy) nezdály přiměřené.

Na dotazník se vztahují autorská práva, bylo tedy nutné nejprve získat povolení od autorů, a to vyplněním registračního formuláře (viz příloha P II). Poté byl dotazník zaslán PhDr. Evou Dragomireckou, Ph.D., e-mailovou korespondencí. Autorkami české verze jsou Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová.

Dotazník WHOQOL-BREF byl doplněn o 3 sociodemografické položky. Otevřené otázky zjišťující věk, pohlaví a čekací dobu na výkon.

Položky přiřazené k cílům

První dvě položky (**Q1** a **Q2**) směřují k zodpovězení dílčího cíle č. 1: Zjistit a vyhodnotit úroveň zdravotního stavu a kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu.

Pro první doménu „**Fyzické zdraví**“ se počítá průměrný hrubý skór ze sedmi položek (q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18) pomocí vzorce: $=\text{PRŮMĚR} ((6-C2); (6-D2); J2; O2; P2; Q2; R2) * 4$.

Tato doména směřuje k zodpovězení dílčího cíle č. 2: Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „**Fyzické zdraví**“.

Pro druhou doménu „**Prožívání**“ se počítá průměrný hrubý skór ze šesti položek (q5, q6, q7, q11, q19 a q26) pomocí vzorce: $=\text{PRŮMĚR} (E2;F2;G2; K2;S2;(6-Z2))*4$.

Tato doména směřuje k zodpovězení dílčího cíle č. 3: Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „**Prožívání**“.

Pro třetí doménu „**Sociální vztahy**“ se počítá průměrný hrubý skór ze tří položek (q20, q21 a q22) pomocí vzorce: $=\text{PRŮMĚR} (T2;U2;V2)*4$.

Tato doména směřuje k zodpovězení dílčího cíle č. 4: Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „**Sociální vztahy**“.

Pro poslední doménu „**Prostředí**“ se počítá průměrný hrubý skór z osmi položek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25) pomocí vzorce: $=\text{PRŮMĚR} (H2;I2;L2; M2;N2;W2;X2;Y2)*4$.

Tato doména směřuje k zodpovězení dílčího cíle č. 5: Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „**Prostředí**“.

U některých položek (q3, q4 a q26) bylo nutné otočit škály, proto jsou ve vzorcích odečteny od čísla 6.

4.4 Organizace sběru dat

Po konzultaci a schválení finálního dotazníku původní vedoucí práce PhDr. Miroslavou Kubicovou, PhD., byly vytvořeny pro každé zařízení dvě žádosti pro sběr dat pro studijní účely, které byly přiloženy ke krátké anotaci a samotnému dotazníku (viz přílohy P III, IV, V). Po schválení výzkumného šetření vedením jednotlivých pracovišť byly dotazníky v tištěné podobě distribuovány od začátku listopadu 2022 do konce ledna 2023. Dotazníkové šetření proběhlo v KNTB, a. s., Nemocnici Kyjov a Nemocnici Břeclav na odděleních ortopedie. Dotazníky jsme s instrukcemi předali na oddělení pověřené osobě (vrchní, staniční sestře, popřípadě všeobecné sestře). V nemocnici Kyjov bylo distribuováno 50 dotazníků, v nemocnici Břeclav 20 a v KNTB, a. s., 35 dotazníků. Celkově bylo distribuováno 105 dotazníků a navracených rovných 100. Všechny dotazníky byly řádně vyplněny, nebylo tedy nutné žádné vyřazení.

Dotazník předala všeobecná sestra pacientovi nejčastěji již při příchodu na oddělení (při příjmu). Na výše uvedená pracoviště byly předány boxy s otvorem, kde respondenti vhazovali své dotazníky, tak aby se zachovala anonymita respondentů.

Jsme si vědomi, že je dotazníkové šetření pro celý zdravotnický tým, zejména pro sestry, časově náročné. Z tohoto důvodu v rámci praktické výuky v KNTB, a. s., na ortopedii jsme samotný proces sběru dotazníků provedli osobně.

4.5 Zpracování získaných dat

Pro zpracování získaných dat byl zvolen program Microsoft Excel. Pro vyhodnocení byla použita absolutní a relativní četnost. Přičemž absolutní četnost udává počet výskytů jednotlivých odpovědí a relativní četnost informuje o počtu výskytů jednotlivých variant odpovědí na základě celkového počtu odpovědí na danou otázku. Absolutní (n) a relativní (ni – uvedené v %) četnosti jsou níže v tabulkách zaznačeny ve svých základních zkratkách. Taktéž byla vypočtena směrodatná odchylka (níže značená zkratkou SD) k doménám a některým položkám z dotazníku.

Standardizované dotazníky byly zpracovány na základě českého manuálu/příručky WHOQOL-BREF od Dragomirecké a Bartoňové z roku 2006.

Položky z dotazníku jsou hodnoceny na Likertově škále (celkem na pěti škálách), které vyjadřují množství (vůbec ne – maximálně), kapacitu (vůbec ne – zcela), frekvenci (nikdy – neustále) a hodnocení (velmi nespokojen – velmi spokojen; velmi špatný – velmi dobrý). Rozpětí škály u jednotlivých otázek (Q1 a Q2) je 1–5, u domén 4–20, přičemž vyšší skóre poukazuje na lepší kvalitu života. Jednotlivé položky dotazníku jsou hodnoceny na škále od 1–5, kdy vyšší skóre poukazuje na lepší kvalitu života, avšak u některých položek (q3, q4 a q26) je nutné otočit odpovědi na škále (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Položky byly rozřazeny do domén, vypočteny a následně zpracovány do tabulek dle jednotlivých domén. Úroveň kvality života jednotlivých položek a domén byly zjištěny pomocí již zmíněných vzorců. Vyhodnocení proběhlo za pomoci tabulek, které jsou součástí manuálu WHOQOL-BREF (viz příloha P VI).

5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

Kapitola je rozdělena na podkapitolu, která prezentuje výsledky sociodemografických položek dotazníku, a na podkapitolu, která vyhodnocuje standardizovaný dotazník dle manuálu pro zpracování.

5.1 Sociodemografická část výzkumného šetření

Otázka č. 1 zjišťovala věk respondentů

Tabulka 1 Věk respondentů

Věk (roky)	n	ni
50–59	16	16 %
60–69	35	35 %
70–79	39	39 %
80 a více	10	10 %
Celkem	100	100 %

Legenda: n – absolutní četnost, ni – relativní četnost (v %)

Komentář:

Největší věkové zastoupení respondentů je mezi 70–79 lety (39 %). Podobně je na tom věkové rozmezí 60–69 let (35 %). Nejméně respondentů uvádělo věk 80 a více (10 %). Nejmladší respondent má 50 let a nejstarší 84 let. Průměrný věk respondentů je $68,75 \pm 7,79$ SD.

Otázka č. 2 zjišťovala pohlaví respondentů

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	n	ni
Žena	52	52 %
Muž	48	48 %
Celkem	100	100 %

Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 100 respondentů, z toho 52 (52 %) žen a 48 (48 %) mužů.

Otázka č. 3 zjišťovala délku čekací doby na operační výkon**Tabulka 3** Čekací doba na operační výkon

Čekací doba (v měsících)	n	ni
1	1	1 %
2–6	25	25 %
7–12	31	31 %
13–24	36	36 %
25–36	6	6 %
37 a více	1	1 %
Celkem	100	100 %

Komentář:

Nejkratší dobu na výkon čekal 1 respondent, a to 1 měsíc. Nejdéle pak taktéž 1 respondent, a to 48 měsíců. Nejvíce respondentů (36 %) uvedlo čekací dobu 13–24 měsíců. Podobně pak 31 respondentů uvedlo 7–12 měsíců. Dvacet pět respondentů čekalo 2–6 měsíců a 6 jich čekalo 25–36 měsíců. Z našeho souboru vyplývá, že průměrná čekací doba na operační výkon je $14,13 \pm 8,96$ SD.

5.2 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku kvality života

WHOQOL – BREF

Standardizovaný dotazník obsahuje celkem 26 položek uspořádaných do 4 domén a 2 samostatných položek. Dotazník zjišťuje, jak dotazovaný vnímá kvalitu života, zdraví a ostatní životní oblasti. Položky z dotazníku jsou hodnoceny na pěti Likertových škálách. Rozpětí škály u jednotlivých otázek (Q1 a Q2) je 1–5, u domén 4–20, přičemž vyšší skóre poukazuje na lepší kvalitu života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Doménám a samostatným položkám přísluší tabulka s absolutními a relativními četnostmi. Pro vyhodnocení kvality života náleží doménám a položkám Q1 a Q2 tabulka se zjištěným průměrným hrubým skórem a populační normou včetně spočtených směrodatných odchylek.

5.2.1 Celková kvalita života a zdravotní stav

Položka Q1 – Kvalita života

Odpovědi respondentů:

Tabulka 4 Kvalita života

Položka Kvalita života	Velmi špatná (1)		Špatná (2)		Ani špatná, ani dobrá (3)		Dobrá (4)		Velmi dobrá (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? (Q1)	2	2 %	13	13 %	31	31 %	50	50 %	4	4 %

Komentář:

V samostatné položce respondenti hodnotili kvalitu svého života. Polovina respondentů (50 %) ohodnotila svou kvalitu života jako dobrou. Třicet jedna respondentů zaznačilo odpověď „ani špatná, ani dobrá“. Dva respondenti zhodnotili kvalitu svého života jako velmi špatnou a 13 jako špatnou. Naopak 4 respondenti považují kvalitu svého života za velmi dobrou.

Položka Q2 – Spokojenost se zdravím

Odpovědi respondentů:

Tabulka 5 Spokojenost se zdravím

Položka Spokojenost se zdravím	Velmi nespokojen/a (1)		Nespokojen/a (2)		Ani spokojen/a, ani nespokojen/a (3)		Spokojen/a (4)		Velmi spokojen/a (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Jak jste spokojen/a se svým zdravím? (Q2)	2	2 %	16	16 %	50	50 %	32	32 %	0	0 %

Komentář:

V druhé samostatné položce respondenti uváděli, jak jsou spokojeni se svým zdravím. Polovina respondentů (50 %) uvedla, že se svým zdravím nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni. Žádný z respondentů nevedl, že by byl se svým zdravím velmi spokojen, avšak odpověď „spokojen/a“ uvedla druhá nejpočetnější skupina (32 %). Nespokojenost se svým zdravím uvedlo 16 respondentů. Značnou nespokojenost se svým zdravím uvedli 2 respondenti zakroužkováním odpovědi „velmi nespokojen/a“.

Vyhodnocení úrovně zdravotního stavu a kvality života:

Tabulka 6 Vyhodnocení kvality života a zdravotního stavu

Položka	Sledovaný soubor	SD	Populační norma	SD
Kvalita života (Q1)	3,41	0,84	3,82	0,72
Spokojenost se zdravím (Q2)	3,12	0,74	3,68	0,85

Legenda: SD – směrodatná odchylka

Komentář:

Minimální získaný skór u samostatných položek je 1,00 a maximální je 5,00. Vyšší získaný skór označuje lepší kvalitu života.

U první samostatné položky „Kvalita života“ u sledovaného souboru našeho dotazníkového šetření vyšel průměrný skór $3,41 \pm 0,84$ SD. Tato hodnota se výrazně neliší od populační normy kvality života, která činí $3,82 \pm 0,72$ SD. Dle zjištěného skóru položky je úroveň kvality života považována za mírně zhoršenou.

U druhé samostatné položky „Spokojenost se zdravím“ u sledovaného souboru našeho šetření byl spočten skór $3,12 \pm 0,74$ SD. Naše zjištěná hodnota se oproti populační normě BREF dotazníku liší mírně. Z tabulky vyplývá, že populační norma udává $3,68 \pm 0,85$ SD. Vzhledem ke zjištěnému skóru položky je úroveň celkového zdravotního stavu u zkoumaného souboru považována za zhoršenou.

5.2.2 Doména 1 – Fyzické zdraví

Doména „Fyzické zdraví“ zahrnuje položky: q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18.

