

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Kvalita života u pacientů po operaci zlomeniny krčku stehenní
kosti**

Diplomová práce

Jméno autora:

Bc. Lucie Převlocká

Jméno vedoucího práce:

Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

Dne:

28.5.2007

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kvalita života u pacientů po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 28.5.2007

Bc. Lucie Převlocká

Chtěla bych poděkovat všem, kteří mi při psaní diplomové práce pomáhali. Především bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce a dále vrchním a staničním sestřám oddělení, na které byly umístěny dotazníky.

Quality of life of patients after the surgery for the fractured neck of thighbone

This thesis is aimed at the topic: Quality of life of patients after the surgery for the fractured neck of thighbone (colli femoris) – result of frequent seniors' injuries. The considerable increase of these injuries results from an older age of population and more frequent physical activities. Management of these injuries can be done in a conservative way, more often a surgery is performed. In urgent cases together with a more complicated injury this situation is managed by the total endoprosthesis. My work deals with the consequences of such injuries and their effect on the quality of life of the patients particularly from the point of view of their age. The work is based on the methodology of the evaluation of the quality of life conditioned by health. During the last 10 years, the quality of life conditioned by health has become an indispensable tool for evaluation of both the individuals and the whole population groups. A statistical research was carried out using the standardized methods, SF-36 questionnaires and processed into the score system of 8 domains according to HRQOL. The results of the set of 38 respondents from the area of Hradec Kralove were compared to the European health standard: the research results of the Oxford University. Further, particular sub-groups were statistically compared with each other.

The analysis of the statistically significant results showed that the quality of life of the patients after the injury is much lower in all domains in comparison to the healthy average. Further it was shown that the physiotherapeutic process only improved all domains of the physical functions, physical role and emotional limitations and pain. At a younger group of patients, a considerably better rehabilitation effect on scores of every single domain can be seen.

The conclusions of this work can be used for the optimalization of the impact and the efficiency of curative and social interventions. An adequate prevention should be done in the areas of nutrition and physiotherapy in the lower age categories already. In nursing and rehabilitation areas the attention should be paid to the negative phenomena in critical domains. Further, these conclusions can motivate the producers of health equipment to develop and produce new and effective preventive and rehabilitative utilities.

Obsah

Obsah.....	5
Úvod	
1 Současný stav.....	6
1.1 Kvalita života – vymezení pojmu	6
1.2 Zlomenina krčku stehenní kosti	20
1.3 Současný stav dané problematiky v ČR	25
1.4 Kvalita života u pacientů s frakturou krčku femuru ve světě	27
2 Cíl práce a hypotéza.....	29
2.1 Cíl práce:.....	29
2.2 Hypotéza:	29
3 Metodika	30
3.1 Metoda	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	31
4 Výsledky	34
4.1 Porovnání se standardem OXFORD.....	34
4.2 Rozbor vlivu rehabilitace na skóre jednotlivých skupin respondentů	45
4.3 Porovnání vlivu věku na skóre v jednotlivých doménách	55
4.4 Výběr významných výsledků.....	59
5 Diskuse.....	68
5.1 Zhodnocení souboru respondentů.....	68
5.2 Porovnání se standardem OXFORD.....	68
5.3 Porovnání v rámci skupiny respondentů.....	72
5.4 Porovnání výsledků s výsledky balneoterapie	75
6 Závěr	78
6.1 Doporučení pro praxi:.....	79
7 Seznam použité literatury	80
8 Klíčová slova	85
9 Přílohy.....	86

Úvod

Proč jsem se rozhodla psát o tomto problému?

Při zakončení bakalářského studia jsem vypracovala diplomovou práci na téma Kvalita ošetrovatelské péče u pacientů po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti. V mé ošetrovatelské praxi mě zaujal případ jedné starší pacientky. Ta byla hospitalizována na chirurgickém oddělení po tomto výkonu. Druhý den po operaci musela být z důvodů pooperačních komplikací (extrasystoly srdeční) přeložena na interní oddělení těžce nemocnice. Z holistického pohledu zde byla léčena jen jako interní pacientka, bez přihlídnutí ke stavu po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti. U pacientky nebyla zahájena včasná rehabilitace a pacientka byla po dvou měsících propuštěna z nemocnice jako částečně imobilní.

V průběhu magisterského studia jsem měla možnost se seznámit s metodami výzkumu v souvislosti s kvalitou života. Tím se mi otevřela příležitost se na celou řadu zdravotnických problémů podívat ze zcela jiného hlediska. Zaujala mě právě možnost zhodnotit tímto nástrojem moje předešlé téma. Nabízela se tím metoda posouzení přínosů pro praxi v dané problematice odlišným přístupem. Zajímalo mě, zda a jak by bylo možné předejít řadě komplikací v uvedených případech.

To jsou hlavní důvody, proč jsem se rozhodla psát právě o tomto problému.

1 Současný stav

1.1 Kvalita života – vymezení pojmu

Kvalitou života se lidstvo zabývá již odnedávna. Co však znamená pojem kvalita života? Co se pod tímto pojmem rozumí? Jak ale můžeme vyjádřit kvalitu? „ Jsme běžně zvyklí hovořit o kvantitě – délce života. Ta se uvádí velice jednoduše, číselně, například počtem let. Tak je možné vyjádřit, jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí. Pod pojmem kvalitou se rozumí „jakost, hodnota“, tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka). Dá-li se kvantita, množství dní našeho života určit poměrně jednoduše, pak totéž není možné říci o určení kvality života“ (23). Každý z nás by si přál žít kvalitním životem, kvalitní život přejeme všem lidem, které máme rádi. Co se však rozumí pod pojmem kvalita života, kvalitní život?

Definovat „ kvalitu života“ (QoL = Quality of Life) je velmi obtížné. Mluvíme-li o kvalitě pacientova života, obvykle sledujeme, jaký vliv má onemocnění, léčebné a diagnostické metody na fyzický a psychický stav pacienta, na jeho způsob života a pocit vnitřní spokojenosti. Význam kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb. Maslow tyto potřeby hierarchicky uspořádal do pyramidy podle důležitosti a významu pro člověka. Nižší potřeby (potřeby fyziologické), mezi které patří potřeba pohybu, čistoty, spánku, výživy, vyprazdňování, potřeba nemít bolest apod., a potřeby jistoty a bezpečí z hlediska kvality by měly být uspokojovány na prvním místě. Naplnění těchto potřeb je předpokladem pro uspokojení potřeb vyšších, jako je např. potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty (52).

V současné době existuje celá řada definic kvality života. Všechny definice mají jedno společné, a to, že pojem „ kvalita života“ by měla obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince.

„Na kvalitu života (QoL) je možné nahlížet jako na mnohorozměrnou konstrukci zahrnující širokou škálu důsledků včetně fyzických, funkčních, sociálních a emočních složek“ (54).

„Kvalita života jako subjektivní globální hodnocení vlastního života. V kontextu zdraví a nemoci se často hovoří o tzv. ke zdraví vtažené, popř. se zdravím související kvalitě života“ (55).

Podle Jesenského je kvalita života „úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho ekosystému. Týká se hlavně naplnění potřeb a spokojenosti v životě“ (13).

Kvalita života je podle definice Světové zdravotnické organizace „to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (6).

Kvalitu života každý jedinec vnímá jinak. Jedná se o subjektivní vnímání zdravotního stavu, „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a absenci příznaků onemocnění či léčby, ale i psychickou kondici, uplatnění ve společnosti, náboženské a ekonomické hledisko (1).

1.1.1 Rozsah pojetí kvality života

Za počátek výzkumů kvality života lze považovat přístupy zdravotnických pracovníků ke zlepšení života chronicky nemocných pacientů. Zájem o otázku kvality života se zvýšil začátkem minulého století a to v souvislosti s kvalitou života chronicky nemocných a starých lidí. K dalšímu rozvoji tohoto zájmu došlo s rozvojem psychologie a jiných vědních disciplín, které se otázkou kvality života zabývaly. Postupně se vědci zaměřili na stanovení kritérií, kterými lze kvalitu života hodnotit. Nejdříve byly známy sociální indikátory kvality života - zdraví, pracovní místo, dostupnost zboží a služeb, využití volného času, otázky sociální ochrany, možnost zapojení se do veřejného života apod.

V druhé polovině minulého století došlo ke změně v chápání významu pojmu kvality života a významu emočního stavu ve vztahu k okolí (23).

Je možno se domnívat, že to byla otázka stavu (kvality) života nemocného člověka (pacienta), co rozvířilo hladinu zájmu o otázky kvality života v polovině 20. století. Jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí. Proč? Hlubší pohled do situace těchto lidí ukázal, že neustále přibývá starých lidí a je třeba se zabývat kvalitou jejich života. Zároveň se ukázalo, že úspěšnost léčby chronicky nemocných pacientů zvyšuje jejich počet a tím i množství problémů, které je možno zařadit pod pojem kvality jejich života. Příkladem může být např. zvyšování efektivity léčebných metod při léčbě rakoviny, důsledky rozvoje používání umělé ledviny, transplantace ledvin, operací srdce atp. Vedle klasických medicínských problémů vstupovaly do hry i otázky psychologické, sociálně-psychologické a otázky sociální péče o tyto lidi.

Ryze medicínská kritéria stavu chronicky nemocných pacientů bylo třeba doplňovat jiným druhem kritérií. Tato kritéria bylo přitom třeba čerpat z širšího (např. humanitního) pojetí lidské existence. Vzdor obtížím s tím spojeným se stále zřetelněji

ukazovalo, že změny ve zdravotním stavu pacienta - jak při jeho zhoršení, tak při jeho zlepšení (např. v důsledku léčebného zákroku, rehabilitace atp.) - je třeba vyjadřovat v širším zorném úhlu, nežli jsou jen údaje o změnách jeho fyzického stavu. Právě těmito otázkami se zabývá problematika kvality života.

Měření kvality života v průběhu 20. století je možno vystopovat nejprve tam, kde šlo o život lidí starých, chronicky nemocných, případně lidí ante finem. Je možno se domnívat, že předchůdcem metod měření kvality života pacienta byly HS (health state) - rejstříky zdravotního stavu daného pacienta, případně souboru jeho zdravotních problémů. Zdokonalenou formou jsou HSP (health state profile) - profily zdravotního stavu; šlo v nich o pokus nastínit zdravotní stav pacienta tak, jak je viděn z ryze lékařského, obecně fyziologického hlediska.

Pokusy o vystižení momentálního stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii.

Snahy o zachycení stavu těžce nemocného pacienta vedly řadu lékařů k návrhům metod, kterými by se tento stav - kvalita života pacienta - co nejdříve zachytil (23).

Studium kvality života prodělává svůj rozkvět zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejí z různých koncepčních rámců a pokoušejí se z různých aspektů uchopit toto zajímavé a důležité téma. Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Badatelé se rovněž zajímají o interakce a vztahy mezi těmito faktory (9).

V posledních letech prochází naše zdravotnictví výraznými změnami – biomedicínský model nemoci je doplněn stále více se prosazujícím holistickým přístupem k nemocnému, kdy je člověk chápán jako celek s neoddělitelnou bio- psychosociální složkou. Model nemoci pak poukazuje na provázanost jednotlivých složek s tím, že poškození v jedné oblasti se může projevit v oblasti jiné, což může mít samozřejmě vliv i na kvalitu života lidí (27).

1.1.2 Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného

(modifikováno podle Klenera, 2002 a Stablové, 2002)

Faktor	Charakteristika veličiny
Fyzická kondice	Do značné míry určována výskytem různých symptomů onemocnění, event. i nežádoucími účinky aplikované terapie
Funkční zdatnost	Zahrnuje především stav tělesné aktivity (performace status). Jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice WHO nebo stupnice navržené Karnofským. Dále se jedná o schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě apod.
Psychický stav	Hodnocen zejména podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, dále pak osobnostní charakteristiky, prožívání bolesti apod.
Spokojenost s léčbou	Jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného.
Sociální stav	Hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společenských skupinách, o jeho způsobech komunikace s lidmi apod.

Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví, přidružená onemocnění, rodinná situace, osobní hodnoty - jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení apod., ekonomická situace, vzdělání, ale i víra v Boha.

V klinické praxi může celý zdravotnický tým ovlivnit kvalitu života tím, že:

- ovlivní představy pacienta, co nejpravdivěji informuje o nemoci, o její prognóze, možnostech ovlivnění průběhu choroby
- ovlivní samotný stav pacienta léčbou základního onemocnění a odstraňuje příznaky nemoci
- má snahu dosáhnout, aby nemocný strávil každý den svého života na vrcholu svých možností
- zapojí do ošetřování o nemocného rodinné příslušníky a blízké
- respektuje rozhodnutí pacienta – ne každý pacient chce vyzkoušet všechny zatěžující a málo nadějně způsoby léčby
- odstraňují utrpení pacienta
- podporují nezávislost a soběstačnost pacienta podle jeho možností
- poskytují dostatek pomoci, pochopení a duševní podpory ze strany zdravotnického personálu a nabádají k tomu i příbuzné pacienta
- snaží se vcítit do pocitů pacienta i rodiny (57).

1.1.3 Možnosti hodnocení kvality života u nemocných

Kvalitu života lze hodnotit na základě subjektivních a objektivních přístupů. Pro zjištění kvality života pacienta má nejpodstatnější význam jeho subjektivní hodnocení, to, jak sám vnímá vlastní zdravotní situaci, jak je sám schopen uplatnit se v pracovním, rodinném a sociálním prostředí. K hodnocení kvality života u nemocných jsou používány dotazníky (metody) určující dopad nemoci na běžný život. Okruhy vyšetřované v dotaznících kvality života se týkají:

Fyzikálních funkcí – mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence.

Emocionalita – deprese, lítostivost, pocit strachu apod.

Sociální funkce – vztahy v rodině, její podpora, vztahy k okolí, náplň volného času.

Práce, domácí práce, nakupování apod.

Bolest.

Spánek a jeho kvalita.

Symptomy specifické pro dané onemocnění (57).

1.1.4 Metody monitorování kvality života

Existuje více metod pro monitorování kvality života, které se rozdělují na:

Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.

Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba.

Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II. (25).

1.1.4.1 Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.

Kvalita života byla zpočátku měřena druhými lidmi - tj. okolím pacienta. Měření přecházelo od vidění jeho celkového zdravotního stavu k předem stanoveným kritériím, jako jsou sebeobslužnost, sociální opora, zvládání těžkostí spojených s nemocí, celkový emocionální stav pacienta apod.

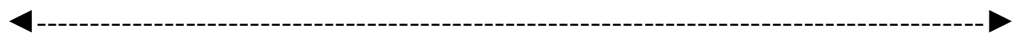
- Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) dle Knause

Racionálně této metody je odvozeno z předpokladu, že na vážnost onemocnění je možno usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Takto se měří odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí a výsledek se vyjadřuje jedním číslem. Celkové skóre APACHE II. se pohybuje v rozmezí od 0 do 71 bodů. Přitom platí: čím vyšší skóre, tím větší je pravděpodobnost úmrtí pacienta.

- Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. VAS (Visual Analogous Scale) – viditelné odstupňování celkového stavu kvality života pacienta.