Odovědi respondentů:

Tabulka 7 Fyzické zdraví

Položky domény Fyzické zdraví	Vůbec ne (1)		Trochu (2)		Středně (3)		Hodně (4)		Maximálně (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? (q3)	0	0 %	6	6 %	23	23 %	61	61 %	10	10 %
Jak moc potřebujete lékařskou péči k fungování v každodenním životě? (q4)	3	3 %	33	33 %	44	44 %	14	14 %	6	6 %
	Vůbec ne (1)		Spíše ne (2)		Středně (3)		Většinou ano (4)		Zcela (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Máte dost energie pro každodenní život? (q10)	0	0 %	26	26 %	32	32 %	38	38 %	4	4 %

Jak se dokážete pohybovat? (q15)	4	4 %	35	35 %	46	46 %	14	14 %	1	1 %
	Velmi nespokojen/a (1)		Nespokojen/a (2)		Spokojen/a ani nespokojen/a (3)		Spokojen/a (4)		Velmi spokojen/a (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Jak jste spokojen/a se svým spánkem? (q16)	3	3 %	41	41 %	26	26 %	26	26 %	4	4 %
Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti? (q17)	3	3 %	35	35 %	38	38 %	22	22 %	2	2 %
Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem? (q18)	9	9 %	39	39 %	29	29 %	23	23 %	0	0 %

Komentář:

Doména 1 zahrnuje 7 položek, které se věnují bolesti a nepříjemným pocitům, energii a únavě či spánku a odpočinku.

Položky q3 a q4 jsou značeny na Likertově škále jako vůbec ne (1) – maximálně (5).

První položka zjišťuje, do jaké míry bolest brání respondentům vykonávat fyzickou aktivitu. Nadpoloviční většina (61 %) uvedla, že jim bolest hodně brání. Druhá nejpočetnější odpověď byla „středně“, a to od 23 respondentů. Deset respondentů uvedlo, že jim bolest brání maximálně v tom, co potřebují dělat. Žádný z respondentů neuvedl, že by ho bolest při pohybu neomezovala. Šest respondentů uvedlo, že bolest je omezující trochu.

Položka s označením q4 zjišťuje, jak moc respondenti potřebují lékařskou pomoc k dennímu fungování. Skoro polovina (44 %) uvedla, že ke svému fungování potřebuje lékaře středně. Třicet tři tázaných uvedlo, že ji potřebují trochu. Odpověď „hodně“ zakroužkovalo

14 respondentů. Maximálně lékařskou péči potřebuje 6 respondentů, naopak vůbec ji nepotřebují 3.

Položky q10 a q15 jsou hodnoceny na Likertově škále jako vůbec ne (1) – zcela (5).

Položka, která se zabývá energií, je označena q10. Zjišťuje, zda mají respondenti energii pro každodenní činnosti. Na tuto otázku odpovědělo „většinou ano“ 38 respondentů. Podobný počet byl zaznamenán i u odpovědi „středně“, a to 32 respondenty. 26 % uvedlo, že spíše nemají dostatek energie pro denní činnosti. Čtyři dotazovaní uvedli, že mají energie dostatek.

Na otázku „Jak se dokážete pohybovat?“ odpověděla skoro polovina respondentů (46 %) odpovědí „středně“. Třicet pět respondentů uvedlo, že se spíše nedokážou pohybovat a 4 dotazovaní uvedli, že vůbec ne. Odpověď „většinou ano“ zvolilo 14 respondentů a „zcela“ jeden respondent.

Položky q16, q17, q18 jsou hodnoceny na Likertově škále jako velmi nespokojen/a (1) - velmi spokojen/a (5).

Položka q16 se věnuje spánku. Nejvíce respondentů (41 %) uvedlo, že jsou nespokojeni se svým spánkem. Odpověď „spokojen/a“ a „spokojen/a ani nespokojen/a“ uvedl stejný počet respondentů (26 %). Velmi nespokojeni byli 3 respondenti, naopak 4 respondenti byli velmi spokojeni se svým spánkem.

Předposlední otázka v této doméně je označena jako položka q17. Položka zjišťuje míru spokojenosti se schopností provádět každodenní činnosti. Spokojeno ani nespokojeno bylo 38 respondentů. Nespokojených respondentů se svou schopností provádět denní činnosti bylo 35, velmi nespokojeni byli 3 respondenti. Velmi spokojeni byli 2 dotazující. Spokojeni se svým každodenním fungováním bylo 22 respondentů.

Poslední otázka zjišťuje, jak jsou respondenti spokojeni se svým pracovním výkonem. Z tabulky vyplývá, že nejpočetněji označenou odpovědí je „nespokojen/a“, a to 39 respondenty. Žádný z dotazovaných neuvedl, že by byl velmi spokojen, naopak velmi nespokojených bylo 9 mužů a žen. Spokojených respondentů se svým pracovním výkonem bylo 23 a spokojených ani nespokojených bylo 29 dotazovaných.

Vyhodnocení úrovně kvality života v doméně „Fyzické zdraví“:**Tabulka 8** Vyhodnocení kvality života v doméně "Fyzické zdraví"

Doména 1	Sledovaný soubor	SD	Populační norma	SD
Fyzické zdraví	11,25	2,26	15,55	2,55

Komentář:

Minimální získaný skór u domény „Fyzické zdraví“ je 5,14 a maximální je 20,00. Vyšší získaný skór označuje lepší kvalitu života.

U domény „Fyzické zdraví“ sledovaný soubor našeho dotazníkového šetření získal průměrný skór $11,25 \pm 2,26$ SD. Tato hodnota je výrazně snižená v porovnání s populační normou kvality života, která činí $15,55 \pm 2,55$ SD. Zjištěná hodnota domény se dle intervalů populačních norem pohybuje v rozšířeném intervalu normy BREF, má tedy blíže k hodnotě 11,20, která se klasifikuje jako „mírně snižená kvalita“.

V doméně (viz tabulka 7) „Fyzické zdraví“, byla položka q18: „Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“ respondenty nejhůře hodnocena a vyšla s nejnižším průměrným skórem $2,66 \pm 0,93$ SD. Oproti populační normě BREF, která činí $3,76 \pm 0,80$ SD, je tato hodnota nižší. Dále byla dotazovanými velmi špatně hodnocena položka q15: „Jak se dokážete pohybovat?“. Této položce vyšel průměrný skór $2,73 \pm 0,79$ SD, v porovnání s populační normou BREF, která činí $4,27 \pm 0,84$ SD, je tato hodnota velmi nízká. Nejlépe hodnocená položka respondenty byla q10: „Máte dost energie pro každodenní život?“, která vyšla s průměrným skórem $3,2 \pm 0,87$ SD. Ve srovnání s populační normou, která činí $3,62 \pm 0,93$ SD, není hodnota výrazně nízká.

Dle zjištěného průměrného hrubého skóru domény lze konstatovat, že úroveň kvality života v oblasti „Fyzické zdraví“ je považována za zhoršenou. Zjištěná hodnota domény se pohybuje v intervalu normy spodní hranice a v rozšířeném intervalu normy klasifikujícím se jako „mírně snižená kvalita“.

5.2.3 Doména 2 – Prožívání

Doména Prožívání zahrnuje položky: q5, q6, q7, q11, q19 a q26.

Odpovědi respondentů:

Tabulka 9 Prožívání

Položky domény Prožívání	Vůbec ne (1)		Trochu (2)		Středně (3)		Hodně (4)		Maximálně (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Jak moc Vás těší život? (q5)	2	2 %	6	6 %	31	31 %	42	42 %	19	19 %
Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? (q6)	1	1 %	8	8 %	15	15 %	54	54 %	22	22 %
Jak se dokážete soustředit? (q7)	0	0 %	26	26 %	32	32 %	38	38 %	4	4 %
	Vůbec ne (1)		Spíše ne (2)		Středně (3)		Většinou ano (4)		Zcela (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled? (q11)	1	1 %	5	5 %	25	25 %	54	54 %	15	15 %
	Velmi nespokojen/a (1)		Nespokojen/a (2)		Spokojen/a ani nespokojen/a (3)		Spokojen/a (4)		Velmi spokojen/a (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou? (q19)	2	2 %	14	14 %	42	42 %	33	33 %	9	9 %

	Nikdy (1)		Někdy (2)		Středně (3)		Celkem často (4)		Neustále (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj aj.? (q26)	8	8 %	39	39 %	42	42 %	11	11 %	0	0 %

Komentář:

Doména 2 zahrnuje 6 položek, které se věnují smyslu života a potěšení ze života, soustředění a přijetí tělesného vzhledu, spokojenosti se sebou a negativním pocitům.

Položky q5, q6 a q7 jsou hodnoceny na Likertově škále jako vůbec ne (1) – maximálně (5).

První položka zjišťuje, do jaké míry respondenty těší život. Nečastější odpovědí respondentů bylo „hodně“, a to v 42 % případů. Druhou nejčastěji udávanou odpovědí bylo „středně“, a to v 31 % případů. Nejméně respondentů (2 %) uvedlo, že je život vůbec netěší, a dalších šest tázaných uvedlo, že je těší trochu. Naopak 19 respondentů uvedlo, že je život maximálně těší.

Na otázku „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ respondenti odpovídali následovně: nadpoloviční většina (54 %) uvedla, že má jejich život smysl hodně. Dvacet dva respondentů zvolilo odpověď „maximálně“, naopak 1 dotazovaný zvolil odpověď „vůbec ne“. Odpověď „trochu“ uvedlo 8 respondentů a 15 respondentů uvedlo, že má jejich život smysl středně.

Položka q7 se věnuje soustředění. Zjišťuje, jak a do jaké míry se dokážou pacienti soustředit. Počty případů u jednotlivých odpovědí byly vcelku vyrovnané, až na odpověď „maximálně“, kterou zvolili 4 respondenti, a odpověď „vůbec ne“, kterou žádný z respondentů nezvolil. V 26 % případů uvedli, že se dokážou soustředit trochu, v 32 % případů uvedli středně a v nejpočetnějším případě (38 %) uvedli odpověď „hodně“.

Položka q11 je hodnocena na Likertově škále jako vůbec ne (1) – zcela (5).

Položka q11 zjišťovala, zda dokážou respondenti akceptovat svůj tělesný vzhled. V 54 % případů pacienti uvedli, že svůj vzhled dokážou většinou akceptovat. Patnáct respondentů

zcela akceptuje svůj vzhled, středně ho akceptuje 25 respondentů. V 5 % případů respondenti spíše neakceptují svůj vzhled a jeden respondent nedokáže vůbec akceptovat svůj zevnějšek.

Položka q19 je hodnocena na Likertově škále jako velmi nespokojen/a (1) – velmi spokojen/a (5).

Na otázku „Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?“ respondenti reagovali následovně: nejpočetnější odpovědí byla „spokojen/a ani nespokojen/a“, a to v 42 % případů. Odpověď „spokojen/a“ zaznačilo 33 % případů a „nespokojen/a“ zaznačilo 14 % případů. Velmi nespokojeni byli dva respondenti, naopak 9 respondentů bylo velice spokojených sami se sebou.

Položka q26 je hodnocena na Likertově škále jako nikdy (1) – neustále (5).

Poslední položka domény 2, se věnuje prožívání negativních pocitů respondentů. Jedenáct respondentů uvedlo, že trpí negativními pocity celkem často. Nejčastěji respondenti uváděli odpověď „středně“, a to ve 42 % případů. Třicet devět respondentů uvedlo, že mají někdy stavy jako: deprese, úzkosti, beznaděj a jiné. V 8 % případů respondenti uvedli, že nikdy nepocítují negativní pocity, jako jsou deprese, úzkosti a jiné.

Vyhodnocení úrovně kvality života v doméně „Prožívání“:

Tabulka 10 Vyhodnocení kvality života v doméně „Prožívání“

Doména 2	Sledovaný soubor	SD	Populační norma	SD
Prožívání	14,43	2,24	14,78	2,43

Komentář:

Minimální získaný skóre u domény „Prožívání“ je 6,67 a maximální je 20,00. Vyšší získaný skóre označuje lepší kvalitu života.