Jde o vidění kvality života spíše jako celkového stavu, nežli souboru jeho zdravotních problémů. Touto stupnicí (škálou) VAS -QL je 10 centimetrů dlouhá vodorovná čára nebo lépe v 45 stupňů šikmo stoupající úsečka s označenými dvěma extrémy.

Celkový pacientův stav je:



velmi špatný

velmi dobrý

Úkolem hodnotitele, kterým může být lékař, zdravotní sestra, rodinný příslušník pacienta a podobně, je podle subjektivního zdání (hodnotitele) udělat ležatý křížek na této čáře tam, kde se asi – podle osobního zdání hodnotitele – mezi uvedenými dvěma extrémy posuzovaný pacient v dané chvíli nachází.

- Symbolické vyjádření kvality života

Jde o „normalizované“ hodnocení života pacienta. Užívá k vyjádření kvality života hodnotitelem soustavu křížků. Princip tohoto zápisu je jednotný, otázky se zapisují v podobě křížků (v rozmezí od jednoho do čtyř křížků). Čím více křížků, tím horší kvalita života.

- PSI (performance status index) - Karnofsky index

Tímto indexem vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu. Vyjádřen je procentuálně - normální stav pacienta, který je bez potíží - 100%. Čím nižší číslo, tím horší je stav pacienta.

- Index kvality života pacienta ILF

V tomto systému byla předem stanovena kritéria sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládnutí těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta a celkový emocionální stav pacienta apod. Stanovení kritérií kvality života nebylo jen na hodnotiteli. Bylo dáno souhlasem většího počtu lidí – pacientů, lékařů, klinických psychologů, zdravotních sester atp. záznam o stavu pacienta bylo možné odstupňovat v jednotlivých dimenzích. Bylo možné hodnotit kvalitu pacientova života předem stanovených časových úsecích, v různých situacích atp. Tento způsob hodnocení kvality života druhými lidmi - ať obecně, či podle určitých kritérií (arbitrárně) - podává určité informace o celkovém stavu pacienta. Vykazuje však vzdor všem dobrým snahám dosti

značné rozdíly v tom, jak kvalitu pacientova života hodnotí a jak ji hodnotil sám pacient (26).

1.1.4.2 Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba.

Protože výsledky externích metod nemusely být v souladu s tím, jak hodnotí svůj stav pacient, začaly být využívány metody, které měřily kvalitu života tak, jak je subjektivně hodnocena osobou, které se měření týká (subjektivní metody).

Každý člověk si v průběhu svého života staví plány a cíle a snaží se k těmto cílům dospět. Tyto cíle a plány jednání dávají životu člověka smysl. Mnozí psychologové kladou důraz na spokojenost. Kvalitně žije ten, kdo je spokojen. A spokojen je ten, kdo dlouhodobě dosahuje své životní cíle, které si předsevzal. A to tak rychle, jak očekával, nebo rychleji. Prožívání životního uspokojení má podle nich blízko k tomu, čemu se říká psychologická kvalita života.

Kvalita života se také dá definovat jako rozdíl mezi nadějemi a očekáváními určitého člověka a tím, jaká je jeho skutečná současnost. Tento rozdíl se samozřejmě může během života zmenšovat, ale i zvětšovat. Různé studie ukázaly, že význam některých životních oblastí se v průběhu života mění. Jde zejména o sociální činnosti, aktivity ve volném čase, víru. Tyto oblasti jsou například ve vyšším věku uváděny jako více významné než u mladších osob. Pro kvalitu života mladších lidí jsou zase více důležité oblasti jako práce, štěstí, finanční situace a sociální vztahy přesahující rámec rodiny. Důraz kladený na hodnoty rodiny, zdraví a nezávislosti zůstávají v průběhu věku relativně stabilní a nemění se. Kvalita života se mění v průběhu života jedince i v závislosti na životních situacích, ve kterých se lidé ocitají. Jde zejména o nemoc, která může kvalitu života výrazně změnit (23).

Existují nejrůznější metody měření:

- DDRS - Posuzovací škála stresu a neschopnosti (Distress and Disability Rating Scale) dle Rozseta.

Index kvality života, který je rozšířen především v Anglii a který byl sestaven na základě výzkumu hodnot jak lidí zdravých, tak i nemocných.

- HRQoL (Health Related Quality of Live) dle Patricka a Ericksona.

Zde je kvalita života podmíněná zdravím s tím, že jednotlivé dimenze kvality zdraví mohou mít odlišnou závažnost pro daného pacienta. Důležitá je i proměnlivost v hierarchii dimenzí kvality života v průběhu času a situací.

- Stupnice spokojenosti se životem - SWLS (The Satisfaction with Life Scale)

Tuto metodu vyvinul Diener. Je to metoda, která klade důraz na spokojenost a hodnotí pocit pohody a spokojenosti se životem. K diagnostikování lidí v tomto směru používají dotazníku s pěti otázkami. Ptají se například: „ Jak moc byste souhlasili s tvrzením, které říká : Můj život je blízký mému ideálu života?“ Stupeň souhlasu je vyjádřen v sedmibodové škále (1-minimum souhlasu, 7- maximum souhlasu).

- Spitzerův systém vyjádření kvality života pacienta

Tento systém QoL (quality of life of the patient) patří dosud k nejčastěji používaným systémům zaznamenávání kvality života pacientů v celosvětovém měřítku.

Kritéria kvality života pacienta podle W. O. Spitzera:

- pracovní schopnost pacienta,
 - fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech (cizí pomoci),
 - finanční situace pacienta,
 - způsob trávení volného času pacienta,
 - bolesti pacienta,
 - nepohodlí daného pacienta,
 - nálada pacienta,
 - vědomí pacienta o následcích jeho nemoci,
 - komunikace pacienta s okolím,
 - vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou (přáteli a rodinou).
- Systém individuálního hodnocení kvality života (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)

Jde o metodu individuální, k pojetí kvality života se přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí a chápe dotazovaný. Pojetí kvality života pak závisí na systému hodnot dané osoby, který je při rozhovoru zjišťován a respektován.

Je zjišťována důležitost každého aspektu kvality života daného člověka v určité momentální situaci:

- jde o celkové zaměření jeho života, kam má v životě namířeno
- jde o to, k čemu v životě směřuje, kam má v životě namířeno
- jde o to, proč vlastně chce ještě dál žít
- jde o to, o čem se v životě nejvíce snaží
- jde o to, co mu v životě dělá největší radost
- jde o otázky smysluplného žití - pro co žije
- jde o životní úkoly a cíle - kam má v životě namířeno

- jde o dlouhodobé snahy, ne o momentální chtění

Mělo by se jednat o zamyšlení nad tím, o co člověku v životě jde, co je smyslem jeho života spolu s vyznačením, jak se mu daří tohoto cíle dosahovat a jak je s dosahováním cíle spokojen. Nesmí být opomenuto ani to, jak je daný cíl pro člověka důležitý. Nakonec jde o grafické vyjádření spokojenosti na stupnici (24).

1.1.4.3 Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

- MANSA - měření kvality života, vypracované univerzitou v Manchesteru. Jde o měření tím způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem stanovených dimenzí života. Jde o zjišťování spokojenosti:
 - s vlastním zdravotním stavem
 - sebepojetím
 - sociálními vztahy
 - rodinnými vztahy
 - bezpečnostní situací
 - právním stavem
 - životním prostředím
 - finanční situací
 - náboženstvím (vírou)
 - účastí na aktivitách volného času
 - zaměstnáním, prací (školou)

Cílem je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka a podle toho zaměřit účelně efektivní pomoc a péči o něj.

Při hodnocení kvality života jedince vybíráme z celé problematiky jen dílčí oblast ze tří hierarchicky odlišných sfér.

z makro - roviny

z mezo - roviny

z osobní roviny

Vždy je důležité si uvědomit, o kterou rovinu v hodnocení kvality života jde.

V makro - rovině - jde o otázky kvality života velkých společenských celků (stát, kontinent apod.) Život je absolutní morální hodnota. Jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života. Tato problematika se stává součástí politických úvah (obsah základní výchovy, zdravotnictví apod.). V tomto vidíme celosvětový odklon od zjednodušeného posuzování úrovně národních ekonomik a kvality života

v jednotlivých státech výhradně srovnáváním jejich hrubých domácích produktů. Významu nabývají složitější indexy, zejména HDI (Human development index), který spojuje očekávanou dobu dožití s průměrnou výší vzdělání (index počtu negramotných a průměrného počtu absolvovaných let školní docházky) a hrubého domácího produktu. Každá z těchto tří oblastí má ve výsledném indexu stejnou váhu a podílí se na něm přesně jednou třetinou.

V mezo - rovině - jde o malé sociální skupiny a otázky kvality života v nich (ve škole, nemocnici, závodě apod.). Jedná se o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, existence sociální opory, uspokojování základních potřeb členů této skupiny, ale také především o respekt k morální hodnotě života lidí.

V osobní (personální) rovině - jde o život jednotlivce - individua, ať už je jím pacient, lékař či kdokoli jiný. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí apod. Každý v této dimenzi hodnotí sám kvalitu vlastního života, což je ovlivněno také jeho představami, nadějemi, očekáváním, přesvědčením a dalšími faktory (33).

1.1.5 Kvalita života podmíněná zdravím

Je všeobecně známo, že v posledních letech medicína již neklade důraz pouze na hodnocení výsledků vyšetření - laboratorních, zobrazovacích či jiných. Tento důraz se rozšířil o sledování a hodnocení takových faktorů spojených s nemocí a léčbou, které mají přímý dopad na pacienta a ovlivňují jeho vnímání kvality života. Dokonce se prosazuje názor, že medicína druhého tisíciletí byla medicínou přístrojové techniky a medicína třetího tisíciletí bude medicínou mezilidských vztahů.

Kvalita života podmíněná zdravím se v posledních zhruba deseti letech stala nepostradatelným nástrojem pro hodnocení jak jednotlivců, tak celých populačních skupin. Hodnotí se jednak stav pozitivního zdraví, a to srovnáváním s populačními standardy (normály), jednak dopad a efektivnost léčebných nebo sociálních intervencí (34).

I české odborné práce a se zabývají hledáním souvislostí mezi kvalitou života a zdravotním stavem (15) (40) (43) (45) (56) (63).

V posledních 15 letech probíhá ve zdravotnictví zajímavý vývoj, totiž takzvaná změna vzorců myšlení a jednání - paradigmát.

Tento vývoj zpochybňuje do určité míry dostatečnost a úplnost biomedicínského modelu nemoci. Tato změna paradigmát je zapříčiněna a vyvolána nepochybnými změnami ve vývoji morbidit, kde ve spektru prevalence nemocí a chorobných stavů

začínají převažovat chronické nemoci, které jsou svojí podstatou již vlastně nevléčitelné ad integrum.

V důsledku tohoto stavu se stal nezbytným novější, komplexnější, celostnější - krátce holistický model nemoci, kterým je „bio-psychosociální model nemoci“ (28).

1.1.6 Bio-psychosociální model nemoci

Je charakterisován :

- orientací na cílový dopad (finální orientace)
- orientací na zajištění podkladů pro ošetřování a rehabilitaci cílové osoby pacienta (klienta)
- odpovídajícím klasifikačním systémem ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicaps.)

ICIDH je multidisciplinární deskriptivní klasifikační systém, který umožňuje analyzovat a dokumentovat zdravotní stav cílové osoby ve třech základních dimensích:

- a. Struktura a funkce orgánů a orgánových systémů (fyzický stav)
- b. Schopnosti,aktivity a výkonnost osoby (role)
- c. Dopady zdravotního stavu osoby do jejích sociálních vztahů a důsledky socioekonomické (sociální funkce)

Těmto dimenzím odpovídají následující položky modelu ICIDH:

Ad a) Impairments - Poškození

Ad b) Disabilities - Poruchy schopnosti

Ad c) Handicaps - Znevýhodnění –„handikapy“

Nadřazeným pojmem pro všechny tyto poruchy, tj. poškození,poruchy schopnosti a handicap je pojem „Disablement“ (Česky-Postižení).

Pro praktické užití jak ve vývoji,vědě a výzkumu, tak ve vlastní klinické,ošetrovatelské a rehabilitační činnosti se jako nástroj k hodnocení kvality života pod zorným úhlem ICIDH velmi osvědčuje skórování systémem HRQOL - Health Related Quality of Life (19).

V medicíně byl vyvinut koncept kvality života ovlivněné zdravotním stavem (Health-Related Quality of Life - HRQOL). HRQOL je částí celkového konceptu kvality života, kterou můžeme rozdělit na oblast se zdravotním stavem související a oblast nesouvisející (50).

V medicíně hodnocení kvality života převzalo roli, kterou by měla mít tzv. celostní medicína (53).

Koncept hodnocení kvality života spojené se zdravotním stavem vychází z narůstajícího vědomí nedostatečnosti informací o samotném pacientovi ve srovnání s množstvím informací o jeho nemocech. V tomto novém přístupu nemají při posuzování zdravotního stavu zásadní důležitost očekávaná délka života a nepřítomnost choroby, ale zahrnuje se také samotnými pacienty posuzovaný fyzický a duševní stav a možnosti chování v běžném každodenním životě.

Otázka, které jsou to faktory, jež ovlivňují kvalitu života a mají dopad na aktivity denního života v různých situacích a za různých okolností, je systematicky studována v mnoha zemích světa a široce publikována (42) (46) (49) (51) (61).

Mnohé z těchto studií se zaměřují na objasnění vztahu mezi kvalitou života a zdravotním stavem. Velmi důležitým aspektem je zde snaha o rozluštění subjektivní dimenze této situace, tohoto vztahu. To, jak jednotlivec subjektivně vidí a prožívá sám sebe, jak je sám se sebou spokojen, je nesmírně důležité pro posouzení úspěšnosti či neúspěšnosti intervencí ošetřovatelských (nursing), rehabilitačních, ale i medicínsko - terapeutických (16) (41) (44).

Kvalita života ve vztahu ke zdravotnímu stavu charakterizuje a měří to, co subjekt prožívá jako následek nemoci, dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, následku úrazu a také zvládnutí rolí a prožívání života v porovnání s tím, co považuje nemocný sám za ideální. Účelem měření není pouze zjistit přítomnost a závažnost symptomů onemocnění, ale také ukázat, jak manifestace onemocnění nebo léčba je prožívána individuem (12) (17) (18) (20) (22) (35) (36) (37) (38) (43) (53).

1.1.7 Dotazníky

Existují tři typy dotazníků, tedy nástrojů ke zjišťování stavu kvality života - HRQOL:

- Global assesement, globální hodnocení, tento typ poskytuje všeobecné, generální zhodnocení kvality života, většinou však nelze identifikovat postižení v jednotlivých oblastech - doménách (fyzikální, emoční, vitalita, atd.)
- Generic, tzv. generický typ umožňuje demonstrovat podobnosti či naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci - nosologické jednotky - vzájemně liší či naopak podobají co do vlivu na kvalitu života - HRQOL.
- Specific, - typ specifický pro určitou nemoc. Tento typ je vytvořen tak, aby umožňoval zejména hodnotit vývoj stavu nemoci v čase.