U domény „Prožívání“ sledovaný soubor našeho dotazníkového šetření získal průměrný skóre $14,43 \pm 2,24$ SD. Tato hodnota není výrazněji snižena v porovnání s populační normou kvality života, která činí $14,78 \pm 2,43$ SD. Zjištěná hodnota domény se dle intervalů populačních norem pohybuje blíže k průměru intervalu normy BREF, která činí hodnotu 14,8.

V doméně (viz tabulka 9) „Prožívání“ byla položka q26: „Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?“ respondenty nejhůře

hodnocena a vyšla s nejnižším průměrným skórem $2,56 \pm 0,79$ SD. Oproti populační normě BREF, která činí $3,47 \pm 0,95$ SD, je tato hodnota velmi nízká. Nejlépe respondenty hodnocená položka q6: „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ vyšla s průměrným skórem $3,88 \pm 0,87$ SD. Ve srovnání s populační normou, která činí $3,86 \pm 0,85$ SD, je hodnota mírně nadprůměrná.

Dle zjištěného průměrného hrubého skóru domény lze konstatovat, že úroveň kvality života v oblasti „Prožívání“ není výrazně zhoršená.

5.2.4 Doména 3 – Sociální vztahy

Doména Sociální vztahy zahrnuje položky: q20, q21 a q22.

Odpovědi respondentů:

Tabulka 11 Sociální vztahy

Položky domény Sociální vztahy	Velmi nespokojen/a (1)		Nespokojen/a (2)		Spokojen/a ani nespokojen/a (3)		Spokojen/a (4)		Velmi spokojen/a (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy? (q20)	1	1 %	5	5 %	11	11 %	56	56 %	27	27 %
Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem? (q21)	11	11 %	19	19 %	41	41 %	25	25 %	4	4 %
Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé? (q22)	4	4 %	2	2 %	15	15 %	46	46 %	33	33 %

Komentář:

Doména 3 zahrnuje 3 položky, které se věnují osobním vztahům, sexuálnímu životu a podpoře ze strany přátel.

Položky q20, q21 a q23 jsou hodnoceny na Likertově škále jako velmi nespokojen/a (1) – velmi spokojen/a (5).

První položka q20 zjišťuje, jak jsou respondenti spokojeni se svými osobními vztahy. Nejpočetnější odpovědí bylo „spokojen/a“, a to v 56 % případů. Druhou nejpočetnější odpovědí bylo „velmi spokojen/a“, a to v 27 % případů. Jedenáct respondentů uvedlo odpověď „spokojen/a ani nespokojen/a“ se svými osobními vztahy. Zbytek respondentů zhodnotilo osobní vztahy pomocí odpovědi „nespokojen/a“, a to v 5 % případů, a odpovědi „velmi nespokojen/a“, a to pouze v 1 % případů.

Na položku zjišťující spokojenost v sexuálním životě značenou q21 respondenti odpovídali následovně: Nejčastěji zaznačená odpověď byla „spokojen/a ani nespokojen/a“, a to ve 41 % případů. Druhou nejčastější odpovědí byla „spokojen/a“, a to ve 25 % případů. Velmi spokojeni byli se svým sexuálním životem 4 respondenti. Naopak nespokojených bylo 19 a velmi nespokojených bylo 11 respondentů.

Poslední položka q22 ve znění: „Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?“ zjišťuje, jak jsou respondenti spokojeni s podporou přátel. Spokojených bylo 46 respondentů, tedy skoro polovina. Velmi spokojených bylo 33 respondentů, naopak velmi nespokojeni byli 4 dotazovaní. Nespokojeni byli pouze 2 respondenti a spokojených ani nespokojených bylo 15.

Vyhodnocení úrovně kvality života v doméně „Sociální vztahy“:

Tabulka 12 Vyhodnocení kvality života v doméně „Sociální vztahy“

Doména 3	Sledovaný soubor	SD	Populační norma	SD
Sociální vztahy	14,63	2,92	14,98	2,89

Komentář:

Minimální získaný skór u domény „Sociální vztahy“ je 4,00 a maximální je 20,00. Vyšší získaný skór označuje lepší kvalitu života.

U domény „Sociální vztahy“ sledovaný soubor našeho dotazníkového šetření získal průměrný skór $14,63 \pm 2,92$ SD. Tato hodnota není výrazněji snižena v porovnání

s populační normou kvality života, která činí $14,98 \pm 2,89$ SD. Zjištěná hodnota domény se dle intervalů populačních norem pohybuje blíže k průměru intervalu normy BREF, která činí hodnotu 15,00.

V doméně (viz tabulka 11) „Sociální vztahy“ byla položka q21: „Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?“ respondenty nejhůře hodnocená a vyšla s nejnižším průměrným skórem $2,92 \pm 1,02$ SD. Oproti populační normě BREF, která činí $3,64 \pm 1,07$ SD, je tato hodnota mírně nízká. Nejlépe respondenty hodnocená položka q20: „Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?“ vyšla s průměrným skórem $4,03 \pm 0,82$ SD. Ve srovnání s populační normou, která činí $3,75 \pm 0,91$ SD, je hodnota nad průměrem normy BREF.

Dle zjištěného průměrného hrubého skóru domény lze konstatovat, že úroveň kvality života v oblasti „Sociální vztahy“ není výrazně zhoršená.

5.2.5 Doména 4 – Prostředí

Doména Prostředí zahrnuje položky: q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25.

Odpovědi respondentů:

Tabulka 13 Prostředí

Položky domény Prostředí	Vůbec ne (1)		Trochu (2)		Středně (3)		Hodně (4)		Maximálně (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? (q8)	1	1 %	7	7 %	33	33 %	52	52 %	7	7 %
Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete? (q9)	2	2 %	6	6 %	25	25 %	42	42 %	25	25 %
	Vůbec ne (1)		Spíše ne (2)		Středně (3)		Většinou ano (4)		Zcela (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb? (q12)	1	1 %	13	13 %	22	22 %	38	38 %	26	26 %

Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život? (q13)	1	1 %	4	4 %	23	23 %	47	47 %	25	25 %
Máte možnost věnovat se svým zálibám? (q14)	7	7 %	30	30 %	23	23 %	27	27 %	13	13 %
	Velmi nespokojen/a (1)		Nespokojen/a (2)		Spokojen/a ani nespokojen/a (3)		Spokojen/a (4)		Velmi spokojen/a (5)	
	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni	n	ni
Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde bydlíte? (q23)	2	2 %	1	1 %	15	15 %	56	56 %	26	26 %
Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče? (q24)	1	1 %	4	4 %	22	22 %	45	45 %	28	28 %
Jak jste spokojen/a s dopravou? (q25)	1	1 %	14	14 %	25	25 %	45	45 %	15	15 %

Komentář:

Doména 4 zahrnuje 8 položek, které se věnují bezpečí a životnímu prostředí, financím a přístupu k informacím, zálibám a okolnímu prostředí, zdravotní péči a dopravě.

Položky q8 a q9 jsou hodnoceny na Likertově škále jako vůbec ne (1) – maximálně (5).

Položka označená q8 zjišťovala, do jaké míry se respondenti cítí bezpečně v každodenním životě. Nejčastější odpovědí bylo „hodně“, a to v 52 % případů. Ve 33 % případů odpovědí bylo, že se respondenti cítí bezpečně středně. Trochu bezpečně se cítilo 7 dotazovaných, maximálně bezpečně se cítilo taktéž 7 tázaných a vůbec bezpečně se necítil 1 respondent.

Druhá položka z domény se zabírala tím, v jak moc zdravém prostředí respondenti žijí. Čtyřicet dva respondentů uvedlo, že žijí v hodně zdravém prostředí. Dvacet pět respondentů uvedlo, že žijí v maximálně zdravém prostředí a stejný počet respondentů uvedl, že žije ve středně zdravém prostředí. Šest respondentů uvedlo, že žije v trochu zdravém a dva, že nežijí vůbec ve zdravém prostředí.

Položky q12, q13 a q14 jsou hodnoceny na Likertově škále jako vůbec ne (1) – zcela (5).

Položka q12 ve znění: „Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?“ zjišťovala finanční situaci respondentů. Třicet osm respondentů uvedlo, že většinou finance k uspokojení potřeb mají. Dvacet dva případů uvedlo odpověď „středně“ a odpověď „zcela“ dvacet šest případů. Respondenti, kteří finance pro upokojení potřeb nemají, uvedli odpověď „vůbec ne“, a to v jednom případě, a „spíše ne“ ve 13 případech.

Položka q13 se věnovala informovanosti respondentů. Na otázku, zda pacienti mají přístup k informacím, odpovídali respondenti následovně: čtyřicet sedm zvolilo odpověď „většinou ano“ a odpověď „zcela“ zvolila čtvrtina respondentů. Dvacet tři dotazovaných uvedlo odpověď „středně“, „spíše ne“ 4 dotazovaní a „vůbec ne“ jeden dotazovaný.

Položka q14 se věnuje zálibám respondentů. Odpovědi byly následující: třicet respondentů uvedlo, že spíše nemají možnost věnovat se svým zálibám. Dvacet sedm uvedlo, že se zálibám většinou dokážou věnovat, a 13 respondentů se dokáže zcela věnovat svým zálibám. Dvacet tři uvedlo, že středně se dokážou věnovat tomu, co je baví. Sedm uvedlo, že vůbec nemají možnost věnovat se zálibám.

Položky q23, q24 a q25 jsou hodnoceny na Likertově škále jako velmi nespokojen/a (1) - velmi spokojen/a (5).

Položka q23 se věnuje spokojenosti s bydlením respondentů. Nadpoloviční většina (56 %) uvedla, že je spokojena s podmínkami v místě bydliště. Druhá nejpočetnější skupina respondentů (26 %) uvedla odpověď „velmi spokojen/a“ s podmínkami v místě bydliště. Spokojených ani nespokojených s bydlením bylo 15 respondentů. Velmi nespokojeni byli 2 respondenti a nespokojen byl pouze 1 respondent.

Položka q24 zjišťuje, jak jsou pacienti spokojeni s dostupností zdravotní péče. Čtyřicet pět respondentů uvedlo, že jsou spokojeni s dostupností péče, a nespokojeni jsou 4 respondenti. Dvacet osm respondentů uvedlo, že jsou velmi spokojeni a velmi nespokojen je pouze 1 respondent. Dvacet dva respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni ani nespokojeni.

Poslední položka se věnuje spokojenosti v rámci dopravy. Odpověď „spokojen/a“ zvolilo 45 respondentů. Druhou nejčastější odpověď „spokojen/a ani nespokojen/a“ zvolilo 25 respondentů. Nespokojených respondentů bylo 14. Velmi spokojených respondentů bylo 15, naopak velmi nespokojen byl pouze 1 respondent.

Vyhodnocení úrovně kvality života v doméně „Prostředí“:

Tabulka 14 Vyhodnocení kvality života v doméně „Prostředí“

Doména 4	Sledovaný soubor	SD	Populační norma	SD
Prostředí	14,86	2,32	13,30	2,08

Komentář:

Minimální získané získaný skór u domény „Prostředí“ je 6,00 a maximální je 18,50. Vyšší získaný skór označuje lepší kvalitu života.

U domény „Prostředí“ sledovaný soubor našeho dotazníkového šetření získal průměrný skór $14,86 \pm 2,32$ SD. Tato hodnota je výrazně zvýšená v porovnání s populační normou kvality života, která činí $13,30 \pm 2,08$ SD. Zjištěná hodnota domény se dle intervalů populačních norem pohybuje v rozšířeném intervalu normy BREF. Zjištěný skór domény má blízko k hodnotě, která činí 15,4 a klasifikuje se jako „mírně zvýšená kvalita“.

V doméně „Prostředí“ (viz tabulka 13) byla položka q14: „Máte možnost věnovat se svým zálibám?“ respondenty nejhůře hodnocená a vyšla nám s nejnižším průměrným skórem $3,09 \pm 1,25$ SD. Oproti populační normě BREF, která činí $3,33 \pm 1,00$ SD, je tato hodnota nepatrně nízká. Nejlépe respondenty hodnocená položka q23: „Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde bydlíte?“ vyšla s průměrným skórem $4,03 \pm 0,79$ SD. Ve srovnání s populační normou, která činí $3,54 \pm 0,86$ SD, je hodnota nad průměrem normy BREF.