Tyto základní typy mají určité přesahy, ale rozdělení zde podané je všeobecně akceptováno. Jako příklad typu global assesment, který má též výrazné rysy typu generic a může sloužit v obou směrech, je známý dotazníkový nástroj SF - 36 .

Pro typ „generic“ máme dobré příklady v široce užívaných dotazníkových nástrojích jako jsou již zmíněný SF- 36 a dále Sickness Impact Profile - SIP, a Time Trade-Off - TTO . SIP charakterizuje zejména dopad nemoci do zdravotního profilu pacienta, TTO umožňuje hodnotit zejména dopad na pracovní schopnost a soběstačnost.

Typ specific (disease specific) je reprezentován dobře zavedenými a široce užívanými dotazníkovými nástroji, jako jsou Rating Form of IBD Patients Concerns – RFIPC, dále Inflammatory Bowel Disease Questionnaire jak ve své původní, tak zkrácené formě, jako Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (19).

S použitím dotazníků pro skórování HRQOL, zejména dotazníku SF-36 je možno hodnotit výsledky zdravotnických a sociálních intervencí v 8 doménách či kategoriích, kterými jsou:

Fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví (39) (48).

1.1.7.1 Vyhodnocení dotazníků

Vlastní vyhodnocení dotazníku je prováděno pomocí tzv. TS skóre (Transformed Scales Score) hodnocené v intervalu 0 – 100 .

Jaké jsou normální výsledky HRQOL? Hypotetické optimum je 100 % dosažených v každé doméně. Takováto populace však neexistuje. Proto je nutné stanovit empiricky „normály“.

Evropský normál výsledků pro 8 domén HRQOL, v metodě SF-36 n = 8883 - 9219

Fyzické funkce	88,40
Fyzické omezení rolí	85,82
Emoční omezení rolí	82,93
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	88,01
Bolest	81,49
Duševní zdraví	73,77
Vitalita	61,13
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52

(Oxford Healthy Life Survey)

Regionální (Středoevropský/jihočeský) standard normálních výsledků pro 8 domén HRQOL, v metodě SF-36

Policie ČR, n = 103

Fyzické funkce	92,57
Fyzické omezení rolí	82,28
Emoční omezení rolí	81,23
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	86,29
Bolest	81,23
Duševní zdraví	77,71
Vitalita	67,33
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,35

Srovnání výsledků skupin OXFORD a POLICIE ČR

U-divergence Oxford x Policie ČR.

Doména	PČR	Oxford	u (kritická 1,66)
Fyzické funkce	92,57	88,40	4,26
Fyzické omezení rolí	82,28	85,52	1,14
Emoční omezení rolí	81,23	82,93	0,55
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	86,29	88,01	0,93
Bolest	81,23	81,49	0,11
Duševní zdraví	77,71	73,77	2,69
Vitalita	67,33	61,13	3,82
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,35	73,52	0,10

Důležité pro správné posouzení jsou rozdíly mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Jde o to, že lidé, kteří se dokáží vyrovnat se svým zdravotním stavem, mohou po této adaptaci pozměnit svá očekávání, přizpůsobit je životu s nemocí a získat zpět životní spokojenost. Naopak lidé se stejným postižením, kteří se se situací nedokáží vyrovnat, mohou být v životě stále více nespokojeni, což se jistě odrazí i na jejich hodnocení kvality života.

Neopomenutelným faktorem, který hraje roli ve vnímání kvality života, je jistě pacientovo očekávání. Čím menší rozdíl mezi pacientovým očekáváním a skutečností, tím vyšší je kvalita života nemocného člověka (31) (32) (33) (47).

1.2 Zlomenina krčku stehenní kosti

1.2.1 Stehenní kost

Stehenní kost (femur) je nejdelší a nemohutnější kostí v těle (62).

Stavba: Horní konec stehenní kosti - hlavice (caput femoris) má tvar koule, v jejímž zadním dolním kvadrantu je různě hluboká trojboká jamka (fovea capitis). Hlavice se oploštěným krčkem (collum femoris) připojuje k tělu kosti v úhlu asi 125 stupňů.

Laterálně vybíhá velký chocholík (trochanter major), mediálně a dozadu malý chocholík (trochanter minor). Na vnitřní straně velkého trochanteru je jamka (fossa trochanterica) a vpředu oba trochantery spojuje drsná čára (linea intertrochanterica) a vzadu kostní hrana (crista intertrochanterica).

Dolní konec stehenní kosti je rozšířený a vybíhá ve dva kloubní hrboly (condylus medialis et lateralis). Vzadu jsou oba kloubní hrboly odděleny hlubokým zářezem (fossa intercondylaris), vpředu jsou spojeny vyhloubenou kloubní plochou (facies patellaris). Vyvýšeniny na bocích obou kondylů tvoří epicondylus medialis et lateralis (10).

1.2.2 Typy zlomenin femuru

Jednotlivé typy zlomenin jsou uvedeny v příloze č 1, obrázek 1.

Zlomeniny krčku tvoří zhruba 45 % všech zlomenin proximálního femuru. Dělíme je na intrakapsulární (často zvané subkapitální, mediální nebo mediocervikální), kterých je většina, a na extrakapsulární (bazicervikální, laterální), které představují jen necelá tři procenta všech zlomenin proximálního femuru.

Anatomickou lokalizací těchto zlomenin je celý krček stehenní kosti. Jsou to typické zlomeniny vyššího věku, ke kterým dochází v místech změněných stařeckou osteoporózou skeletu. V mnoha případech trauma je neúměrně malé, takže zlomeninu spíše řadíme k zlomeninám patologickým, vzniklým na podkladě choroby kostí - osteoporózy (2).

1.2.2.1 Mechanismus vzniku:

Zlomeniny vznikají jednak mechanismem přímým, nárazem na krajinu velkého trochanteru, ale častější je mechanismus nepřímý. Dochází k němu při klopýtnutí spojeném s pádem, při kterém je končetina násilně převedena v kyčli do addukce.

Důležité je myslet na tuto zlomeninu u ležících starších nemocných (v domácí i ústavní ošetrovatelské péči), kdy i pád na bok z malé výše nebo uklouznutí a pád mohou znamenat zlomeninu, která se někdy diagnostikuje opožděně (7).

1.2.2.2 *Klinické příznaky*

Pacienti pociťují bolest v krajně postižené kyčle, občas se vyskytuje lehčí patologická deformace. Nejvýraznějším příznakem je však zkrácení poraněné končetiny o několik centimetrů a vytočení končetiny do zevní rotace.

Rozhodující pro stanovení diagnózy je rtg snímek (60).

1.2.2.3 *Klasifikace intrakapsulárních zlomenin*

Protože se nevěžila AO klasifikace (Arbeits Gemeinschaft fur Ostosynthesefragen), setkáváme se v literatuře pouze se dvěma klasifikacemi.

První je biomechanická Pauwellova klasifikace z roku 1935, založená na sklonu lomné linie. Ten však lze na úrazovém snímku posoudit jen obtížně, proto je dnes jako terapeutická směrnice používána minimálně.

Gardenova klasifikace z roku 1961 je klasifikací biologickou a lze ji použít jako prognostickou z hlediska výskytu avaskulární nekrózy. Garden dělí intrakapsulární zlomeniny podle dislokace do čtyř typů. K posouzení dislokace využívá tlakových trámčů spongiózy hlavice femuru a acetabula. U typu I a II je riziko avaskulární nekrózy mnohem menší než u typu III a IV (2).

Při posuzování závažnosti a prognózy zlomeniny krčku vycházíme ze dvou kritérií:

- lokalizace zlomeniny:

Podle tohoto kritéria se rozeznávají dva druhy zlomenin krčku:

- zlomeniny laterální - u těchto zlomenin je linie lomu lokalizována laterálně, tedy při bázi krčku. Protože krevní zásobení hlavice stehenní kosti je narušeno jen mírně, mají tyto zlomeniny dobrou prognózu, jejich hojivost je poměrně dobrá a životnost hlavice nebývá podstatným způsobem ohrožena.
- zlomeniny mediální - neboli subkapitální. Linie lomu se nachází mediálně těsně při hlavici kosti stehenní. U těchto zlomenin je výrazným způsobem narušena výživa (krevní zásobení) hlavice kosti stehenní, proto jsou tyto zlomeniny zatíženy vysokým procentem komplikací ve formě vzniku pakloubu nebo nekrózy hlavice.

- charakter linie lomu:

Kritériem pro posuzování zlomenin z hlediska linie lomu je úhel, který svírá linie lomu s pomyslnou horizontálou. Podle velikosti tohoto úhlu Pauwels rozděluje

zlomeniny na 3 stupně. Všeobecně lze říci, že čím větší je tento úhel, tím nepříznivější je stav zlomeniny, protože směr linie lomu umožňuje větší dislokaci úlomků (62).

1.2.2.4 Léčení:

1.2.2.4.1 Konzervativní léčba

Je indikována u zaklíněné zlomeniny typu Garden I (zaklíněné abdukční zlomeniny), event. u nedislokované fraktury typu Garden II, a to u pacientů asi do 70 let (2).

Používá se Kirschnerova extenze. Konzervativní metoda dlouhodobou drátěnou extenzí podle Kirschnera. Používá se spíše u starších pacientů, kteří nemohou být operováni pro závažné interní onemocnění. Nemocný je uložen na lůžko, postižená končetina je fixována na Braunově dlaze v mírné abdukci pod tahem buď za suprakondylickou část femoru, nebo za tuberositas tibiae.

Tato metoda však vzhledem k tomu, že pacient je dlouhodobě imobilní, je zatížena neúměrným procentem interních komplikací, jako jsou zápalý plic, dekubity apod. (62).

1.2.2.4.2 Operativní léčba:

Při operační léčbě se rozhoduje chirurg mezi osteosyntézou nebo implantací cervikokapitální endoprotézy (Příloha č 2).

- osteosyntéza: tento typ operativní techniky volíme u mladších pacientů s laterálním typem zlomeniny (dobrá životaschopnost hlavice) a s linií lomu, která s horizontálou svírá úhel s nižším stupněm (stabilita zlomeniny). U starších nemocných se pro riziko dislokace doporučuje osteosyntéza. Osteosyntéza se provádí většinou hřebem Kiintscherova typu s předvrtáním spongiózní dutiny a někdy (při šikmé nebo kominutivní fraktuře) i se zajištěním šrouby proti posunu.
- cervikokapitální endoprotéza: Při tomto způsobu operační léčby je odlomená hlavice kosti stehenní odstraněna, krček upraven a hlavice s krčkem nahrazena umělou kovovou endoprotézou, zakotvenou v proximální části femuru nitrodřeňově. Tuto metodu volíme u zlomenin mediálních (ohrožená životaschopnost hlavice) a u zlomenin s vysokým stupněm úhlu linie lomu.

Osteosyntéza byla v našich zemích v posledních letech silně vytlačena aloplastikou, která nabízí zdánlivě bezpečnější řešení (2).

1.2.2.5 Prevence pooperačních komplikací

Bezprostředně po operaci je zpravidla pacient zcela závislý na pomoci zdravotních sester a ostatního personálu v nemocnici. Dle klasifikace funkčních úrovní

sebepečce podle M. Gordonové (stupeň 0 až 5) je pacient na úrovni 4. až 5. stupně. Sestry musí vytvářet nemocným vhodné podmínky (příprava pomůcek, bezbariérový vstup do koupelny), aby v průběhu rekonvalescence byli alespoň částečně schopni samostatně zvládat denní činnosti (stupeň 2 až 1 klasifikace funkčních úrovní sebepečce podle M. Gordonové) (14).

Sestra zjišťuje schopnost provádět jednotlivé úkoly hygienické péče (dutina ústní, česání atd.). Sestra vede nemocného tak, aby byl schopen provést určitý úkon bez pomoci. Sestra zjišťuje stav hygienického zařízení v domácnosti, doporučuje vhodné pomůcky (sedátko do sprchy atd.).

Zjišťuje schopnost provádět jednotlivé úkoly při příjmu potravy. Individuálně řeší pomoc pacientovi při stravování (krájení potravy, krmení atd.).

Sestra zjišťuje schopnost provádět jednotlivé úkoly při vyprazdňování. U nemocných upoutaných na lůžko upravuje sestra polohu při močení a defekaci, pomáhá při použití toaletní mísy, klozetového křesla, případně při cestě na WC.

Sestra posiluje nezávislost pacienta při oblékání neustálým cvičením s postupným snižováním míry pomoci. Doporučuje pacientovi pomůcky pro oblékání (natahovač punčoch) (5).

1.2.2.5.1 Léčebná tělesná výchova a prevence komplikací

V prevenci pooperačních komplikací se také velkým dílem uplatňuje léčebná tělesná výchova.

Zdravotní sestry si musí být vědomy přínosu pohybové léčby a v tomto směru spolupracovat s pracovníky rehabilitačního oddělení. Dosah i možnosti léčebného působení jsou v různých stádiích onemocnění různé. Zpočátku jde o udržení a podporu hlavních fyziologických funkcí. V dalším stadiu při stupňování zátěže jde o zlepšování svalové síly a rozsahu kloubní pohyblivosti, o další zvyšování oběhové a respirační zdatnosti, lokomoce, pohybové koordinace, sebeobsluhy, soběstačnosti, vytrvalosti (59).

Povšimněme si základních prvků potřebných pro činnost zdravotních sester.

1.2.2.5.2 Dechová gymnastika

Dechová gymnastika se provádí postupně ve dvou fázích. První fáze je nácvik statického, klidového dýchání, kdy výdech je dvakrát delší než nádech. V druhé fázi sestra pacienta naučí dynamickému dýchání, to je statické dýchání s doprovodem cviků horních končetin.

1.2.2.5.3 Polohování nemocného

Polohování je v náplni práce zdravotních sester a mají v tomto směru úzce spolupracovat s rehabilitačními pracovníky a využívat maximálně polohovacích pomůcek (válečky, klíny, dlahy apod.).

Pacienta po osteosyntéze sestra polohuje do polohy v leže na zádech či v leže na břiše, s tolerancí k bolesti nemocného. Doporučená je kratší doba i čas, a to 10-15 min. Končetina je ve středním postavení. Sestra dohlíží, aby špička nohy na operované končetině nepřepadávala zevně. U pacienta po totální endoprotéze respektuje sestra zákaz addukce a zevní rotace. Z tohoto důvodu se vkládá pacientovi mezi končetiny abdukční klín. S tímto klínem se pacient smí otočit na bok či břicho. Sestry by neměly také zapomínat na masáže zad a predilekčních míst.

1.2.2.5.4 Cvičení s pacientem

Je to soubor preventivních cvičení, kdy svalová činnost podporuje vyprazdňování krve z hlubokých žil, což snižuje nebezpečí trombózy v hlubokých žilách. Cvičení s pacientem zahrnuje několik typů cvičení. Prvním typem cvičení, které sestra s pacientem procvičuje, je aktivní a pasivní pohyb v kotníku. Druhá jsou kondiční cvičení, kterými se procvičí horní a dolní končetiny ve všech volných kloubech aktivním pohybem. Sestra může pacientovi pomoci v dalším typu cvičení - učení se izometrické kontrakce svalů. Zejména důležité je izometrické procvičení m.gvadriceps, pro pozdější chůzi na berlích.