Dle zjištěného průměrného hrubého skóru domény lze konstatovat, že úroveň kvality života v oblasti „Prostředí“ je nadprůměrná. Zjištěná hodnota domény se pohybuje mezi horní hranicí intervalu normy a rozšířeným intervalem klasifikujícím se jako „mírně zvýšená kvalita“.

6 DISKUSE

Bakalářská práce byla zaměřena na zjištění kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu z důvodu degenerativního onemocnění měřené pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 hospitalizovaných pacientů z ortopedických oddělení nemocnic KNTB, a. s., Nemocnice Břeclav a Nemocnice Kyjov. K vyhodnocení výsledků byla použita metodika absolutní a relativní četnosti, k vyhodnocení kvality života byla využita metodika ke zpracování dotazníku WHOQOL-BREF.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 respondentů, v převaze 52 % žen a 48 % mužů ve věku od 50 do 84 let o průměrném věku $68,75 \pm 7,79$ SD. Dále dotazovaní uváděli čekací dobu na výkon. Nejvíce respondentů (36 %) uvedlo 13–24 měsíců. Nejdelší zjištěná čekací doba 48 měsíců a nejkratší 1 měsíc. Průměrná čekací doba na výkon vyšla $14,13 \pm 8,96$ SD. Holubová (2017) uvádí průměrnou čekací dobu na TEP kyčelního kloubu 10 měsíců, náš zjištěný zaokrouhlený průměr činí 14 měsíců, doba je tedy o celé 4 měsíce delší. Minimální čekací dobu uvádí 1 měsíc, maximální 24 měsíců. Naše šetření zjistilo stejnou minimální dobu, avšak maximální doba je opět delší.

V rámci rešeršní strategie jsme zjistili, že této problematice se věnuje mnoho závěrečných prací a studií. Avšak valná většina těchto prací se zabývá kvalitou života po TEP, případně samotnému onemocnění koxartróza (bez indikace k operačnímu řešení). Vyhledány byly také práce a studie, které se věnují kvalitě života před a po implantaci kyčelního kloubu. V rámci naší diskuse jsou prezentovány a porovnávány výsledky výzkumného šetření prvního měření, tedy před implantací kyčelního kloubu. K porovnání výsledků bylo vybráno celkem 6 studií a závěrečných prací. Přičemž disertační práce Kubíkové (2017) a diplomová práce Koukolíkové (2017) byly vybrány jako hlavní zdroje, zejména pro porovnání výsledných dat standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

Kubíková (2017) se věnuje ve své disertační práci kvalitě života pacientů před a po TEP kyčelního kloubu z důvodu degenerativního onemocnění. Výzkumného šetření se zúčastnilo 242 respondentů s převahou 138 žen a 104 mužů. Koukolíková (2017) se věnuje ve své diplomové práci kvalitě života pacientů před a po TEP nosných kloubů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 30 respondentů s převahou 21 žen a 9 mužů. Obě práce zjišťují výsledky ve třech měřeních pomocí dotazníku WHOQOL-BREF.

Komparace výsledků jsou prezentovány dle stanovených cílů výzkumné části a doplněny o tabulky porovnávající naše výsledky s výsledky uvedených výzkumů.

Cíl č. 1: Zjistit a vyhodnotit úroveň zdravotního stavu a kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu.

K uvedenému cíli se vztahují dvě první samostatné položky kvality života (Q1) a zdravotního stavu (Q2). Respondenti položky hodnotili na škále od 1 do 5, přičemž vyšší skór poukazoval na lepší kvalitu života. První položka „kvalita života“ získala skór 3,41. Druhá položka „spokojenost se zdravím“ získala 3,12. Kubicová (2017) zjistila skór položky kvality života 3,20, což je mírně nižší hodnota než v našem souboru. Koukolíková (2017) zjistila skór položky kvality života 2,90, což je oproti našemu souboru i práci Kubicové velmi nízký skór. U druhé položky „spokojenost se zdravím“ Kubicová (2017) zjistila skór 3,40. Oproti našemu zjištěnému skóru je tato hodnota vyšší. Koukolíková (2017) zjistila u druhé položky skór 2,90, což je oproti našemu souboru i souboru autorky Kubicové opět velmi nízký skór. Uvedené hodnoty skórů jsou považovány dle normy BREF za zhoršenou kvalitu života a za zhoršený zdravotní stav (přehledněji viz tabulka 15).

Tabulka 15 Porovnání položek kvality života a zdravotního stavu s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a populační normou BREF

Sledované oblasti	Populační norma	Naše šetření	Kubicová (2017)	Koukolíková (2017)
Kvalita života (Q1)	3,82	3,41	3,20	2,90
Spokojenost se zdravím (Q2)	3,68	3,12	3,40	2,90

Komparace s dalšími výzkumy:

Králová (2014) se věnuje ve své bakalářské práci kvalitě života pacientů před a po TEP kyčelního kloubu s cílem zhodnocení dotazníkem SF-36 u záměrně vybraného souboru 30 respondentů. Autorka dospěla ke stejnému závěru v doméně „Všeobecné vnímání vlastního zdraví“ se 48 body při hodnocení od 0 do 100, což je hodnoceno jako nižší skór oproti normy SF-36 (nižší hodnota znamená horší kvalitu života). Skór u této domény zjišťovala i Holubová (2016), která se ve své disertační práci věnuje problematice měření kvality života pacientů před a po TEP nosných kloubů z důvodu artrózy pomocí dotazníku SF-36 o 200 respondentech. Autorka taktéž dospěla ke stejnému závěru. Zjištěný skór činí 44,75 bodů, což oproti Králové (2014) je nepatrně nižší a je taktéž hodnoceno jako nižší skór.

Cíl č. 2: Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „Fyzické zdraví“.

K uvedenému cíli se vztahuje doména 1, která zahrnuje 7 položek – q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18. U domény „Fyzické zdraví“ se skór hodnotí od 5,14 do 20,00, přičemž vyšší získaný skór poukazuje na lepší kvalitu života. Respondenti opět položky hodnotili na škále od 1 do 5. Doména „Fyzické zdraví“ získala průměrný skór 11,25. Kubicová (2017) uvádí průměrný skór 11,50, což je nepatrně vyšší hodnota. Koukolíková (2017) uvádí skór domény 12,29, což je vyšší hodnota oproti našemu šetření. Uvedené hodnoty jsou podprůměrné. Hodnoty našeho šetření a šetření Kubicové (2017) se klasifikují jako „mírně snížená kvalita“.

V našem sledovaném souboru byla položka q18: „Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“ nejhůře hodnocená a vyšla se skórem 2,66. Autorce Kubicové (2017) vyšel u této položky skór 2,83, což je nepatrně vyšší hodnota oproti našemu zjištění. Obě hodnoty jsou oproti populační normě snížené a zjišťují, že respondenti se svým pracovním výkonem nejsou spokojeni. V šetření autorky Kubicové (2017) vyšla nejhůře hodnocená položka q3: „Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?“ se skórem 2,33, což je oproti naší zjištěné hodnotě 3,75 velmi nízký skór a znamená to, že pacienty bolest velmi omezuje. V rámci nejlépe hodnocené položky jsme se s autorkou Kubicovou (2017) shodly na položce q10: „Máte dost energie pro každodenní život?“ i na samotném skóru. Hodnota 3,28 není oproti populační normě považovaná za nijak závažně zhoršenou kvalitu života (přehledněji viz tabulka 16).

Tabulka 16 Porovnání domény „Fyzické zdraví“ s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a s populační normou BREF

Sledované oblasti	Populační norma	Naše šetření	Kubicová (2017)	Koukolíková (2017)
Doména 1 Fyzické zdraví	15,55	11,25	11,50	
Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? (q3)	4,03	3,75	2,33	X
Máte dost energie pro každodenní život? (q10)	3,62	3,20	3,28	X

Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem? (q18)	3,76	2,66	2,83	X
--	------	------	------	---

Komparace s dalšími výzkumy:

Holubová (2016) konstatuje, že v šetření respondenti vyhodnotili dle dotazníku SF-36 nejnižší kvalitu života v oblasti „Bolest“ se získaným skórem 27,26 bodů (0–100, čím vyšší, tím lepší kvalita života). Velmi sníženou kvalitu života hodnotí v oblasti „Omezení fyzických aktivit“ se získaným skórem 29,25 bodů. Pro obě tyto oblasti platí, že značí zhoršenou kvalitu života pacientů. My se s autorkou ztotožňujeme, jelikož v našem šetření jsou tyto oblasti také označeny za nízké skóry kvality života.

Balik et al. (2017) se věnují ve své turecké studii hodnocení kvality života a psychiatrickým příznakům u pacientů trpících koxartrózou před a po TEP kyčle, pomocí dotazníku SF-36 o 150 respondentech. Autoři studie uvádějí ve svém šetření nejnižší skór v oblasti „Omezení fyzických aktivit“ se 17,7 body, což značí opět zhoršenou kvalitu života v této oblasti. Pokud se podíváme na zjištěný skór Holubové (2016), zjistíme, že je daleko nižší. S autory turecké studie se shodneme na tom, že respondenti hodnotili nejlépe oblast „Energie“. Získaný skór činí 43,90 bodů, což je opět nižší průměrná hodnota, tak jako v našem šetření, ovšem je považována v obou případech za nejlépe hodnocenou.

Králová (2014) taktéž zjišťuje, že oblast „Omezení fyzické aktivity“ je v jejím šetření nejhůře hodnocená, a to dokonce s nejnižší uvedenou hodnotou 16,67 bodů.

Cíl č. 3: Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „Prožívání“.

K uvedenému cíli se vztahuje doména 2, která zahrnuje 6 položek – q5, q6, q7, q11, q19 a q26. U domény „Prožívání“ se skór hodnotí od 6,67 do 20,00, přičemž vyšší získaný skór poukazuje na lepší kvalitu života. Respondenti opět položky hodnotili na škále od 1 do 5. Doména „Prožívání“ získala skór 14,43. Kubicová (2017) uvádí průměrný skór 14,00, což je nižší hodnota oproti našemu zjištění. Koukolíková (2017) uvádí skór 14,74, což je nejvyšší skór z uvedených a jako jediný je hodnocen jako populační norma, která činí hodnotu 14,78. Náš zjištěný skór a skór Kubicové (2017) nejsou považovány za výrazně nízké a lze říct, že kvalita života v doméně 2 není výrazně zhoršená.

V našem sledovaném souboru byla položka q26: „Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?“ nejhůře hodnocená a vyšla s nejnižším

skórem 2,56. Autorce Kubicové (2017) vyšel u této položky skór 3,40, což je vyšší skór než u našeho vzorku. Uvádí, že ve sledovaném souboru uvedlo 89 % pacientů negativní pocity. Pro porovnání v našem šetření to bylo 92 % pacientů (v obou případech sečteno na škále od někdy do neustále). Naše zjištění vede ke konstatování, že dotazující častěji/často prožívají negativní pocity, jako je např. beznaděj, úzkost či deprese. Kubicové (2017) v šetření vyšla nejhůře hodnocená položka q19: „Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?“ se zjištěným skórem 3,30. Naše zjištění bylo 3,33 skóru, což je v podstatě stejná zjištěná hodnota, nicméně je oproti populační normě v obou případech nižší. V nejlépe ohodnocené položce jsme se opět s prací Kubicové (2017) shodli. Položka q6: „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ v našem souboru získala 3,88 skóru, což je považováno za nepatrně nadprůměrnou hodnotu. Zkoumaný soubor Kubicové získal skór 3,80, což je velice podobný skór (přehledněji viz tabulka 17).