Cvičení na operované straně náleží plně do kompetencí rehabilitační sestry.

Při operativním řešení bude chůze s plným zatížením zařazena o něco dříve, asi kolem 3. měsíce.

1.2.2.5.5 Návik chůze

Návik chůze s oporou může být velmi rychlý u zdatného jedince. U starých lidí je nutné postupovat přes návik sedu, stoje a k chůzi o berlích se často pacient dostává přes stadium chůze v pojízdném chodítku, kde má pacient při opoře větší stabilitu. Návik sedu u pacientů začíná co nejdříve po operaci, dle ordinace lékaře, zpravidla druhý den po operaci. Sestra dbá, aby pacient po endoprotéze měl při sezení na lůžku zachován tupý úhel sedu. U náviku stoje a chůze musí sestra rozlišit zda se jedná o pacienta po operaci s osteosyntetickým či endoprotetickým řešením. Pacient s totální endoprotézou začíná chůzi nejprve bez zátěže operované končetiny, postupně se zvyšuje zátěž na končetinu. Chůzi o berlích učí pacienta rehabilitační pracovnice, je však žádoucí, aby tuto techniku znala i zdravotní sestra. Berle mají být o 5 až 10 cm delší,

než je vzdálenost podpažní jamky od země. S nácvičkou chůze se začíná, když pacient udrží stabilitu ve stoje. Nejprve se postaví na zdravou končetinu a nasadí si berle. Potom na malou vzdálenost předsune berle a nakročí nemocnou dolní končetinou, aniž by se dotýkal země. Vzepře se na berlích a zdravou končetinu přisune (11).

1.2.2.5.6 Nácvička sebezpečí

I když je pacient po rehabilitaci plně mobilní, není nikdy plně soběstačný. Zejména u totální endoprotézy přetrvává zákaz addukce a zevní rotace. To způsobuje řadu problémů v denním životě pacientů (řízení automobilu, problémy sexuálního soužití, problémy při oblékání atd.). Sestra provádí nejen nácvičku sebezpečí, ale provádí i vhodnou edukaci pacienta o těchto problémech a doporučuje vhodné pomůcky.

Současný stav chirurgie pohybového aparátu (osteosyntéza, aloplastika) nám poskytuje dostatečné možnosti, jak uspokojivě řešit zlomeniny proximálního femuru, pokud to dovolí celkový zdravotní stav pacienta. Co však současná ortopedie a traumatologie řešit neumí, je sociální problematika těchto zlomenin.

Stále existují problémy s následnou péčí o pacienty se zlomeninou proximálního femuru, především chybějící sociální zázemí, resp. lůžka následné péče. Tím se prodlužuje pobyt pacientů na ortopedických, chirurgických nebo traumatologických odděleních se všemi negativními důsledky. Pokud se někdy hovoří o zlomeninách proximálního femuru jako o nevyřešených zlomeninách, pak se to týká především problematiky sociální (8).

1.3 Současný stav dané problematiky v ČR

V posledních letech je odborná i laická veřejnost zahrnována informacemi farmaceutických firem, podle kterých lze správnou prevencí a terapií osteoporózy dramaticky redukovat výskyt zlomenin proximálního femuru. Dokonce jsou uváděna konkrétní čísla pro Českou republiku, a to jak z hlediska výskytu fraktur proximálního femuru (většinou nesprávně označovaných v těchto materiálech jako zlomeniny krčku femuru), nákladů na ošetřování těchto zlomenin i úmrtnosti pacientů. Na základě několikaletého systematického sledování se autoři přesvědčili, že tato čísla jsou značně zavádějící. Náklady na prevenci osteoporózy převyšují současné náklady na léčbu zlomenin proximálního femuru. To však neznamená, že můžeme prevenci považovat za zbytečnou. Je nutné si však uvědomit, že věku téměř 80let musí odpovídat i stav kostní tkáně a nelze očekávat, že bude stejný jako u mnohem mladších jedinců.

Problém je ale poněkud složitější a nelze ho redukovat jen na stav kostní tkáně. Průměrný věk pacientů se zlomeninou proximálního femuru je 78 let, což přibližně

odpovídá věku dožití v České republice. Nelze tedy očekávat, že pomocí farmak můžeme výrazným způsobem zlepšit kvalitu a tedy i mechanickou odolnost skeletu těchto pacientů. Navíc zůstává zcela mimo pozornost a péči kvalita svalové tkáně, funkční stav CNS, závažná onemocnění apod. Prevence zlomenin proximálního femuru a osteoporotických fraktur vůbec musí být komplexní. tzn. včasné a dlouhodobé ovlivnění způsobu života seniorů, hlavně jejich fyzické a duševní aktivity. Jde o celospolečenský přístup k problematice stáří, nikoli jeho suplování pomocí farmakoterapie (2).

Statisticky významně vyšší riziko úmrtí v průběhu prvního roku sledování bylo u pacientů se zlomeninou proximálního femuru starších 80 let mužského pohlaví, závažně interně nemocných s operačním rizikem vyšším než ASA III. Riziko úmrtí bylo nejvyšší do 3 měsíců od úrazu či operace.

Závislost počtu úmrtí pacientů se zlomeninou proximálního femuru nebyla statisticky nepotvrzena ve vztahu k pohybové aktivitě pacienta před úrazem, k sociálnímu zázemí, typu zlomeniny, typu anestezie, způsobu operační léčby ani intervalu úraz - operace.

Dobré funkční výsledky byly dosaženy u pacientů mladších 80 let, žijících před úrazem samostatně nebo v rodině, před úrazem samostatně chodících, s operačním rizikem nižším než ASA IV, léčených operačně a operovaných do 72 hodin po úrazu.

Autoři neprokázali statisticky významnou asociaci konečných funkčních výsledků s pohlavím, typem zlomeniny, způsobem operační léčby ani s typem anestezie.

O tom, zda se pacient vrátí po léčení zlomeniny proximálního femuru do "normálních kolejí" bez závislosti na okolí a k fyzickému stavu umožňujícímu veškeré denní aktivity, rozhodují: věk nižší než 80 let, celkově dobrý zdravotní stav, nezávislost před úrazem a časně provedené operační ošetření zlomeniny (30).

Jakákoli obecná prevence civilizačních chorob i prevence zlomenin proximálního femuru se může odrazit ve snížení počtu úmrtí po zlomeninách nebo lepších funkčních výsledcích léčby těchto zlomenin, jako sekundární důsledek je šetření prostředků zdravotního pojistného.

Zlomeninu krčku utrpí v České republice ročně přes deset tisíc žen a tři tisíce mužů ve věku nad 55 let. Na některou z komplikací této zlomeniny umírá do jednoho roku každý pátý pacient, přičemž polovina těch, kteří operaci přežijí, je trvale odkázána na berle, invalidní vozíky, často na sociální péči. Tím je trvale snížena kvalita jejich života a mnohdy ovlivněn život celé rodiny. Výdaje na léčbu zlomenin a dopomoc jsou

obrovské. Přibližně jedna ze čtyř až pěti zlomenin krčku v populaci nad 50 let nastane u muže. Podle prognóz bude kolem roku 2025 počet zlomenin krčku stehenní kosti u mužů stejný, jako byl počet zlomenin u žen v roce 1990. Očekává se, že kolem roku 2050 dojde každý rok ke zlomenině krčku stehenní kosti u 6,4 milionů lidí. Také se očekává, že náklady na léčbu budou strmě stoupat. Předpokládá se, že vzrostou na 93,2 miliard v roce 2050 (29).

1.4 Kvalita života u pacientů s frakturou krčku femuru ve světě

Jak píše švédský autor Tidermark existuje jen několik studií hodnotících kvalitu života po fraktuře krčku femuru. Borgquist et al. zhodnotil kvalitu života u 61 pacientů s frakturou krčku femuru a 39 pacientů s frakturou trochanteru po 6 a 12 měsících a srovnával skóre kvality života s funkčním stavem (ADL a schopnost chůze) po 4 měsících. Shledali, že pacienti s nižší funkčností po 4 měsících po fraktuře měli nižší skóre kvality života.

Coast et al. a Van Balen et al. interpretovali zlepšení v kvalitě života (EQ-5D a NHP) u pacientů po fraktuře femuru po 3-4 měsících .

Randell et al. zkoumal změnu v kvalitě života (SF-36) u 32 pacientů (druh fraktury neuveden). Po 3 měsících nastalo významné snížení kvality života u domén fyzické funkce, vitality a sociální funkce oproti stavu před frakturou.

Nilsson vyšetřoval kvalitu života (NHP části I. a II) více než pět roků po chirurgickém zákroku v retrospektivní studii ve dvou vyrovnaných skupinách 28 pacientů s frakturou krčku femuru s vnitřní fixací nebo druhotným nahrazením cervikokapitální endoprotézou po neúspěšné primární vnitřní fixaci. Pacienti se zhojenými frakturami měli méně problémů se spánkem, prací v domácnosti a zálibami, a tak fungovali lépe než pacienti, kteří měli sekundární moderní nahrazení endoprotézou. Nicméně zpětné studie nedovolují nějaké dalekosáhlé závěry.

Celosvětový vzestup fraktur femuru je hlavní problém pro systém zdravotnictví a společnost. Řádná léčba fraktury krčku femuru u starších lidí je ještě sporná, a nejvíce tak z mezinárodního pohledu. Optimalizovat léčbu, zlepšit výsledky a snížit potřebu sekundární chirurgie je nutné z lidských i ekonomických důvodů. Také je důležité včlenit pacientův pohled na výsledky v klinických testech, a proto jsou uznávány četné nástroje pro ohodnocení kvality života.

Tidermark hodnotil dva nástroje kvality života, EQ-5D a SF-36, u pacientů s frakturou krčku femuru a také změřil kvalitu života dva roky po různých zásazích.

EQ-5D byl použit ve dvou studiích a jevil se jako vhodný nástroj pro posouzení kvality života u starších pacientů se zlomeninou krčku femuru. Byla zde dobrá korelace mezi kvalitou života (EQ-5D index skóre) a mírou výsledků, jako je bolest, pohyblivost a nezávislost v aktivitách denního života (ADL). Výsledky také ukazovaly vysokou citlivost, respektive schopnost zachytit klinicky důležité změny pro dotazníky EQ-5D a SF-36. Míra odezvy pro oba nástroje byla vysoká.

V ohodnocení předzlomeninového skóre pomocí EQ-5D index se ukázala dobrá shoda ve srovnání se skóre věkově stejné švédské referenční populace. Kvalita života u pacientů s frakturou krčku femuru s vnitřní fixací se snížila, zvláště u pacientů s frakturou hojící se s komplikacemi. Míra komplikací po dvouleté léčbě fraktury u pacientů s dislokovanými frakturami krčku femuru léčených vnitřní fixací byla 36% ve srovnání se 7% u pacientů s nedislokovanými zlomeninami. Kvalita života u pacientů s nerovnoměrně zhojenou frakturou po dvou letech byla nižší než u pacientů s přímou, nedislokovanou frakturou.

V studii byli vyhodnocováni pacienti s dislokovanými frakturami krčku femuru, léčenými vnitřní fixací nebo totální endoprotézou. U vnitřní fixace se projevilo více komplikací než u cervikokapitální endoprotézy, 36% proti 4%, a komplikace vyžadovaly více reoperací, 42% proti 4%. Pohyblivost a kvalita života (EQ-5D) byla obecně lepší v skupině s cervikokapitální endoprotézou. Ve shrnutí cervikokapitální endoprotéza přinesla lepší výsledek než vnitřní fixace pro postarší, relativně zdravé, schopné pacienty s dislokovanou frakturou krčku femuru.

V autorově výzkumu o starších ženách s frakturou krčku femuru téměř polovina pacientek vykazovala známky bílkovinné energetické podvýživy. Stav pacientek byl spojován s vyčerpáním svalů, poznávací dysfunkcí a nízkou kvalitou života (Nottingham zdravotní profil).

Studie se zabývala podáváním bílkovinně bohaté kapaliny v kombinaci s anabolickými steroidy po 6 měsících vyhublým starším ženám po fraktuře krčku femuru a vykazovala nesporné působení na zvýšení svalovové hmoty, nezávislost v aktivitách denního života a kvalitu života (EQ-5D). Komplikace v hojení měly negativní vliv na hmotnost těla, svalovou hmotu těla a kvalitu života (58).

2 Cíl práce a hypotéza

2.1 Cíl práce:

Zjistit kvalitu života jednotlivých věkových skupin pacientů po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti.

2.2 Hypotéza:

Kvalita života u středních věkových skupin je rozdílná než u vyšších věkových skupin.

3 Metodika

3.1 Metoda

Vlastní výzkum se zabýval zjištěním kvality života u pacientů po osteosyntetické operaci provedené za účelem léčby zlomeniny krčku stehenní kosti. Pro realizaci cíle diplomové práce byla použita dotazníková metoda. Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník SF-36 (Příloha č. 3). Tento dotazník je používán v mnoha lékařských oborech, byl rozpracován v 80. letech minulého století jako kolektivní dílo řady pracovišť (USA, Velká Británie). Dotazník je typu „generic“ s uzavřenými typy otázek. Základní verze dotazníku obsahuje celkem 36 otázek. Identifikace jednotlivých probandů byla učiněna pořadovým číslem dotazníku, věkem a pohlavím (gender).

Údaje z vyplněných dotazníků byly zpracovány ve spolupráci s Katedrou veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU a společností EMA services s.r.o.

Nejprve byly obsahy dotazníků převedeny do elektronické podoby (databázová aplikace ACCES). V dalším kroku byly konvertovány do hodnot (skóre) v osmi standardních doménách (kategoriích). Tímto způsobem byla osobnost probanda (klienta či pacienta) „rozložena“ do jednotlivých složek fyzických, duševních a sociálních.

Přehled domén HRQOL

	Název domény	zkratka
Fyzické funkce	Physical function	PF
Fyzické omezení rolí	Role limitation - physical	RP
Emoční omezení rolí	Role limitation - emotional	RE
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	Social functioning	SF
Bolest	Pain	P
Mentální zdraví	Mental health	MH
Vitalita	Vitality	EV
Celkové vnímání vlastního zdraví	General health Preception	GHP
Změny ve zdravotním stavu	Change in health	CH

V následujícím je uveden základní soubor vypočteného skóre ve standardních kategoriích pro časové okamžiky jednak před rehabilitací, v době vertikalizace pacienta po terapii a jednak po 3 měsících rehabilitace.

Takto vypočtená data byla dále zpracovávána a soubory porovnány modifikovaným u- testem co do významnosti shledaných rozdílů. Limitní / mezní hodnota pro "U" byla stanovena z tabulek, odpovídá velikosti souboru. Testy byly počítány jako jednostranné, nikoliv dvoustranné.

Standardní dotazník dle modelu SF-36 byl rozdán 45 probandům celkem dvakrát, ve dvou fázích.

První dotazník byl rozdán v době první vertikalizace probanda po osteosyntetické operaci. Dotazníky byly předány na třech chirurgických a ortopedických odděleních nemocnic Královehradeckého kraje a byly bez odkladů řádně vyplněny.

Tito probandi pokračovali dále v rehabilitační léčbě ve dvou specializovaných zařízeních. V době jejich propuštění, cca po 3 měsících rehabilitace, jim byl k vyplnění předán identický dotazník podruhé (druhá fáze výzkumu).

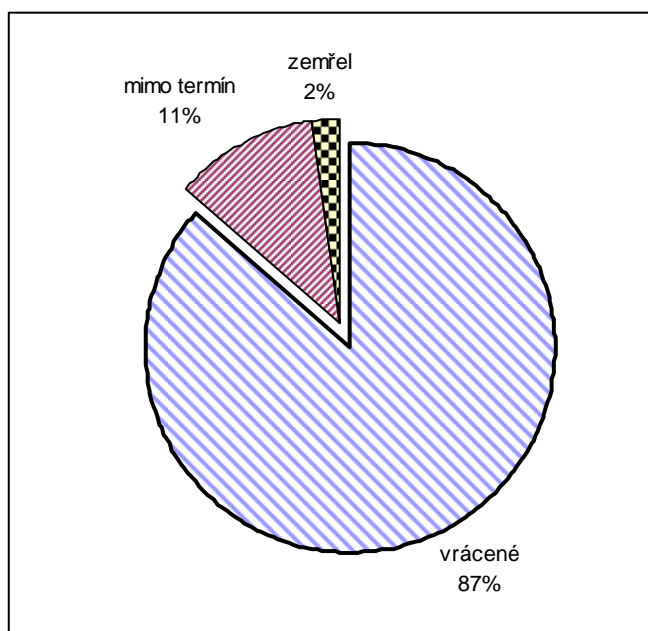
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V první fázi bylo předáno celkem 45 dotazníků, vyplněných se vrátilo 44, 1 pacient zemřel.

V druhé fázi se navrátilo ze 44 pouze 38 dotazníků (1 zemřel, 5 dotazovaných odpovědělo dříve než za 3 měsíce, tedy v nesprávném termínu, a proto nebyly tyto dotazníky do zpracování zahrnuty).

Návratnost dotazníků činí tedy 87 %.

Graf č 3.1 Návratnost dotazníků (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Rozložení respondentů dle věku a pohlaví je uvedeno vyčerpávajícím způsobem v následujících tabulce č 3.1 a grafu č 3.2.

Pro účely této práce byli respondenti ještě rozděleni podle klíče pracující a důchodci na „mladé a staré“. Věková hranice byla jednotně stanovena na 60 let.

Tabulka 3.1 Věková struktura souboru

Rozložení dle věku			
	všichni	muži	ženy
10	0	0	0
20	0	0	0
30	1	1	0
40	2	1	1
50	2	2	0
60	2	1	1
70	6	3	3
80	16	3	13
90	9	1	8
100	0	0	0

	všichni	muži	ženy
počet	38,0	12,0	26,0
průměr	69,4	58,8	74,3
minimum	23,0	23,0	35,0
maximum	85,0	81,0	85,0
do 60 let	7	5	2
nad 60 let	31	7	24

Zdroj: vlastní výzkum

V levé části tabulky je uvedeno věkové rozložení probandů. To je dále zobrazeno přehledně v grafu č 3.2.

V pravé části tabulky jsou uvedena souhrnně věková data souboru respondentů. Je zde uveden počet 38 respondentů, z nichž je 12 mužů a 26 žen.

Průměrný věk celého souboru je 69,4 let, z toho muži mají průměrný věk 58,8 let a ženy 74,3 let.

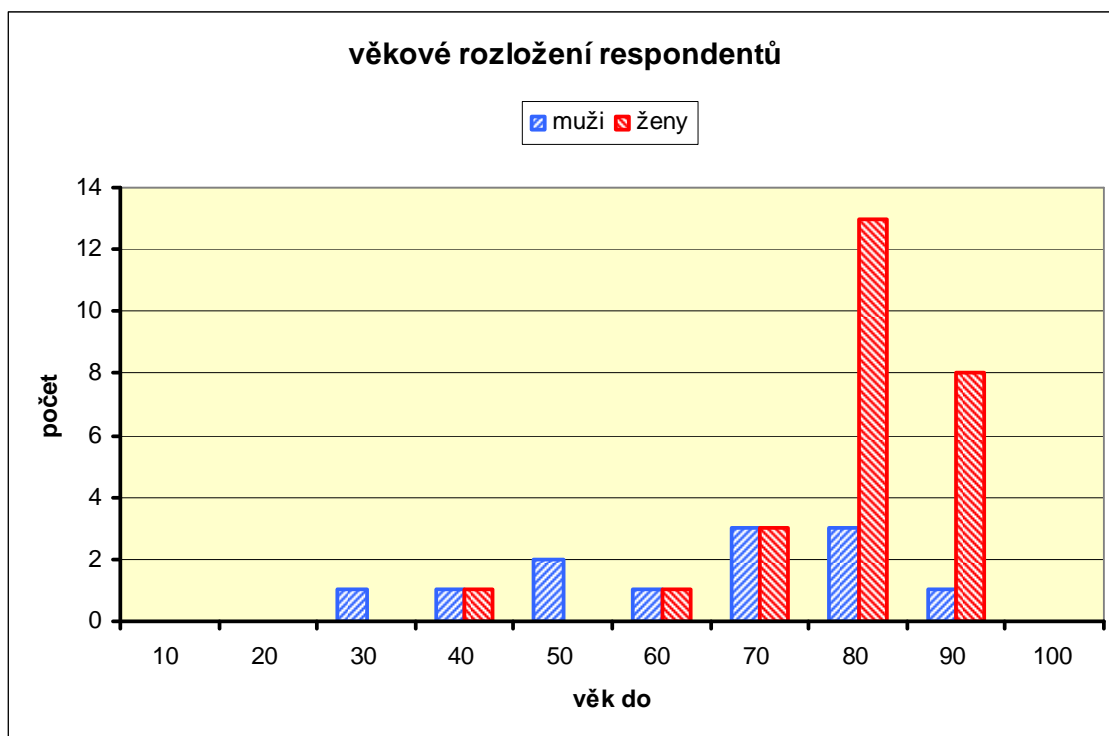
Minimální věk všech respondentů je 23 let, u mužů je to 23 let a u žen 35 let.

Maximální věk všech je 85 let, maximální věk mužů je 81 let a žen 85 let.

Soubor mladších probandů do 60 let čítá celkem 7, z toho 5 mužů a 2 ženy.

Nad 60 let věku, starších respondentů, je celkem 31, z toho 7 mužů a 24 žen.

Graf č 3.2 Věkové rozložení respondentů (počet)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č 3.2 je uvedeno přehledným způsobem věkové rozložení počtu mužů a žen.

4 Výsledky

Analýza k jednotlivým okruhům výsledků z dotazníkového výzkumu.

Pro zjednodušení popisu použijeme v následujících rozborech níže uvedené zkratky a symboly:

před – pacienti před rehabilitací, tedy bezprostředně po první vertikalizaci

po – pacienti po 3 měsících po rehabilitaci

staří – pacienti ve věku od 60 let výše

mladí – pacienti do 60 let věku

4.1 Porovnání se standardem OXFORD

Lze předpokládat, že fraktura krčku femuru značně ovlivní kvalitu života pacienta. V první fázi je provedeno srovnání se standardním skóre v jednotlivých doménách HRQOL. Tento standardní soubor reflektuje dlouhodobý a rozsáhlý výzkum, prováděný Oxford, Oxfordshire, England, Velká Británie v letech 1991-1992.

Parametry pro porovnání jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 4.1 Průměrné výsledky jednotlivých domén souboru.

	Fyzické funkce	Fyzické omezení rolí	Emoční omezení rolí	Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	Bolest	Mentální zdraví	Vitalita	Celkové vnímání vlastního zdraví
	<i>Physical function</i>	<i>Role limitation physical</i>	<i>Role limitation emot.</i>	<i>Social funct.</i>	<i>Pain</i>	<i>Mental health</i>	<i>Vitality</i>	<i>General health prec.</i>
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
n	8883	9151	9159	9219	9214	9014	9089	9085
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
s²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52

Zdroj: Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU ve spolupráci s EMA services, s.r.o.

Kde:

n = velikost sledovaného souboru

s = směrodatná odchylka v doméně

s² = střední kvadratická odchylka

x = aritmetický průměr skóre

4.1.1 Všichni respondenti

V této kapitole je provedeno porovnání celého souboru respondentů s výsledky výzkumu dle Oxford.

Tabulka 4.2 Porovnání všech respondentů s výsledky výzkumu Oxford

všichni		před				po			
		x	x OX	%	U div	x	x OX	%	U div
Fyzické funkce	PF	2,11	88,40	2,38	113,54	25,53	88,40	28,88	20,02
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	85,82	0,00	274,28	14,47	85,82	16,87	16,08
Emoční omezení rolí	RE	15,79	82,93	19,04	24,68	32,46	82,93	39,14	9,44
Omezení sociálních funkcí	SF	35,20	88,01	39,99	18,91	40,46	88,01	45,97	11,68
Bolest	P	30,12	81,49	36,96	15,75	38,60	81,49	47,36	10,42
Mentální zdraví	MH	57,47	73,77	77,91	5,93	56,74	73,77	76,91	5,36
Vitalita	EV	41,32	61,13	67,59	6,95	40,39	61,13	66,08	6,36
Celkové vnímání zdraví	GHP	43,82	73,52	59,60	14,28	40,79	73,52	55,48	12,00
<i>Průměrná hodnota</i>		28,23	79,38	35,6		36,18	79,38	45,6	

Zdroj: vlastní výzkum

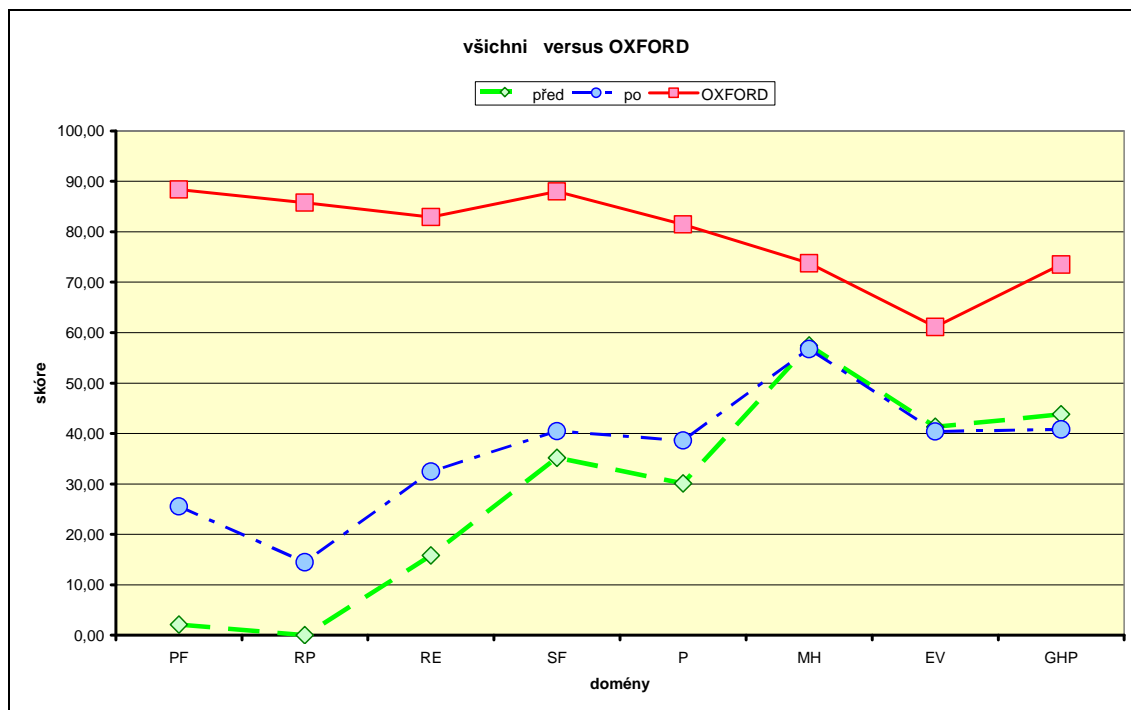
Tabulka je rozdělena na srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x jsou uvedeny získané hodnoty z výzkumu, ve sloupci x OX jsou uvedeny výsledky výzkumu dle Oxford, viz Tabulka č 4.1. Ve sloupci % je uvedeno, jakým podílem v % standardního skóre Oxford v jednotlivých doménách hodnotili probandi svůj stav. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

Průměrná hodnota všech skóre je před rehabilitací 28,23 oproti standardním 79,38, což činí 35,6 %.

Průměrná hodnota všech skóre je po rehabilitaci 36,18 oproti standardním 79,38, což činí 45,6 %.

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.1 Grafické znázornění skóre všech respondentů před a po rehabilitaci ve srovnání se standardem Oxford (v hodnotách skóre)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že největší pokles kvality života je u všech respondentů v doménách fyzické funkce (PF), fyzické omezení rolí (RP), emoční omezení rolí (RE), omezení sociálních funkcí (SF) a bolest (P).

Naopak hodnoty mentálního zdraví (MH), vitality (EV) a celkového vnímání vlastního zdraví (GHP) jsou oproti standardu Oxford sice nižší, avšak nejsou ovlivněny rehabilitací.

4.1.2 Muži versus OXFORD

V této kapitole je provedeno porovnání souboru respondentů - mužů s výsledky výzkumu dle Oxford.