Tabulka 17 Porovnání domény „Prožívání“ s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a s populační normou BREF

Sledované oblasti	Populační norma	Naše šetření	Kubicová (2017)	Koukolíková (2017)
Doména 2 Prožívání	14,78	14,43	14,0	14,74
Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? (q6)	3,86	3,88	3,80	X
Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou? (q19)	3,57	3,33	3,30	X
Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese? (q26)	3,90	2,56	3,40	X

Komparace s dalšími výzkumy:

Holubová (2016) v oblasti „Duševní zdraví“ zjistila 51,60 bodů, což je hodnoceno jako průměrná hodnota. Autorka dle SF-36 hodnocení zařazuje oblast mezi nejlépe hodnocené. Králová (2014) oblast „Duševní zdraví“ zařazuje mezi průměrně hodnocené oblasti. Z jejího šetření vyplývá, že hodnota oblasti činí 47,47 bodů.

V oblasti „Emoční omezení rolí“ Holubová (2016) uvádí 42,99 bodů, což zařazuje opět mezi nejlépe hodnocené oblasti. Balik et al. (2017) tuto oblast vyhodnotili s hodnotou 40,70 bodů. Králová (2014) v této oblasti uvádí 26,67 bodů, což je oproti zjištěné hodnotě autorky Holubové a autorů Balik et al. (2017) velmi nízké skóre. Autorka Králová uvádí, že je oblast klasifikována jako druhá nejhůře vyhodnocená.

Cíl č. 4: Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „Sociální vztahy“.

K uvedenému cíli se vztahuje doména 3, která zahrnuje 3 položky – q20, q21 a q22. U domény „Sociální vztahy“ se skór hodnotí od 4,00 do 20,00, přičemž vyšší získaný skór poukazuje na lepší kvalitu života. Respondenti opět položky hodnotili na škále od 1 do 5. Doména „Sociální vztahy“ získala skór 14,63. Kubicová (2017) uvádí průměrný skór 14,90, což je nepatrně vyšší hodnota oproti našemu zjištění. Koukolíková (2017) uvádí skór 15,07, což je skór, který se pohybuje nad průměrem populační normy BREF, oproti našemu šetření a šetření autorky Kubicové.

V našem sledovaném souboru byla položka q21: „Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?“ nejhůře hodnocená a vyšla s nejnižším skórem 2,92. Kubicové (2017) vyšla tato položka se skórem 3,30, což je vyšší hodnota než u našeho souboru. Tato položka byla autorkou taktéž vyhodnocena jako položka s nejnižším skórem v této doméně. Obě hodnoty jsou snižené oproti populační normě, která činí 3,64. V sexuální oblasti především u žen trpících koxartrózou se mezi nejčastější potíže řadí ztuhlost kyčelního kloubu, bolestivost kloubu i snížení libida (Meiri et al., 2014).

Jako nejlépe hodnocená položka byla q20: „Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?“ s hodnotou 4,03. Kubicová (2017) uvádí u této položky hodnotu 3,9, což je oproti našemu skóru nižší hodnota. V obou případech jsou hodnoty nad průměrem populační normy. Pro srovnání, Kubicová (2017) uvádí nejlépe hodnocenou položku q22: „Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?“ se skórem 4,00. Náš skór této položky činí 4,02, což je nepatrně vyšší skór než autorky Kubicové. V obou případech jsou hodnoty nad průměrem populační normy. Naše zjištění vede ke konstatování, že dotazující jsou méně či více spokojeni se svými osobními vztahy a s podporou od přátel (přehledněji viz tabulka 18).

Tabulka 18 Porovnání domény „Sociální vztahy“ s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a s populační normou BREF

Sledované oblasti	Populační norma	Naše šetření	Kubicová (2017)	Koukolíková (2017)
Doména 3 Sociální vztahy	14,98	14,63	14,90	15,07
Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy? (q20)	3,75	4,03	3,90	X
Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem? (q21)	3,64	2,92	3,30	X
Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé? (q22)	3,85	4,02	4,00	X

Komparace s dalšími výzkumy:

Turecká studie z roku 2018 zjistila, že oblast „Sociální funkce“ získala od respondentů 49,7 bodů, což značí dle stupnice SF-36 průměrné skóre (Balík et al., 2017). Králová (2014) uvádí, že v této oblasti získala hodnotu 59,58 bodů, což je oproti turecké studii vyšší skóre, a uvádí vyšší kvalitu života v této oblasti. Disertační práce Holubové (2016) uvádí, že získaný skóre této domény byl 43,11 bodů, což je nejnižší z uvedených hodnot.

Cíl č. 5: Zjistit a vyhodnotit úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu v doméně „Prostředí“.

K uvedenému cíli se vztahuje doména 4, která zahrnuje 8 položek – q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25. U domény „Prostředí“ se skóre hodnotí od 6,00 do 18,50, přičemž vyšší získaný skóre poukazuje na lepší kvalitu života. Respondenti opět položky hodnotili na škále od 1 do 5. Doména „Prostředí“ získala skóre 14,86, který se pohybuje v rozšířeném intervalu normy BREF. Kubicová (2017) uvádí průměrný skóre 14,10, což je nižší hodnota oproti našemu zjištění. Koukolíková (2017) uvádí skóre 16,03, což je skóre, který je oproti populační normě velmi vysoký a klasifikuje se jako „mírně zvýšená kvalita“. Všechny uvedené skóre jsou vyhodnoceny jako výrazně zvýšené v porovnání s populační normou. Lze konstatovat, že kvalita života v oblasti „Prostředí“ je nadprůměrná.

V našem sledovaném souboru byla položka q14: „Máte možnost věnovat se svým zálibám?“ nejhůře hodnocená a vyšla s nejnižším skórem 3,09. Kubicová (2017) uvádí u této položky hodnotu 3,2 skóru a také tuto položku představuje jako nejhůře respondenty hodnocenou. Náš skór je nepatrně vyšší. Skór v obou případech představuje mírně podprůměrnou hodnotu. Jako nejlépe hodnocená položka byla q23: „Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde bydlíte?“ s hodnotou 4,03, což značí hodnotu nadprůměrnou. Kubicová (2017) u této položky uvádí skór 3,40, což je oproti našemu zjištění nižší hodnota a oproti populační normě (3,54) je to hodnota podprůměrná. Autorka Kubicová (2017) prezentuje jako nejlépe hodnocenou položku q13: „Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ se skórem 3,90. Náš soubor tuto položku vyhodnotil se skórem 3,91. V obou případech jsou hodnoty skór nepatrně nad normou populace. Ze zjištěných hodnot q13 vyplývá, že přístup k informacím je dostatečný (přehledněji viz tabulka 19).

Tabulka 19 Porovnání domény „Prostředí“ s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a s populační normou BREF

Sledované oblasti	Populační norma	Naše šetření	Kubicová (2017)	Koukolíková (2017)
Doména 4 Prostředí	13,30	14,86	14,1	16,03
Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život? (q13)	3,87	3,91	3,90	X
Máte možnost věnovat se svým zálibám? (q14)	3,33	3,09	3,20	X
Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde bydlíte? (q23)	3,54	4,03	3,40	X

Komparace s dalšími výzkumy:

Holubová a kol. (2017) mají za cíl ve své studii zjistit kvalitu života před a po TEP nosných kloubů pomocí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Autoři v oblasti „Rekreace a volný čas“ zjistili hodnotu 42 % (hodnocení 0–100, přičemž čím vyšší je hodnota, tím nižší je kvalita života) a kvalifikátoru 2 (hodnocení 0–4, přičemž čím nižší hodnota kvalifikátoru, tím vyšší kvalita života). Dle vyhodnocení kvalifikátoru lze

konstatovat, že potíže v této oblasti jsou střední a jsou méně než v 50 % času v intenzitě zasahující do běžného života respondentů. V našem případě v rámci položky „možnost zájmových aktivit“ z této domény je položka vyhodnocená nejhůře, procentuálně tato položka vyšla s 63 % (škála sečtena od středně do zcela). Autoři této studie zjistili v oblasti „využívání dopravy“ hodnotu 59 % (hodnocení 0–100, přičemž čím vyšší je hodnota, tím nižší je kvalita života) a kvalifikátoru 3 (hodnocení 0–4, přičemž čím nižší hodnota kvalifikátoru, tím vyšší kvalita života). Dle vyhodnocení kvalifikátoru lze konstatovat, že potíže v této oblasti jsou silné a jsou více než v 50 % času v intenzitě, která částečně rozvrací běžný život respondentů. V našem případě položka „spokojenost s dopravou“ z této domény je položka hodnocená nadprůměrně, procentuálně tato položka vyšla s 60 % (škála sečtena od spokojen/a do velmi spokojen/a).

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných výsledků výzkumného šetření navrhuje doporučení pro praxi.

Ze zjištěného průměru čekací doby, který činí 14,13 měsíců, což je oproti nařízení vlády 11,96 měsíců, je naše zjištěná doba značně delší. Jelikož stále určitým způsobem dobíhají odložené operační výkony z důvodu koronavirové pandemie, je tím nekompromisně pro každého pacienta operace prodloužená (Čabanová, 2022). Domníváme se, že dlouhá čekací doba na výkon určitým způsobem snižuje kvalitu života. Bylo by jednoduché sepsat pár doporučení, která by mohla tuto dlouhou čekací dobu snížit. Bohužel jsme v situaci ovlivněné dobíhající pandemií covidu-19, nedostatkem personálu či limity dané nemocnice. Z rozhovorů s personálem v rámci své praktické výuky nebo při distribuci dotazníků jsem zjistila, že v rámci této problematiky stále navyšují kapacitu operačních dní, zdravotnický personál či zařizují prostory pro více lůžek. Lze říct, že management v tomto případě dělá maximum, ale naráží na limity, které jsou nekompromisně nastavené, ať je to nedostatek personálu, nedostatek lůžek, omezení operačních dnů či např. rekonstrukce sálů/oddělení, což jednoduše nelze vyřešit „mávnutím kouzelného proutku“.

Za těchto okolností nelze v současné době stanovit doporučení, jakým způsobem snížit dlouhé čekání na operační výkon. Co bychom doporučit mohli a zároveň tím mohli zlepšit kvalitu života v oblasti fyzického zdraví (které nám vyšlo v analýze výsledků nejhůře), je doporučení pro ošetřující personál. Nejčastějším důvodem k operačnímu řešení je bolest a omezení funkce kloubu, což samozřejmě znemožňuje běžný pohyb. V rámci doporučení pro personál, v tomto případě pro specializované ortopedické ambulance, se nabízí tyto intervence: doporučit k odlehčení kloubu kompenzační pomůcky – berle, snížit pomocí farmakologických či nefarmakologických prostředků bolest pacienta či informovat o včasné předoperační rehabilitaci.

Domníváme se, že by bylo vhodné se zaměřit především také na duševní zdraví pacientů. Z našeho šetření vyplynulo, že respondenti trpí negativními pocity, jako např. beznadějí či úzkostí. Také se domníváme, že dlouhá čekací doba na výkon může negativním způsobem snížit kvalitu života v oblasti duševního zdraví. Pacienti před operačním výkonem mohou pociťovat strach a stres. Je tedy vhodné, aby ošetřující personál vnímal a monitoroval tyto negativní pocity, kterými může pacient méně či více trpět. Také je dobré se na tuto problematiku podívat z druhé strany, a to ze strany personálu. Pokud pacienti trpí těmito pocity, ty se mohou promítat do jejich chování, a to nemusí být pro personál nijak příjemné. Je dobré, aby především všeobecné sestry byly na tyto skutečnosti připravené, uměly

správně jednat a popřípadě aby se uměly s negativitou pacientů vyrovnat. Podstatné je v tento moment řešit příčinu: snažit se negativní pocity minimalizovat nasloucháním pacientovi, informovat a edukovat dle svých kompetencí, empaticky přistupovat, doporučit/zajistit psychologickou pomoc, popřípadě podávat farmakologické prostředky.

Limity studie:

Jak již bylo avizováno, závěrečné práce či studie se věnují ve valné většině kvalitě života po implantaci kyčelního kloubu. Bylo tedy zjištěno, že z dohledatelných (novějších) zdrojů je bakalářská práce jediná, která se zabývá pouze kvalitou života před TEP kyčle. Holubová a kol. ve své studii z roku 2017 zmiňují, že je důležité zaměřit se nejen na měření kvality života po implantaci kloubu, ale také se věnovat kvalitě života před samotným výkonem. My s autory souhlasíme, jelikož v našem šetření byla vyhodnocena spousta negativních zjištění v oblastech lidského života, která dle našeho názoru stojí za další zkoumání, např. opětovným šetřením s poměrně větší skupinou respondentů.