Tabulka 4.3 Porovnání respondentů - mužů s výsledky výzkumu Oxford

muži		před				po			
		x	x OX	%	U div	x	x OX	%	U div
Fyzické funkce	PF	3,75	88,40	4,24	50,08	37,08	88,40	41,95	7,87
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	85,82	0,00	274,28	20,83	85,82	24,28	5,93
Emoční omezení rolí	RE	19,44	82,93	23,45	13,35	44,44	82,93	53,59	3,62
Omezení sociálních funkcí	SF	37,50	88,01	42,61	10,33	53,13	88,01	60,36	4,31
Bolest	P	30,56	81,49	37,50	8,66	48,15	81,49	59,08	4,11
Mentální zdraví	MH	50,67	73,77	68,68	4,43	50,00	73,77	67,78	3,41
Vitalita	EV	46,67	61,13	76,34	2,64	43,75	61,13	71,57	2,95
Celkové vnímání zdraví	GHP	46,25	73,52	62,91	6,28	42,92	73,52	58,37	5,01
<i>Průměrná hodnota</i>		<i>29,35</i>	<i>79,38</i>	<i>37,0</i>		<i>42,54</i>	<i>79,38</i>	<i>53,6</i>	

Zdroj: vlastní výzkum

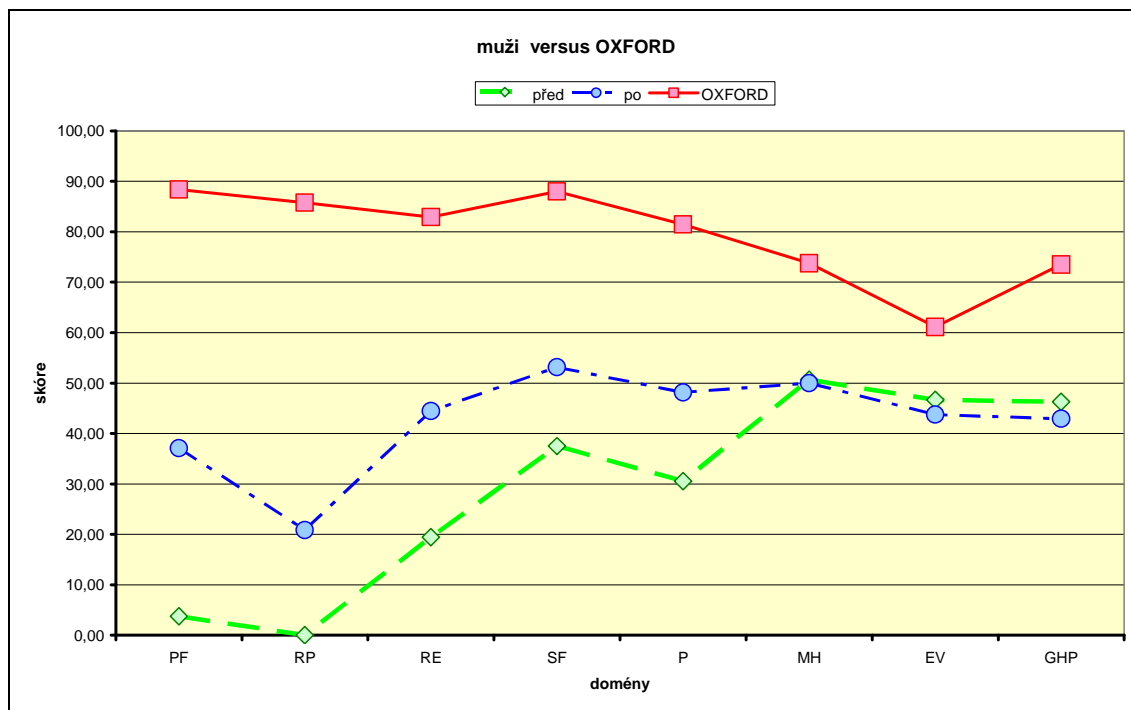
Tabulka je rozdělena na srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x jsou uvedeny získané hodnoty z výzkumu, ve sloupci x OX jsou uvedeny výsledky výzkumu dle Oxford, viz Tabulka č 4.1. Ve sloupci % je uvedeno, jakým podílem v % standardního skóre Oxford v jednotlivých doménách hodnotili probandí svůj stav. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

Průměrná hodnota všech skóre je před rehabilitací 29,35 oproti standardním 79,38, což činí 37,0 %.

Průměrná hodnota všech skóre je po rehabilitaci 42,54 oproti standardním 79,38, což činí 53,6 %.

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.2 Grafické znázornění skóre respondentů - mužů před a po rehabilitaci ve srovnání se standardem Oxford (v hodnotách skóre)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že největší pokles kvality života je u všech respondentů – mužů v doménách fyzické funkce (PF), fyzické omezení rolí (RP), emoční omezení rolí (RE), omezení sociálních funkcí (SF) a bolest (P).

Naopak hodnoty mentálního zdraví (MH), vitality (EV) a celkového vnímání vlastního zdraví (GHP) jsou oproti standardu Oxford sice nižší, avšak nejsou ovlivněny rehabilitací.

U mužů je výrazně větší vliv rehabilitace na hodnoty skóre v jednotlivých doménách.

4.1.3 Ženy versus OXFORD

V této kapitole je provedeno porovnání souboru respondentů - žen s výsledky výzkumu dle Oxford.

Tabulka 4.4 Porovnání respondentů - žen s výsledky výzkumu Oxford

ženy		před				po			
		x	x OX	%	U div	x	x OX	%	U div
Fyzické funkce	PF	1,35	88,40	1,52	120,56	20,19	88,40	22,84	23,39
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	85,82	0,00	274,28	11,54	85,82	13,44	18,98
Emoční omezení rolí	RE	14,10	82,93	17,01	21,20	26,92	82,93	32,46	9,74
Omezení sociálních funkcí	SF	34,13	88,01	38,78	15,96	34,62	88,01	39,33	12,84
Bolest	P	29,91	81,49	36,71	13,18	34,19	81,49	41,95	10,64
Mentální zdraví	MH	60,62	73,77	82,17	4,36	59,85	73,77	81,13	4,39
Vitalita	EV	38,85	61,13	63,55	6,98	38,85	61,13	63,55	5,77
Celkové vnímání zdraví	GHP	42,69	73,52	58,07	13,75	39,81	73,52	54,15	12,09
<i>Průměrná hodnota</i>		<i>27,71</i>	<i>79,38</i>	<i>34,9</i>		<i>33,24</i>	<i>79,38</i>	<i>41,9</i>	

Zdroj: vlastní výzkum

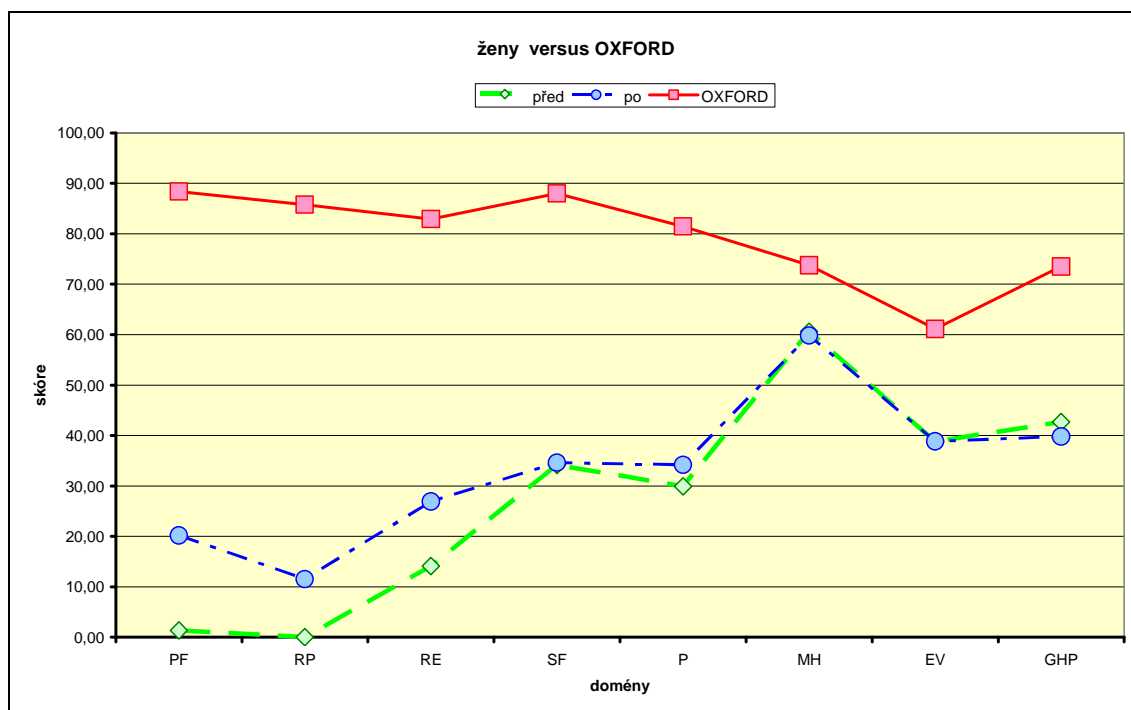
Tabulka je rozdělena na srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x jsou uvedeny získané hodnoty z výzkumu, ve sloupci x OX jsou uvedeny výsledky výzkumu dle Oxford, viz Tabulka č 4.1. Ve sloupci % je uvedeno, jakým podílem v % standardního skóre Oxford v jednotlivých doménách hodnotili probandí svůj stav. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

Průměrná hodnota všech skóre je před rehabilitací 27,71 oproti standardním 79,38, což činí 34,9 %.

Průměrná hodnota všech skóre je po rehabilitaci 33,24 oproti standardním 79,38, což činí 41,9 %.

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.3 Grafické znázornění skóre respondentů - žen před a po rehabilitaci ve srovnání se standardem Oxford (v hodnotách skóre)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že největší pokles kvality života je u respondentů žen v doménách fyzické funkce (PF), fyzické omezení rolí (RP), emoční omezení rolí (RE), omezení sociálních funkcí (SF) a bolest (P).

Naopak hodnoty mentálního zdraví (MH), vitality (EV) a celkového vnímání vlastního zdraví (GHP) jsou oproti standardu Oxford sice nižší, avšak nejsou ovlivněny rehabilitací.

U žen je výrazně menší vliv rehabilitace na hodnoty skóre v jednotlivých doménách.

4.1.4 Staří versus OXFORD

V této kapitole je provedeno porovnání souboru starých respondentů s výsledky výzkumu dle Oxford.

Tabulka 4.5 Porovnání starých respondentů s výsledky výzkumu Oxford

staří		před				po			
		x	x OX	%	U div	x	x OX	%	U div
Fyzické funkce	PF	0,65	88,40	0,73	207,39	20,16	88,40	22,81	27,87
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	85,82	0,00	274,28	12,90	85,82	15,04	16,54
Emoční omezení rolí	RE	13,98	82,93	16,86	23,19	27,96	82,93	33,71	10,83
Omezení sociálních funkcí	SF	34,68	88,01	39,40	16,84	38,31	88,01	43,53	11,34
Bolest	P	30,82	81,49	37,83	13,37	36,92	81,49	45,30	10,25
Mentální zdraví	MH	57,68	73,77	78,19	5,53	57,55	73,77	78,01	5,15
Vitalita	EV	40,32	61,13	65,96	6,28	39,68	61,13	64,91	5,62
Celkové vnímání zdraví	GHP	43,55	73,52	59,23	13,54	40,16	73,52	54,63	12,13
<i>Průměrná hodnota</i>		<i>27,71</i>	<i>79,38</i>	<i>34,9</i>		<i>34,20</i>	<i>79,38</i>	<i>43,1</i>	

Zdroj: vlastní výzkum

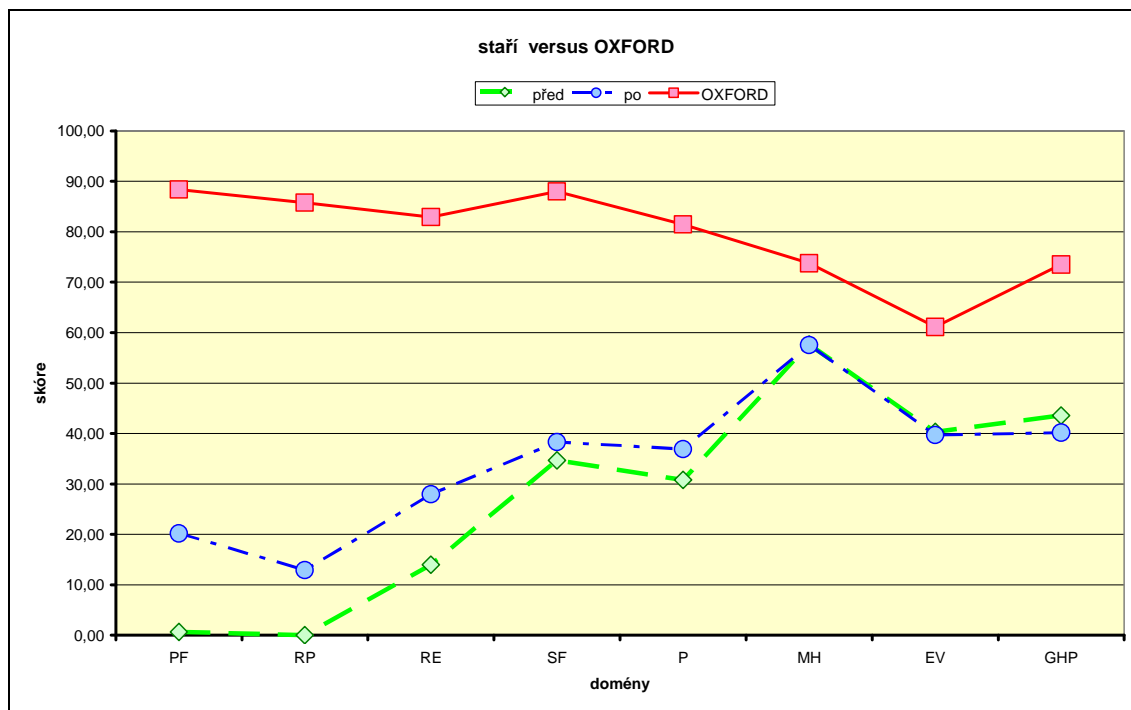
Tabulka je rozdělena na srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x jsou uvedeny získané hodnoty z výzkumu, ve sloupci x OX jsou uvedeny výsledky výzkumu dle Oxford, viz Tabulka č 4.1. Ve sloupci % je uvedeno, jakým podílem v % standardního skóre Oxford v jednotlivých doménách hodnotili probandi svůj stav. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

Průměrná hodnota všech skóre je před rehabilitací 27,71 oproti standardním 79,38, což činí 34,9 %.

Průměrná hodnota všech skóre je po rehabilitaci 34,2 oproti standardním 79,38, což činí 43,1 %.

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.4 Grafické znázornění skóre starých respondentů před a po rehabilitaci ve srovnání se standardem Oxford (v hodnotách skóre)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že největší pokles kvality života je u starých respondentů v doménách fyzické funkce (PF), fyzické omezení rolí (RP), emoční omezení rolí (RE), omezení sociálních funkcí (SF) a bolest (P).

Naopak hodnoty mentálního zdraví (MH), vitality (EV) a celkového vnímání vlastního zdraví (GHP) jsou oproti standardu Oxford sice nižší, avšak nejsou ovlivněny rehabilitací.

U starých pacientů je výrazně větší pokles skóre v uvedených doménách.

4.1.5 Mladí versus OXFORD

V této kapitole je provedeno porovnání souboru mladých respondentů s výsledky výzkumu dle Oxford.