Z tohoto důvodu zvažujeme možnost prezentovat výsledky tohoto kvantitativního šetření na Dnu perioperační péče ve Zlíně, konajícím se dne 22. září 2023. Domníváme se, že seznámení s výsledky výzkumného šetření by mohlo být pro tuto akci vhodným příspěvkem. V neposlední řadě by výsledky tohoto kvantitativního šetření mohly být zajímavou informací pro odbornou veřejnost nebo podnětem k vytvoření dalšího výzkumu týkajícího se této problematiky.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali kvalitou života pacientů před implantací kyčelního kloubu. Teoretická část zahrnuje tři kapitoly. První kapitola se věnuje kvalitě života, druhá se věnuje totální endoprotéze a artróze kyčelního kloubu a třetí kapitola se věnuje specifikám ošetrovatelské péče před a po TEP kyčle. V Praktické části je stanovených 5 dílčích cílů. Kvantitativní šetření bylo provedeno technikou standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

Hlavním cílem bylo zjistit, jaká je úroveň kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů, z toho 52 % žen a 48 % mužů ve věku od 50 do 84 let v průměru 68,75 let. Nejdelší uvedená čekací doba na výkon byla 48 měsíců, nejkratší 1 měsíc o průměrné délce 14 měsíců.

Dílčí cíle práce zjišťovaly kvalitu života pacientů před implantací kyčelního kloubu v jednotlivých oblastech lidského života.

Pomocí dvou samostatných položek kvality života se skórem 3,41 a zdravotního stavu se skórem 3,12 bylo zjištěno, že hodnoty skóru obou položek jsou oproti populační normě podprůměrné. Lze konstatovat, že úroveň kvality života a zdravotního stavu respondentů je zhoršená.

Díky doméně „Fyzické zdraví“, která získala nejnižší skór 11,25, lze konstatovat, že úroveň kvality života pacientů v této doméně je považována za zhoršenou. Nejlépe vyhodnocenou položkou byla q10: „Energie“ se skórem 3,2. Tuto položku potvrzují jako nejlépe hodnocenou i zahraniční studie. Nejhůře vyhodnocenou položkou byla q18: „Pracovní výkon“ s podprůměrným skórem 2,66. Lze předpokládat, že v oblasti fyzického zdraví mají respondenti dostatek energie, ale skutečně lze potvrdit, že je trápí jejich odváděný pracovní výkon.

Bylo zjištěno, že kvalita života zkoumaného souboru v oblasti „Fyzické zdraví“ je ve srovnání s ostatními doménami vyhodnocena nejhůře.

Další vyhodnocená doména „Prožívání“ získala snížený podprůměrný skór 14,43. Lze konstatovat, že úroveň kvality života pacientů v této doméně je považována za mírně zhoršenou. Nejlépe vyhodnocenou položkou byla q6: „Smysl života“, s nadprůměrným skórem 3,88. Nejhůře vyhodnocenou položkou byla q26: „Negativní pocity“, s podprůměrným skórem 2,56. Lze konstatovat, že respondenti smysl života vnímají pozitivně, ale trpí častokrát prožíváním negativních pocitů, jako např. rozmrzelostí

či beznadějí. Prožívání negativních pocitů u respondentů před TEP kyčle potvrzují i ostatní studie.

Dále bylo naším dalším cílem zjistit, jaká je úroveň kvality života pacientů před TEP kyčle v doméně „Sociální vztahy“. Doména 3 získala snížený podprůměrný skór 14,63, a tak lze říct, že úroveň kvality života pacientů v této doméně je považována za mírně zhoršenou. Nejlépe vyhodnocenou položkou byla q20: „Vztahy“ s nadprůměrným skórem 4,03. Nejhůře vyhodnocenou položkou byla q21: „Sexuální život“ s podprůměrným skórem 2,92. Lze skutečně potvrdit deficit v sexuálním životě respondentů, ale také konstatovat, že jsou spokojeni se svými osobními vztahy. Potíže v sexuální oblasti u respondentů opět potvrzují i ostatní studie.

Díky doméně „Prostředí“, která získala nejvyšší a jako jediná nadprůměrný skór 14,86, lze potvrdit, že úroveň kvality života pacientů v doméně „Prostředí“ je považována za nadprůměrnou. Nejlépe vyhodnocenou položkou byla q23: „Bydlení“ s nadprůměrným skórem 4,03. Nejhůře vyhodnocenou položkou byla q14: „Záliby“ s podprůměrným skórem 3,09. Lze konstatovat, že se respondenti nemohou dostatečně věnovat svým zájmům, dále lze potvrdit, že jsou spokojeni s podmínkami v místě bydliště.

Bylo zjištěno, že kvalita života zkoumaného souboru v oblasti „Prostředí“ je ve srovnání s ostatními doménami vyhodnocena nejlépe. Cíle bylo dosaženo.

Pozitivním aspektem při posuzování bylo zjištění, že respondenti kladně hodnotí prostředí, ve kterém žijí.

Zjištěné výsledky z našeho šetření se shodovaly s ostatními studiemi. Všech stanovených cílů bylo dosaženo a následně bylo stanoveno doporučení pro praxi.

Snahou bakalářské práce je, aby se čtenářům dostala problematika intenzivněji do povědomí a taktéž poukázala na zhoršený zdravotní stav a zhoršenou kvalitu života zejména v oblastech fyzického i duševního zdraví. A rovněž vedla k uvědomění si, že pacienti trpící koxartrózou s indikací k operačnímu řešení potřebují brzké vyřešení svých potíží nejlépe bez odkladů.

Po zjištění a vyhodnocení výsledků našeho šetření vidíme možnost dalších kroků, např. orientovaných na dlouhou čekací dobu, případně co může způsobovat ve fyzickém nebo duševním zdraví pacienta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALIK, M., C. HOCAOGLU, Y. GUVERCIN and D. KESKIN, 2017. Evaluation of the Quality of Life and Psychiatric Symptoms of Patients with Primary Coxarthrosis after Total Hip Arthroplasty. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Cechoslovaca* [online]. Vol. 84, no. 6., pp. 436–440 [cit. 2023-03-28]. Available from: <https://achot.actavia.cz/pdfs/ach/2017/06/05.pdf>

BENNELL, K., 2013. Physiotherapy management of hip osteoarthritis. *Journal of Physiotherapy*. [online]. Vol. 59, no. 3, pp. 145–157 [cit. 2022-12-18]. ISSN 1836-9553. Available from: DOI: [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(13\)70179-6](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(13)70179-6)

BÍLKOVÁ, I., © 2011-2023. Totální endoprotéza kyčelního kloubu – TEP kyčle. *FYZIOklinika* [online]. Praha: FYZIOklinika s.r.o. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://fyzioklinika.cz/poradna/clanky-o-zdravi/140-totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-tep-kycle>

ČABANOVÁ, A., 2022. Čekací doby se prodloužily. Na TEP kyčle o osm týdnů. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. Praha: Medical Tribune cz, 8. 3. 2022. [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/cekaci-doby-se-prodlouzily-na-tep-kycle-o-osm-tydnu/>

ČERNÝ, J. a T. NOVOTNÝ, 2022. Totální endoprotéza kyčelního kloubu – aktuální trendy a role praktického lékaře v perioperační péči. *Medicina po Promoci* [online]. Roč. 23, č. 3, s. 200–203 [cit. 2023-04-21]. ISSN 12129445. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=159637495&scope=site>

DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/40351032_WHOQOL-BREF_WHOQOL-100_World_Health_Organization_Quality_of_Life_Assessment_prirucka_pro_uzivatele_ceske_verze_dotazniku_kvality_zivota_Svetove_zdravotnicke_organizace

DUNGL, P. a R. KUBEŠ, 2013. *Problematika degenerativních onemocnění kyčelního kloubu a kolenního kloubu, podíl osteoporózy na těchto onemocněních*. 3. vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-23-5.

DUNGL, P. a R. KUBEŠ, 2014. Onemocnění kyčelního kloubu u dospělých. In: DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 731–801. ISBN 9788024743578.

EDWARDS, P. K., S. C. MEARS and C. L. BARNES, 2017. Preoperative Education for Hip and Knee Replacement: Never Stop Learning. *Curr Rev Musculoskelet Med* [online]. Vol. 10, pp. 356–364 [cit. 2023-02-28]. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1007/s12178-017-9417-4>

ERAS Society, © 2023. Orthopaedics. *ERAS Society* [online]. Stockholm: ERAS society. [cit. 2023-04-27]. Available from: <https://erassociety.org/specialty/orthopaedics/>

FLAJŠINGROVÁ, J., 2019. Základy anesteziologie a resuscitace: Pooperační péče a pooperační komplikace. In: JEDLIČKOVÁ, J. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšíř. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 302–308. ISBN 9788070135983.

FORAN, J. R. H., 2020. Total Hip Replacement. *OrthoInfo* [online]. American Academy Of Orthopaedic Surgeons, last Reviewed June 2020. [cit. 2022-12-19]. Available from: <https://orthoinfo.aaos.org/en/treatment/total-hip-replacement/>

FRIČ, V., 2021. Degenerativní choroby kloubní a jejich ortopedické léčení (artróza, revmatoidní artritida, osteotomie, endoprotetika). In: DOUŠA, P. et al. *Vybrané kapitoly z ortopedie a traumatologie pro studenty medicíny*. Praha: Karolinum, s. 102–114. ISBN 978-80-246-4828-6.

GALIA, C. R., C. V. DIESEL et al., 2017. Total hip arthroplasty: a still evolving technique. *Revista Brasileira de Ortopedia* [online]. Vol. 52, no. 5, pp. 521–527 [cit. 2022-12-19]. ISSN 2255-4971. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2016.09.011>

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

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.

HOLUBOVÁ, M., J. PILNÝ, REMR, J., A. ŠVARC a M. MACKOVÁ, 2017. Využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví u pacientů s artrózou kolenního a kyčelního kloubu. *Česká Revmatologie* [online]. Roč. 25, č. 1, s. 44–52 [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/321158924_Vyuziti_Mezinarodni_klasifikace_funkcnich_schopnosti_disability_a_zdravi_u_pacientu_s_artrozou_kolenniho_a_kycelniho_kloubu

HUDÁKOVÁ, A. a E. MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

IHNÁT, P., 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0334-8.

JAHODA, D., 2020. Totální náhrada kyčelního kloubu: edukační materiál pro pacienty. *ISCARE* [online]. Praha: Klinické centrum ISCARE, s. 2–8 [cit. 2022-12-27]. Dostupné z: http://dev.iscare.cz/uploads/ckeditor/attachments/309/EM_OTR_01_-_Tota_lni_na_hrada_kyc_elni_ho_kloubu_-_EM_pro_pacienty_vyd_1_003_.pdf

KING, A. and J. R. A. PHILLIPS, 2016. Total hip and knee replacement surgery. *Surgery* [online]. Vol. 34, no. 9, pp. 468–474 [cit. 2022-12-27]. ISSN 0263-9319. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2016.06.005>

KOUKOLÍKOVÁ, P., 2017. *Kvalita života pacientů po totální endoprotéze*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/27626/1/DP%20Koukolikova%20Petra.pdf>

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

KRÁLOVÁ, A., 2014. *Zhodnocení kvality života pacientů před a po operaci endoprotézy kyčelního kloubu*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/64469> Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Rehabilitační klinika.

KUBICOVÁ, M., 2017. *Kvalita života pacientů před a po totální náhradě kyčelního kloubu*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Katedra ošetrovateľstva.

KUDLOVÁ, P., J. GATĚK a M. KUBICOVÁ, 2020. *Ošetrovatelská péče v břišní chirurgii*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-958-8.