Tabulka 4.6 Porovnání mladých respondentů s výsledky výzkumu Oxford

mladí		před				po			
		x	x OX	%	U div	x	x OX	%	U div
Fyzické funkce	PF	8,57	88,40	9,70	32,96	49,29	88,40	55,75	4,55
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	85,82	0,00	274,28	21,43	85,82	24,97	4,68
Emoční omezení rolí	RE	23,81	82,93	28,71	10,37	52,38	82,93	63,16	1,87
Omezení sociálních funkcí	SF	37,50	88,01	42,61	8,94	50,00	88,01	56,81	3,89
Bolest	P	26,98	81,49	33,11	10,02	46,03	81,49	56,49	3,26
Mentální zdraví	MH	56,57	73,77	76,69	2,30	53,14	73,77	72,04	2,05
Vitalita	EV	45,71	61,13	74,78	3,37	43,57	61,13	71,28	3,49
Celkové vnímání zdraví	GHP	45,00	73,52	61,21	5,15	43,57	73,52	59,26	3,60
<i>Průměrná hodnota</i>		<i>30,52</i>	<i>79,38</i>	<i>38,45</i>		<i>44,93</i>	<i>79,38</i>	<i>56,60</i>	

Zdroj: vlastní výzkum

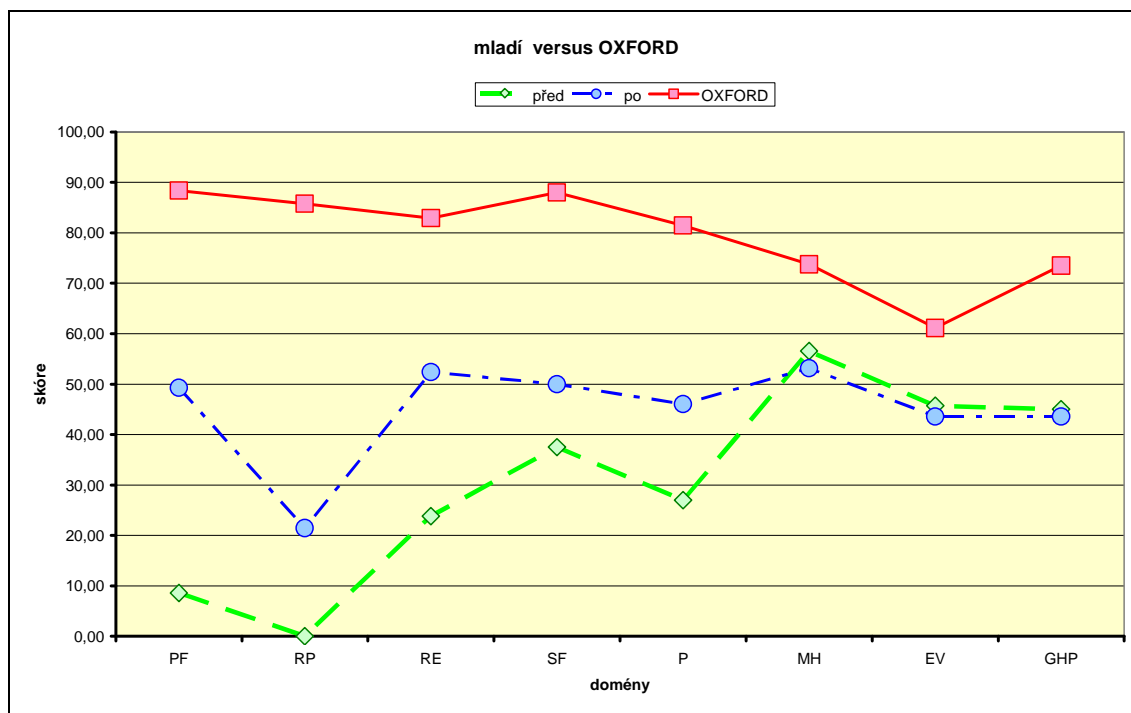
Tabulka je rozdělena na srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x jsou uvedeny získané hodnoty z výzkumu, ve sloupci x OX jsou uvedeny výsledky výzkumu dle Oxford, viz Tabulka č 4.1. Ve sloupci % je uvedeno, jakým podílem v % standardního skóre Oxford v jednotlivých doménách hodnotili probandi svůj stav. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

Průměrná hodnota všech skóre je před rehabilitací 30,52 oproti standardním 79,38, což činí 38,45 %.

Průměrná hodnota všech skóre je po rehabilitaci 44,93 oproti standardním 79,38, což činí 56,60 %.

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.5 Grafické znázornění skóre mladých respondentů před a po rehabilitaci ve srovnání se standardem Oxford (v hodnotách skóre)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že největší pokles kvality života je u mladých respondentů v doménách fyzické funkce (PF), fyzické omezení rolí (RP), emoční omezení rolí (RE), omezení sociálních funkcí (SF) a bolest (P).

Naopak hodnoty mentálního zdraví (MH), vitality (EV) a celkového vnímání vlastního zdraví (GHP) jsou oproti standardu Oxford sice nižší, avšak nejsou ovlivněny rehabilitací.

U mladých je výrazně větší vliv rehabilitace na hodnoty skóre v jednotlivých doménách.

4.2 Rozbor vlivu rehabilitace na skóre jednotlivých skupin respondentů

4.2.1 Všichni před a po

V této kapitole je provedeno porovnání souboru všech respondentů s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci.

Tabulka 4.7 Porovnání všech respondentů s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci

všichni před po		x1	x2	%	U div
Fyzické funkce	PF	2,11	25,53	1212,50	7,27
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	14,47		3,27
Emoční omezení rolí	RE	15,79	32,46	205,56	2,79
Omezení sociálních funkcí	SF	35,20	40,46	114,95	1,07
Bolest	P	30,12	38,60	128,16	1,62
Mentální zdraví	MH	57,47	56,74	98,72	0,18
Vitalita	EV	41,32	40,39	97,77	0,21
Celkové vnímání zdraví	GHP	43,82	40,79	93,09	0,89
Změny ve zdravotním stavu	CH	34,21	38,16	111,54	0,73

Zdroj: vlastní výzkum

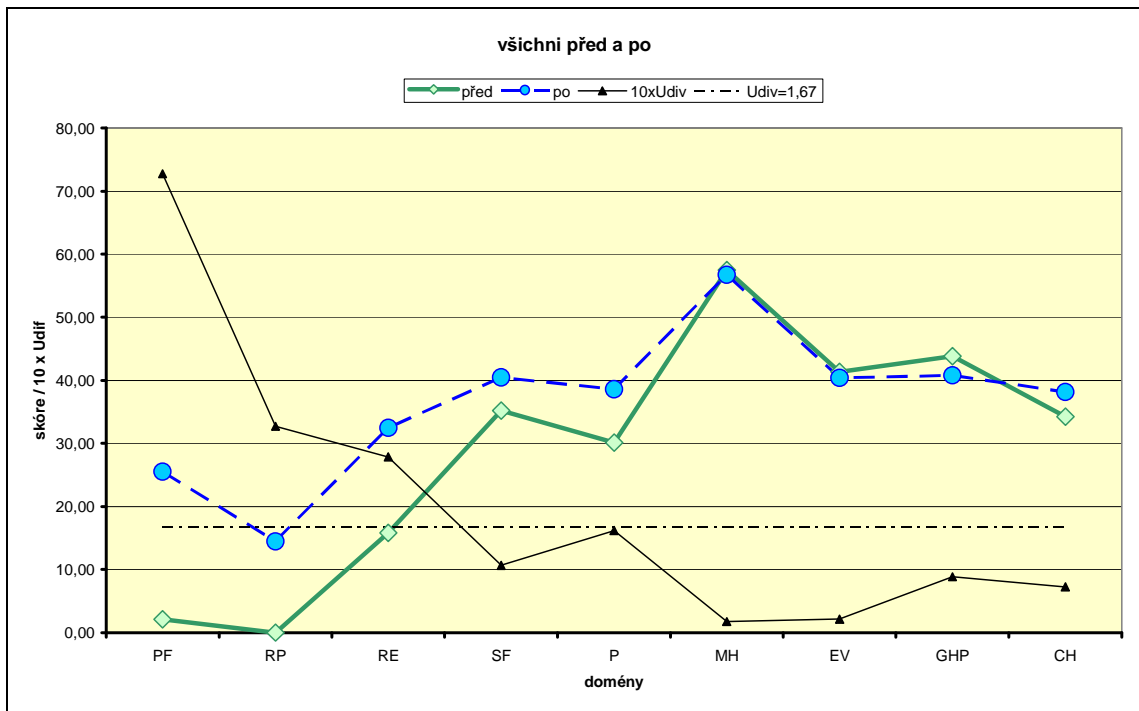
Tabulka uvádí srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x1 jsou uvedeny hodnoty skóre získané z výzkumu před rehabilitací, ve sloupci x2 jsou uvedeny výsledky výzkumu získané z výzkumu po rehabilitaci. Ve sloupci % je uvedeno zlepšení v procentech po procesu rehabilitace v jednotlivých doménách jak ho hodnotili probandi. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

U fyzického omezení rolí (RP) ve sloupci % není uvedena hodnota, důvodem je nulová vztažná hodnota v x1.

Relativně vysoké zlepšení stavu je významné v doménách PF (1212,50 %), RP a RE (205,56 %).

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.6 Grafické znázornění skóre všech respondentů ve srovnání před a po rehabilitaci a hodnotou U dif (v hodnotách skóre a 10x U dif)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je uvedena rovněž hodnota U dif pro posouzení statistické významnosti výsledků. Hodnota je z důvodu normalizace na měřítko osy Y uvedena v hodnotě 10 x vyšší.

Pro snadné vyhodnocení je zde rovněž uvedena hodnota U dif = 1,67 ve stejném desetinásobném měřítku.

Z grafu je tedy zřejmé, že statisticky významné výsledky jsou v doménách, kde hodnota U dif je větší než referenční hodnota U dif = 1,67.

Z tabulky č 4.7 a grafu č 4.6 vyplývá, že sledovaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti pro porovnání stavu před a po rehabilitaci v doménách PF, RP a RE, kde U dif je větší než 1,67.

Hodnoty v ostatních doménách jsou statisticky nevýznamné.

4.2.2 Muži před a po

V této kapitole je provedeno porovnání souboru respondentů - mužů s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci.

Tabulka 4.8 Porovnání respondentů - mužů s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci

muži před po		x1	x2	%	U div
Fyzické funkce	PF	3,75	37,08	988,89	4,95
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	20,83		1,90
Emoční omezení rolí	RE	19,44	44,44	228,57	2,15
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	SF	37,50	53,13	141,67	1,65
Bolest	P	30,56	48,15	157,58	1,76
Mentální zdraví	MH	50,67	50,00	98,68	0,08
Vitalita	EV	46,67	43,75	93,75	0,36
Celkové vnímání vlastního zdraví	GHP	46,25	42,92	92,79	0,45
Změny ve zdravotním stavu	CH	33,33	35,42	106,25	0,22

Zdroj: vlastní výzkum

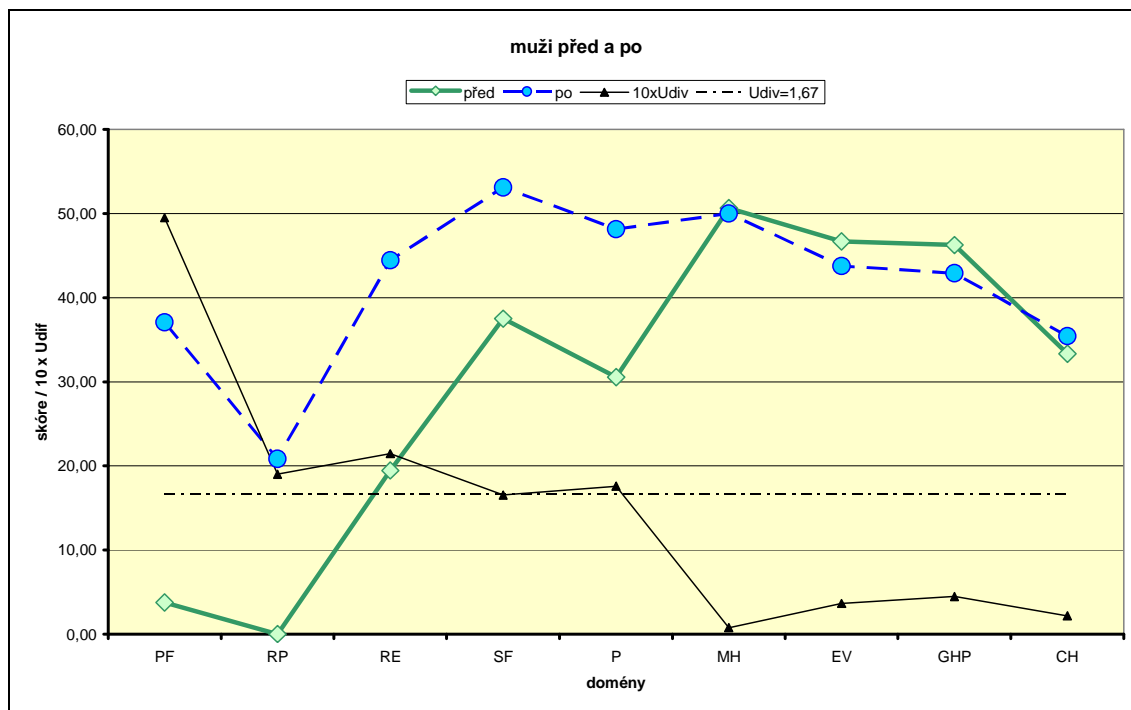
Tabulka uvádí srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x1 jsou uvedeny hodnoty skóre získané z výzkumu před rehabilitací, ve sloupci x2 jsou uvedeny výsledky výzkumu získané z výzkumu po rehabilitaci. Ve sloupci % je uvedeno zlepšení v procentech po procesu rehabilitace v jednotlivých doménách, jak ho hodnotili probandi. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

U fyzického omezení rolí (RP) ve sloupci % není uvedena hodnota, důvodem je nulová vztažná hodnota v x1.

Relativně vysoké zlepšení stavu je významné v doménách PF (988,89 %), RP, RE (228,576 %) a P (157,58 %).

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.7 Grafické znázornění skóre respondentů - mužů ve srovnání před a po rehabilitaci a hodnotou U dif (v hodnotách skóre a 10x U dif)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je uvedena rovněž hodnota U dif pro posouzení statistické významnosti výsledků. Hodnota je z důvodu normalizace na měřítko osy Y uvedena v hodnotě 10 x vyšší.

Pro snadné vyhodnocení je zde rovněž uvedena hodnota U dif = 1,67 ve stejném desetinásobném měřítku.

Z grafu je tedy zřejmé, že statisticky významné výsledky jsou v doménách, kde hodnota U dif je větší než referenční hodnota U dif = 1,67.

Z tabulky č 4.8 a grafu č 4.7 vyplývá, že sledovaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti pro porovnání stavu před a po rehabilitaci v doménách PF, RP, RE a P, kde U dif je větší než 1,67.

Hodnoty v ostatních doménách jsou statisticky nevýznamné.

4.2.3 Ženy před a po

V této kapitole je provedeno porovnání souboru respondentů - žen s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci.