LEE, Y., S. H. LEE, LIM S. M., S. H. BAEK and I. H. HA, 2020. Mental health and quality of life of patients with osteoarthritis pain: The sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2013–2015). *PLOS ONE* [online]. Vol. 15, no. 11, pp. 1–17 [cit. 2023-02-28]. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242077>

LOŠŤÁK, J. a J. GALLO, 2017. Profylaxe trombóz po ortopedických operacích. *Klin Farmakol Farm* [online]. Olomouc: Solen, roč. 31, č. 4, s. 9–13 [cit. 2023-03-12]. ISSN 1803-5353. Dostupné z: DOI: [10.36290/far.2017.022](https://doi.org/10.36290/far.2017.022)

LUKÁŠOVÁ, M., 2017. *Specifika ošetrovatelské péče o pacienta po TEP kyčle*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: https://theses.cz/id/hg35w6/Luk_ov-BP.pdf Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd.

Medical Tribune, 2019. Endoprotéza velkého kloubu? Dnes je možná ve 30 i v 90 letech. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. Praha: Medical Tribune cz, Medical Tribune, 18. 3. 2019. [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/komentare/endoproteza-velkeho-kloubu-dnes-je-mozna-ve-30-i-v-90-letech/>

MEIRI, R., T. Y. ROSENBAUM and L. KALICHMAN, 2014. Sexual Function before and after Total Hip Replacement: Narrative Review. *Sexual Medicine* [online]. Vol. 2, no. 4, pp. 159–167 [cit. 2023-03-05]. ISSN 2050-1161. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1002/sm2.35>

MORETTI, V. M. and P. D. ZACHARY, 2017. Surgical Approaches for Total Hip Arthroplasty. *Indian Journal of Orthopaedics* [online]. Vol. 51, no. 4, pp. 368–376 [cit. 2023-02-28]. Available from: DOI: [10.4103/ortho.IJOrtho_317_16](https://doi.org/10.4103/ortho.IJOrtho_317_16)

NOVOTNÁ, J. a M. HOLUBOVÁ, 2013. Péče o pacienta před TEP a po TEP kyčelního kloubu. *Sestra* [online]. Roč. 23, č. 10, s. 52–53 [cit. 2023-02-28]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

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

OLIŠAROVÁ, V., F. DOLÁK a V. TÓTHOVÁ, 2013. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt* [online]. Roč. 15, č. 1, s. 14–21 [cit. 2022-12-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2013/01/03.pdf>

Ortoweb, 2017. Umělá náhrada kyčle: dříve a nyní rok. *Ortoweb.cz* [online]. Vytvořilo WOIT ve spolupráci s INNOIT.cz, 5. 9. 2017. [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: https://www.ortoweb.cz/ortopedie_kycel_umela-nahrada-kycle-drive-a-nyni

Ortoweb, 2020a. Koxartróza (artróza kyčelního kloubu). *Ortoweb.cz* [online]. Vytvořilo WOIT ve spolupráci s INNOIT.cz, 9. 6. 2020. [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: https://www.ortoweb.cz/ortopedie_kycel_koxartroza-artroza-kycelniho-kloubu

Ortoweb, 2020b. Totální náhrada kyčelního kloubu. *Ortoweb.cz* [online]. Vytvořilo WOIT ve spolupráci s INNOIT.cz, 9. 6. 2020. [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: https://www.ortoweb.cz/ortopedie_kycel_totalni-nahrada-kycelniho-kloubu

POKORNÝ, D. a D. JAHODA, 2018. Ortopedie: Totální náhrada kyčelního kloubu. In: ŠIMŠA, J. a kol. *Lexikon operačních výkonů*. Praha: Maxdorf, s. 281–286. ISBN 978-80-7345-452-4.

POPA, M. A., V. M. GOLDBERG and G. D. WERA, 2017. Osteoarthritis of the Hip. In: MCCARTHY, J. C., P. C. NOBLE and R. N. VILLAR. *Hip Joint Restoration: Worldwide Advances in Arthroscopy, Arthroplasty, Osteotomy and Joint Preservation Surgery*. New York, NY: Springer New York [online]. Pp. 159–167 [cit. 2022-12-27]. ISBN 978-1-4614-0694-5. Available from: DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0694-5_14

ROGALEWICZ, V., M. BARTÁK a M. SIHELNÍKOVÁ, 2017. Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí. *Časopis lékařů českých* [online]. Ústav sociálního a posudkového lékařství LF UK v Plzni, roč. 156, č. 2, s. 88–91 [cit. 2022-12-19]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/316981829>

RYCHLÍKOVÁ, E., 2019. *Funkční poruchy kloubů končetin*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2096-3.

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4414-8.

SKŘÍPALOVÁ, S., 2021. Ošetrovatelská péče o pacienta indikovaného k totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Ošetrovatelské perspektivy* [online]. Roč. 4, č. 2, s. 67–71 [cit. 2023-02-28]. ISSN 2570-785X. Dostupné z: DOI: [doi:10.25142/osp.2021.014](https://doi.org/10.25142/osp.2021.014)

SLEZÁKOVÁ, L., H. ČOUPKOVÁ, P. MARCIÁN a kol., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2900-8.

SZAKÁCS, J. and A. E. SILISTEANU, 2022. Assessment of the quality of life in patients with chronic degenerative osteoarticular diseases (gonarthrosis, coxarthrosis). *Balneo and PRM Research Journal* [online]. Vol. 13, no. 2, pp. 1–8 [cit. 2023-02-28]. ISSN 2734-844X. Available from: DOI: <https://doi.org/10.12680/balneo.2022.503>

SZÉKELY, P., © 2023. Umělá náhrada kyčelního kloubu aneb TEP kyčle. *Proormented* [online]. Praha: Proormented s.r.o. [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://www.proormented.cz/operace-kloubu-a-vyuziti-motodlahy/umela-nahrada-kycelniho-kloubu-aneb-tep-kycle/>

ŠŤASTNÝ, E., T. TRČ a T. PHILIPPOU, 2017. Management osteoartróz – konzervativní léčba. *Interní Med* [online]. Olomouc: Solen, roč. 19, č. 5, s. 251–257 [cit. 2022-12-19]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2017/05/05.pdf>

TOMANOVÁ, J. 2016. Aspekty kvality života seniorů s endoprotézou kyčelního kloubu. *Profese online* [online]. Roč. 9, č. 2, s. 16–23 [cit. 2023-02-28]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: DOI:[10.5507/pol.2016.008](https://doi.org/10.5507/pol.2016.008)

TÝM REHABILITACE.INFO, 2017. Totální endoprotéza kyčelního kloubu – rehabilitace. *Rehabilitace.info* [online]. 2. 9. 2017. [cit. 2023-03-01]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-rehabilitace/>

UNIFY ČR, 2015. Totální endoprotéza kyčelního kloubu: Standard fyzioterapie doporučený UNIFY ČR. *UNIFY ČR* [online]. 10. 4. 2015. [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://www.unify-cr.cz/obrazky-soubory/4-1-6-rtf-8d5c8.pdf?redir>

ZEMAN, M., 2008. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt* [online]. Roč. 10, č. 1, s. 140–149 [cit. 2022-12-19]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2008/01/20.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
AAOS	American Academy of Orthopaedic Surgeons
aj.	a jiné
apod.	a podobně
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
BMI	body mass index
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
EQ-5D	EuroQoL
et al.	a kolektiv
HRQoL	Health Related Quality of Life
JIP	jednotka intenzivní péče
KNTB, a. s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati
MKF	Mezinár. klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
n	absolutní četnost
např.	například
ni	relativní četnost (v %)
ORL	Otorinolaryngologie
%	procento
P	puls
PŽK	periferní žilní kanyla
QAKHQOL	Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life
Rh faktor	Rhesus faktor
RTG	rentgenové záření

s.	strana
°	stupeň
SD	Směrodatná odchylka
SEIOQL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SF-12	Short Form Health Survey (zkrácená verze SF-36)
SF-36	Short Form Health Survey
TEP	totální endoprotéza
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
USA	Spojené státy americké
WHO	World Health Organization
WHOQOL – BREF	World Health Organization Quality of life – bref
WHOQOL- 100	World Health Organisation Quality of Life
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life Assessment
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life-Old

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk respondentů.....	39
Tabulka 2 Pohlaví respondentů	39
Tabulka 3 Čekací doba na operační výkon.....	40
Tabulka 4 Kvalita života	41
Tabulka 5 Spokojenost se zdravím.....	42
Tabulka 6 Vyhodnocení kvality života a zdravotního stavu	42
Tabulka 7 Fyzické zdraví	43
Tabulka 8 Vyhodnocení kvality života v doméně "Fyzické zdraví"	46
Tabulka 9 Prožívání.....	47
Tabulka 10 Vyhodnocení kvality života v doméně „Prožívání“	49
Tabulka 11 Sociální vztahy	50
Tabulka 12 Vyhodnocení kvality života v doméně „Sociální vztahy“	51
Tabulka 13 Prostředí.....	52
Tabulka 14 Vyhodnocení kvality života v doméně „Prostředí“	55
Tabulka 15 Porovnání položek kvality života a zdravotního stavu s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a populační normou BREF.....	57
Tabulka 16 Porovnání domény „Fyzické zdraví“ s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a s populační normou BREF	58
Tabulka 17 Porovnání domény „Prožívání“ s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a s populační normou BREF	60
Tabulka 18 Porovnání domény „Sociální vztahy“ s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a s populační normou BREF	62
Tabulka 19 Porovnání domény „Prostředí“ s Kubicovou (2017), Koukolíkovou (2017) a s populační normou BREF	63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník kvality života pacientů před implantací kyčelního kloubu

Příloha P II: Registrační formulář české verze dotazníku WHOQOL

Příloha P III: Povolení k výzkumnému šetření KNTB, a. s.

Příloha P IV: Povolení k výzkumnému šetření Nemocnice Břeclav

Příloha P V: Povolení k výzkumnému šetření Nemocnice Kyjov

Příloha P VI: Tabulky WHOQOL pro vyhodnocení kvality života

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ PŘED IMPLANTACÍ KYČELNÍHO KLOUBU

Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude cenným zdrojem informací ke zpracování mé bakalářské práce na téma: *Kvalita života pacientů před implantací kyčelního kloubu*. Dotazník je dobrovolný a anonymní.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas.

Lucie Klimešová, studentka oboru Všeobecné ošetřovatelství, FHS UTB Zlín
PhDr., Mgr. Miroslava Kubicová, Ph.D., vedoucí práce

1. Uved'te Váš věk:

.....

2. Uved'te Vaše pohlaví:

.....

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

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PŘÍLOHA P II. REGISTRAČNÍ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL

OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL

První užití Opakované užití

Jméno a příjmení	Organizace/ škola
Lucie Klimešová	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií
Adresa	Všeobecní ošetrovatelství, přezdítky
	Telefon
	+420 576 032 024
E-mail	URL adresa
	https://phg.utb.cz

Název projektu	Kvalita života pacienta před implantací kyčelního kloubu	
Charakteristika zkoumané populace	Předpokládaná velikost souboru	Předpokládané datum ukončení
Respondenti, kteří podstoupí implantaci kyčelního kloubu.	cca 60 osob	květen 2023
Stručný popis projektu		

Práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. V praktické části bude formulován kvantitativní výzkum technikou dotazníku. Cílem práce bude zjistit kvalitu života pacientů před implantací kyčelního kloubu v biologické, psychologické a sociální dimenzi. Dotazníkové šetření bych prováděla v nemocnicích na ortopedickém oddělení.

Při opakovaném užívání stejného dotazníku k odlišným výzkumným účelům Vás laskavě žádáme o detailnější informace, kde a kým bude dotazník použit. Využijte k tomu tento formulář a zaškrtněte políčko "opakované použití".



Objednávám WHOQOL-BREF WHOQOL-100 WHOQOL-OLD AAQ

Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.

Dne 6. 10. 2022

Podpis

PŘÍLOHA P III: POVOLENÍ K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ KNTB. A.S.

	
ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY (1/2)	
KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE:	
jméno, příjmení, titul	<u>Lucie Klimešová</u> datum narození _____
adresa bydliště	_____
Zaměstnanec KNTB	<input type="checkbox"/> ANO uveďte pracoviště: _____ <input checked="" type="checkbox"/> NE uveďte název organizace: _____
Název ŠKOLY:	<input checked="" type="checkbox"/> Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně <input type="checkbox"/> jiná vysoká/vyšší odborná škola uveďte název: _____
Název FAKULTY:	<u>Fakulta humanitních studií</u> studovaný obor: <u>Všeobecné ošetrovatelství</u>
Sběr dat za ÚČELEM:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská práce <input type="checkbox"/> rigorózní práce <input type="checkbox"/> diplomová práce <input type="checkbox"/> disertační práce <input type="checkbox"/> jiný druh práce, upřesněte: _____
Název PRÁCE:	<u>Kvalita života pacientů před implantací kyčelního kloubu</u>
Název PRACOVISTĚ, kde má být sběr dat proveden:	<u>ortopedické oddělení</u>
Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat:	od: <u>listopad 2022</u> do: <u>leden 2023</u>
datum <u>25.10.2022</u>	podpis žadatele _____
VYJÁDRĚNÍ VEDOUCÍHO dotčeného pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> SOUHLASÍM <input type="checkbox"/> NESOUHLASÍM podpis _____
VYJÁDRĚNÍ Krajské nemocnice T. Bati: se sběrem dat	<input checked="" type="checkbox"/> SOUHLASÍM <input type="checkbox"/> NESOUHLASÍM
Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
datum <u>25.10.</u>	podpis a razítko _____
POVINNÉ přílohy žádosti:	
1. Stručná anotace odborné práce.	
2. V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek. <i>Krajská nemocnice T. Bati, a. s. se tímto zavazuje, že Vámí předložené podklady (dotazníky, výzkumné otázky) nebudou použity k žádnému výzkumnému účelu, ani dále distribuovány. Budou tvořit pouze součást (přílohu) této žádosti, která bude po splnění účelu evidence skartována.</i>	
3. Potvrzení o studiu:	
datum <u>16.10.2022</u>	_____
razítko a podpis školy (fakulty, ústavu, studijního oddělení)	
Potvrzenou žádost zašlete ve dvou stejnopisech (tzn. i po schválení vedoucím pracoviště), pro nelékařské obory náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, nebo pro lékařské obory náměstkovi pro léčebnou péči Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín.	
01 F-09-2022-333 ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY_form_v.01 (aktualizace 12. 01. 2022)	
Strana 1 (celkem 2)	

PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI

(2/2)

V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení“) a také ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů

Já níže podepsaný/á:

jméno, příjmení, titul Lucie Klimešová datum narození _____

adresa bydliště _____

se tímto zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost

o všech informacích, které jsem získal/a v souvislosti se sběrem dat v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., IČO: 27661989, se sídlem Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín (dále jen „Správce OÚ“) za účelem uvedeným v tomto dokumentu.

Jedná se zejména o tyto informace:

1. Informace týkající se pacientů, které jsou součástí zdravotnické dokumentace, tj. **všechny osobní údaje a informace o zdravotním stavu pacienta** (zvláštní kategorie osobních údajů).
2. Informace o zdravotnickém zařízení, centru, odděleních, na kterých sběr dat probíhal, pokud uveřejnění těchto informací není Krajskou nemocnicí T. Bati, a. s. **výslovně dovoleno** (viz strana č. 1 dokumentu).

Dále se zavazuji **neposkytovat žádné informace** o Krajské nemocnici T. Bati, a. s. sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí apod.

- ✓ Jsem si vědom/a, že patientská data mohou ve své práci čerpat **pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas**. Pouze v případě, že se jedná o patientská data čerpaná v **přímé souvislosti** s poskytováním zdravotní péče, **není souhlas vyžadován**.
- ✓ Jsem si vědom/a, že získaná data mohou ve své práci použít pouze v **anonymní podobě**, tzn. konkrétní pacient nesmí být žádným způsobem identifikovatelný.
- ✓ Jsem si vědom/a, že povinnost mlčenlivosti nezaniká ukončením mé činnosti v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

Porušení výše uvedených zásad může být důvodem odebráním souhlasu ke sběru dat, rovněž může mít za následek důsledky plynoucí z porušení platné legislativy jak v rovině trestněprávní, tak v rovině občanskoprávní.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ – ARCHIVACE

Beru na vědomí, že v souladu s Nařízením GDPR dochází ke zpracování Vašich osobních údajů, a to na základě **oprávněného zájmu** Nemocnice T. Bati (správce osobních údajů).

Účel zpracování osobních údajů: **doložení existence udělující svolení se zpracováním dat pro studijní účely.**

Kategorie osobních údajů: **jméno, příjmení, bydliště, datum narození.**

Doba zpracování osobních údajů: **12 měsíců, popř. do doby uplatnění Vašich práv.***

*Informace o zpracování osobních údajů v Nemocnici T. Bati a o souvisejících právech subjektů údajů jsou k dispozici na www.kntb.cz

- ✓ Beru na vědomí, že v případě uplatnění práv dle Nařízení GDPR, je **působnost pouze do budoucna a není tedy dotčena zákonnost předchozího zpracování** osobních údajů založeného na základě výše uvedeného právního titulu.

Potvrzuji, že jsem byla poučen/a o zpracování osobních údajů a

Souhlasím s tím, aby Správce OÚ zpracovával mé osobní údaje v rozsahu, pro uvedený účel a po dobu, jak je výše uvedeno.

Prohlašuji, že výše uvedenému textu plně rozumím a stvrzuji ho svým podpisem dobrovolně.

datum 25.10.2022 podpis _____

PŘÍLOHA P IV: POVOLENÍ K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ NEMOCNICE BŘECLAV



NEMOCNICE BŘECLAV,
příspěvková organizace
U Nemocnice 3066/1, 690 02 Břeclav
telefon: +420 519 315 111

**Náměstkyně
pro ošetrovatelskou péči**
Mgr. Barbora Talacková
telefon: 519 315 102
email: talackova@nembv.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY

v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: *Lucie Klimešová*

Datum narození: Telefon: E-mail:

Adresa trvalého bydliště:

Přesný název školy/fakulty: *Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií*

Obor studia: *Všeobecná ošetrovatelství*

Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: *Kvalita života pacientů před implantací
kyčelního kloubu.*

Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

- Dotazníková akce pro pacienty Nemocnice Břeclav, p.o.
 pro zaměstnance Nemocnice Břeclav, p.o.

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: *30-40 respondentů*

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: *listopad 2022* do: *leden 2023*

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: *OT pediatrie oddělení*

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor Vašeho dotazníku!

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem Nemocnice Břeclav, p.o. – počet pacientů:

..... z kterého pracoviště

vedení rozhovoru se zaměstnancem Nemocnice Břeclav – počet zaměstnanců:

..... povolání: z kterého pracoviště:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek)!

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od:do:

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete Nemocnici Břeclav uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci: ANO NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, že získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu Nemocnice Břeclav pro jiný účel je považováno za neoprávněné!

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů (dle zásad GDPR) pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí Nemocnici Břeclav, p.o. jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému NOP, který žádost o sběr dat/poskytnutí informací v Nemocnici Břeclav, p.o. povolí. Prezentace výsledků s uvedením jména Nemocnice Břeclav, p.o. je možné pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do Nemocnice Břeclav, p.o.:

- a) elektronicky (vyplněnou s podpisem, neskenovanou ve formátu PDF) na adresu: talackova@nembv.cz
b) nebo v listinné podobě (s Vaším podpisem na žádosti) na adresu:
Nemocnice Břeclav, p.o.
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (NOP)
Mgr. Barbora Talacková
U Nemocnice 3066/1
690 74 Břeclav

Datum:16.10.2022

Podpis:

Vyplňuje a potvrzuje Nemocnice Břeclav, p.o.

Zaevidováno u NOP dne:31.10.2022..... pod číslem:1167/SR/2022.....

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného pracoviště, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas nesouhlas pracoviště NOP.....

souhlas nesouhlas pracoviště vrchní sestry/staniční sestry.....

V Břeclavi dne31.10.22.....

PŘÍLOHA P V: POVOLENÍ K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ NEMOCNICE KYJOV

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Lucie Klimešová	
Téma bakalářské práce	Kvalita života pacientů před implantací kyčelního kloubu	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Miroslava Kubicová PhD.	
 podpis	
Metoda výzkumu	Kvantitativní šetření technikou standardizovaného dotazníku	
Skupina respondentů	Respondenti, kteří podstoupí totální náhradu kyčelního kloubu	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Nemocnice Kyjov, ortopedické oddělení	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

19 -10- 2022

Ve Zlíně dne

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VI: TABULKY WHOQOL PRO VYHODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA

Tabulka 25 Průměrné skóry položek a domén WHOQOL-BREF

položky + domény	N	průměr	STD
Q1 kvalita života	310	3,82	0,72
Q2 spokojenost se zdravím	310	3,68	0,85
q3rev bolest a nepříjemné pocity	310	4,03	1,05
q4rev závislost na lékařské péči	310	4,16	0,95
q5 potěšení ze života	310	3,83	0,90
q6 smysl života	310	3,86	0,85
q7 soustředění	310	3,55	0,88
q8 osobní bezpečí	310	3,24	0,79
q9 životní prostředí	310	2,85	0,92
q10 energie a únava	310	3,62	0,93
q11 přijetí tělesného vzhledu	310	3,90	0,82
q12 finanční situace	310	2,87	1,08
q13 přístup k informacím	310	3,87	0,77
q14 záliby	310	3,33	1,00
q15 pohyblivost	308	4,27	0,84

položky + domény	N	průměr	STD
q16 spánek	308	3,61	0,99
q17 každodenní činnosti	308	3,76	0,78
q18 pracovní výkonnost	308	3,76	0,80
q19 spokojenost se sebou	308	3,57	0,76
q20 osobní vztahy	308	3,75	0,91
q21 sexuální život	308	3,64	1,07
q22 podpora přátel	308	3,85	0,80
q23 prostředí v okolí bydliště	308	3,54	0,86
q24 dostupnost zdravotní péče	308	3,70	0,79
q25 doprava	308	3,19	1,07
q26rev negativní pocity	308	3,47	0,95
dom1 fyzické zdraví	308	15,55	2,55
dom2 prožívání	308	14,78	2,43
dom3 sociální vztahy	308	14,98	2,89
dom4 prostředí	308	13,30	2,08

Poznámka: STD = standardní odchylka. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1–5, u domén je 4–20; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. Označení „rev“ u některých otázek značí otočení škály odpovědí (6-q3; 6-q4; 6-q26).

Tabulka 26 Populační normy domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení

domény	N	průměr	STD	min.	max.
dom1 Fyzické zdraví	308	15,55	2,55	5,14	20,00
dom2 Duševní zdraví	308	14,78	2,43	6,67	20,00
dom3 Sociální vztahy	308	14,98	2,89	4,00	20,00
dom4 Životní podmínky	308	13,30	2,08	6,00	18,50
Q1 Kvalita života	310	3,82	0,72	1,00	5,00
Q2 Spokojenost se zdravím	310	3,68	0,85	1,00	5,00

Poznámka: Rozpětí škály u domén je 4–20, u jednotlivých otázek (Q1 a Q2) je 1–5; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (pouze u domén). STD = standardní odchylka.

Tabulka 27 Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF

	STD	rozšířený	interval normy			rozšířený
		mírně snížená kvalita	spodní hranice	průměr	horní hranice	mírně zvýšená kvalita
dom1	2,5	13,0	14,3	15,6	16,8	18,1
dom2	2,4	12,4	13,6	14,8	16,0	17,2
dom3	2,9	12,1	13,5	15,0	16,4	17,9
dom4	2,1	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4

Poznámka: Rozpětí škály u domén je 4–20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. STD = standardní odchylka

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/40351032_WHOQOL-BREF_WHOQOL-100_World_Health_Organization_Quality_of_Life_Assessment_prirucka_pro_uzivatele_ceske_verze_dotazniku_kvality_zivota_Svetove_zdravotnicke_organizace (tabulky č. 26-27, ze stran 41 a 42, upraveno autorkou práce)