Tabulka 4.9 Porovnání respondentů - žen s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci

ženy před po		x	x	%	U div
Fyzické funkce	PF	1,35	20,19	1500,00	6,30
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	11,54		2,96
Emoční omezení rolí	RE	14,10	26,92	190,91	1,95
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	SF	34,13	34,62	101,41	0,09
Bolest	P	29,91	34,19	114,29	0,72
Mentální zdraví	MH	60,62	59,85	98,73	0,18
Vitalita	EV	38,85	38,85	100,00	0,00
Celkové vnímání vlastního zdraví	GHP	42,69	39,81	93,24	0,81
Změny ve zdravotním stavu	CH	34,62	39,42	113,89	0,73

Zdroj: vlastní výzkum

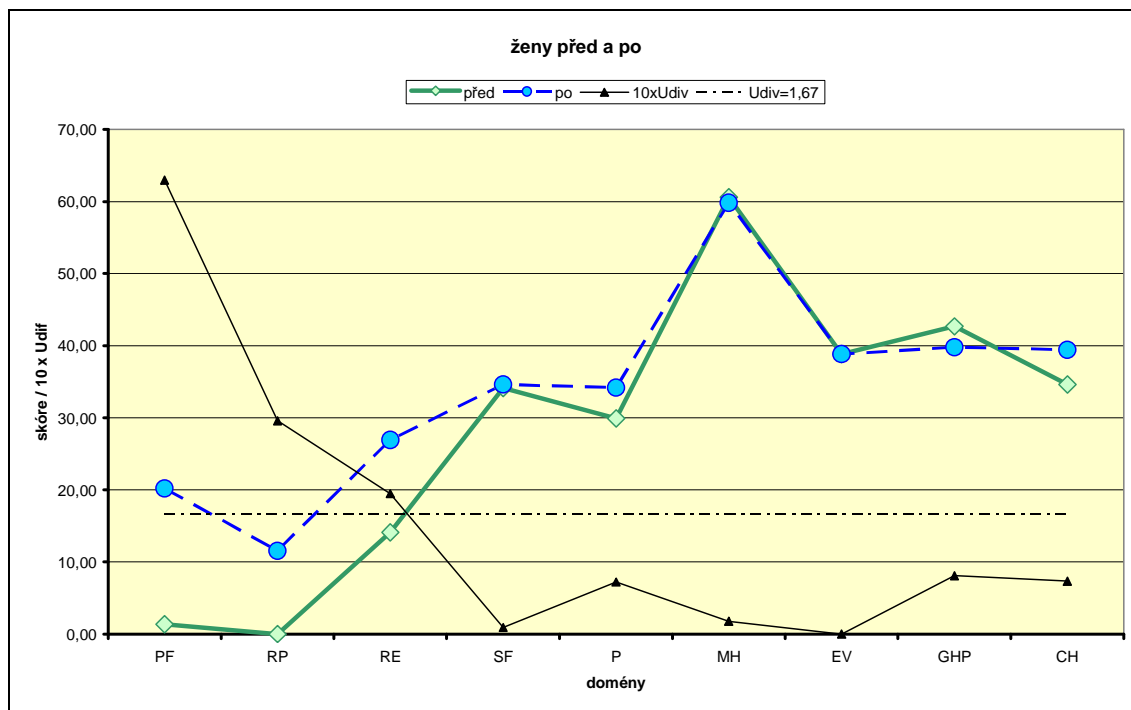
Tabulka uvádí srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x1 jsou uvedeny hodnoty skóre získané z výzkumu před rehabilitací, ve sloupci x2 jsou uvedeny výsledky výzkumu získané z výzkumu po rehabilitaci. Ve sloupci % je uvedeno zlepšení v procentech po procesu rehabilitace v jednotlivých doménách, jak ho hodnotili probandi. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

U fyzického omezení rolí (RP) ve sloupci % není uvedena hodnota, důvodem je nulová vztažná hodnota v x1.

Relativně vysoké zlepšení stavu je významné v doménách PF (1500,00 %), RP a RE (190,91 %).

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.8 Grafické znázornění skóre respondentů - žen ve srovnání před a po rehabilitaci a hodnotou U dif (v hodnotách skóre a 10x U dif)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je uvedena rovněž hodnota U dif pro posouzení statistické významnosti výsledků. Hodnota je z důvodu normalizace na měřítko osy Y uvedena v hodnotě 10 x vyšší.

Pro snadné vyhodnocení je zde rovněž uvedena hodnota U dif = 1,67 ve stejném desetinásobném měřítku.

Z grafu je tedy zřejmé, že statisticky významné výsledky jsou v doménách, kde hodnota U dif je větší než referenční hodnota U dif = 1,67.

Z tabulky č 4.9 a grafu č 4.8 vyplývá, že sledovaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti pro porovnání stavu před a po rehabilitaci v doménách PF, RP a RE, kde U dif je větší než 1,67.

Hodnoty v ostatních doménách jsou statisticky nevýznamné.

4.2.4 Mladí před a po

V této kapitole je provedeno porovnání souboru mladých respondentů s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci.

Tabulka 4.10 Porovnání mladých respondentů s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci

mladí před po		x1	x2	%	U div
Fyzické funkce	PF	8,57	49,29	575,00	4,56
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	21,43		1,56
Emoční omezení rolí	RE	23,81	52,38	220,00	1,66
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	SF	37,50	50,00	133,33	1,11
Bolest	P	26,98	46,03	170,59	1,57
Mentální zdraví	MH	56,57	53,14	93,94	0,27
Vitalita	EV	45,71	43,57	95,31	0,32
Celkové vnímání vlastního zdraví	GHP	45,00	43,57	96,83	0,14
Změny ve zdravotním stavu	CH	25,00	32,14	128,57	0,51

Zdroj: vlastní výzkum

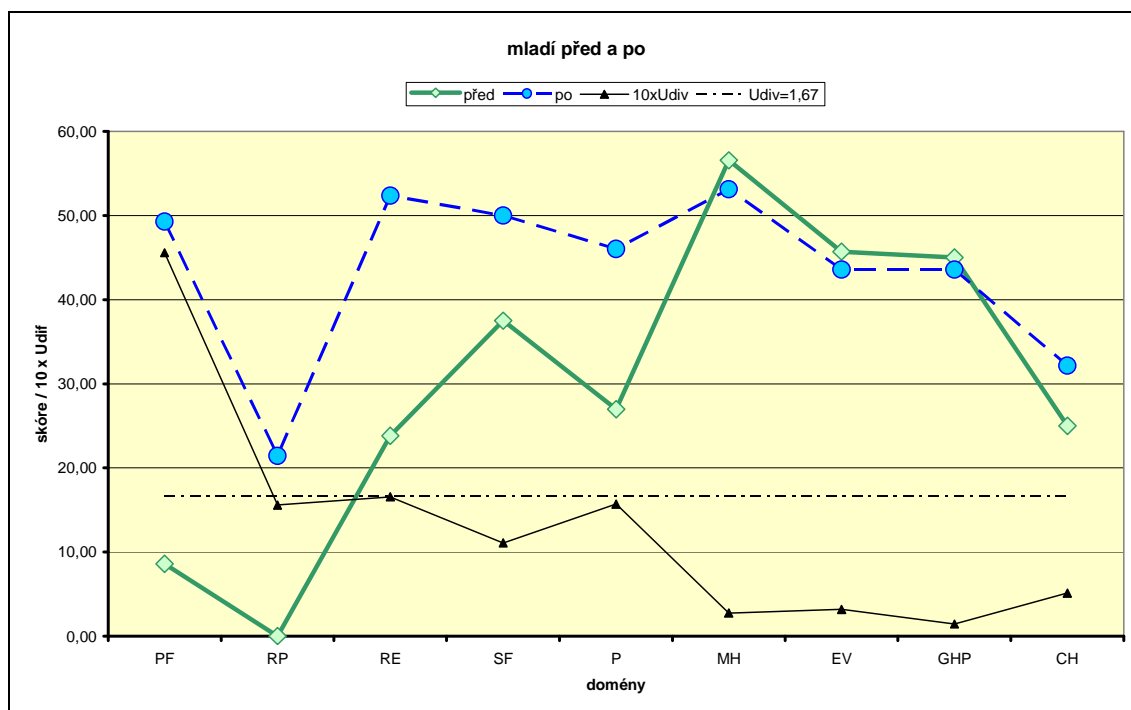
Tabulka uvádí srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x1 jsou uvedeny hodnoty skóre získané z výzkumu před rehabilitací, ve sloupci x2 jsou uvedeny výsledky výzkumu získané z výzkumu po rehabilitaci. Ve sloupci % je uvedeno zlepšení v procentech po procesu rehabilitace v jednotlivých doménách, jak ho hodnotili probandi. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

U fyzického omezení rolí (RP) ve sloupci % není uvedena hodnota, důvodem je nulová vztažná hodnota v x1.

Relativně vysoké zlepšení stavu je významné v doméně PF (575,00 %).

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.9 Grafické znázornění skóre mladých respondentů ve srovnání před a po rehabilitaci a hodnotou U dif (v hodnotách skóre a 10x U dif)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je uvedena rovněž hodnota U dif pro posouzení statistické významnosti výsledků. Hodnota je z důvodu normalizace na měřítko osy Y uvedena v hodnotě 10 x vyšší.

Pro snadné vyhodnocení je zde rovněž uvedena hodnota U dif = 1,67 ve stejném desetinásobném měřítku.

Z grafu je tedy zřejmé, že statisticky významné výsledky jsou v doménách, kde hodnota U dif je větší než referenční hodnota U dif = 1,67.

Z tabulky č 4.10 a grafu č 4.9 vyplývá, že shledaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti pro porovnání stavu před a po rehabilitaci v doméně PF, kde U dif je větší než 1,67.

Hodnoty v ostatních doménách jsou statisticky nevýznamné

4.2.5 Staří před a po

V této kapitole je provedeno porovnání souboru starých respondentů s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci.

Tabulka 4.11 Porovnání starých respondentů s výsledky před rehabilitací a po rehabilitaci

staří před po		x1	x2	%	U div
Fyzické funkce	PF	0,65	20,16	3125,00	7,90
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	12,90		2,93
Emoční omezení rolí	RE	13,98	27,96	200,00	2,38
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	SF	34,68	38,31	110,47	0,67
Bolest	P	30,82	36,92	119,77	1,06
Mentální zdraví	MH	57,68	57,55	99,78	0,03
Vitalita	EV	40,32	39,68	98,40	0,13
Celkové vnímání vlastního zdraví	GHP	43,55	40,16	92,22	0,96
Změny ve zdravotním stavu	CH	36,29	39,52	108,89	0,56

Zdroj: vlastní výzkum

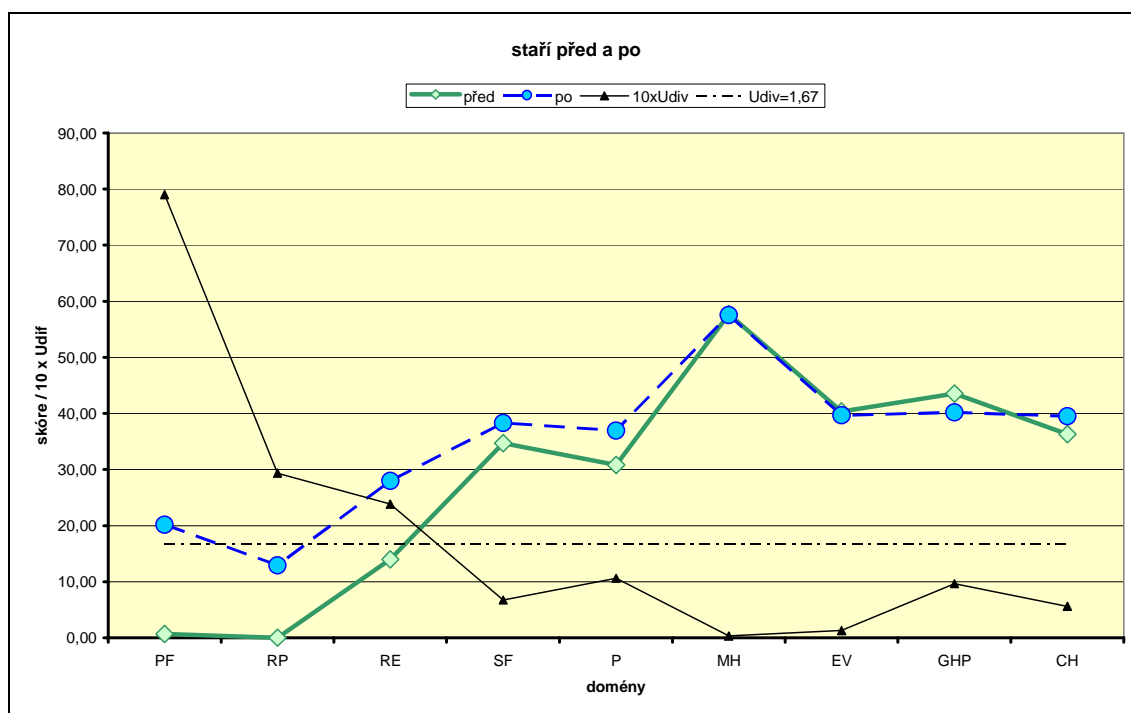
Tabulka uvádí srovnání před rehabilitací a po jejím skončení. Ve sloupci označeném x1 jsou uvedeny hodnoty skóre získané z výzkumu před rehabilitací, ve sloupci x2 jsou uvedeny výsledky výzkumu získané z výzkumu po rehabilitaci. Ve sloupci % je uvedeno zlepšení v procentech po procesu rehabilitace v jednotlivých doménách, jak ho hodnotili probandi. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

U fyzického omezení rolí (RP) ve sloupci % není uvedena hodnota, důvodem je nulová vztažná hodnota v x1.

Relativně vysoké zlepšení stavu je významné v doménách PF (3125,00 %), RP a RE (200,00 %).

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.10 Grafické znázornění skóre starých respondentů ve srovnání před a po rehabilitaci a hodnotou U dif (v hodnotách skóre a 10x U dif)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je uvedena rovněž hodnota U dif pro posouzení statistické významnosti výsledků. Hodnota je z důvodu normalizace na měřítko osy Y uvedena v hodnotě 10 x vyšší.

Pro snadné vyhodnocení je zde rovněž uvedena hodnota U dif = 1,67 ve stejném desetinásobném měřítku.

Z grafu je tedy zřejmé, že statisticky významné výsledky jsou v doménách, kde hodnota U dif je větší než referenční hodnota U dif = 1,67.

Z tabulky č 4.11 a grafu č 4.10 vyplývá, že sledovaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti pro porovnání stavu před a po rehabilitaci v doménách PF, RP a RE, kde U dif je větší než 1,67.

Hodnoty v ostatních doménách jsou statisticky nevýznamné.

4.3 Porovnání vlivu věku na skóre v jednotlivých doménách

4.3.1 Staří a mladí před

V této kapitole je provedeno porovnání výsledků souboru starých a mladých respondentů před rehabilitací.

Tabulka 4.12 Porovnání výsledků souboru starých a mladých respondentů před rehabilitací

staří mladí před		x1	x2	%	U div
Fyzické funkce	PF	0,65	8,57	1328,57	3,24
Fyzické omezení rolí	RP	0,00	0,00		
Emoční omezení rolí	RE	13,98	23,81	170,33	1,53
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	SF	34,68	37,50	108,14	0,44
Bolest	P	30,82	26,98	87,54	0,58
Mentální zdraví	MH	57,68	56,57	98,08	0,14
Vitalita	EV	40,32	45,71	113,37	0,96
Celkové vnímání vlastního zdraví	GHP	43,55	45,00	103,33	0,24
Změny ve zdravotním stavu	CH	36,29	25,00	68,89	1,40

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka uvádí srovnání před rehabilitací. Ve sloupci označeném x1 jsou uvedeny hodnoty skóre získané z výzkumu starých respondentů, ve sloupci x2 jsou uvedeny výsledky výzkumu mladých respondentů před rehabilitací. Ve sloupci % je uvedeno v procentech porovnání obou skupin před procesem rehabilitace v jednotlivých doménách tak, jak ho hodnotili probandi. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

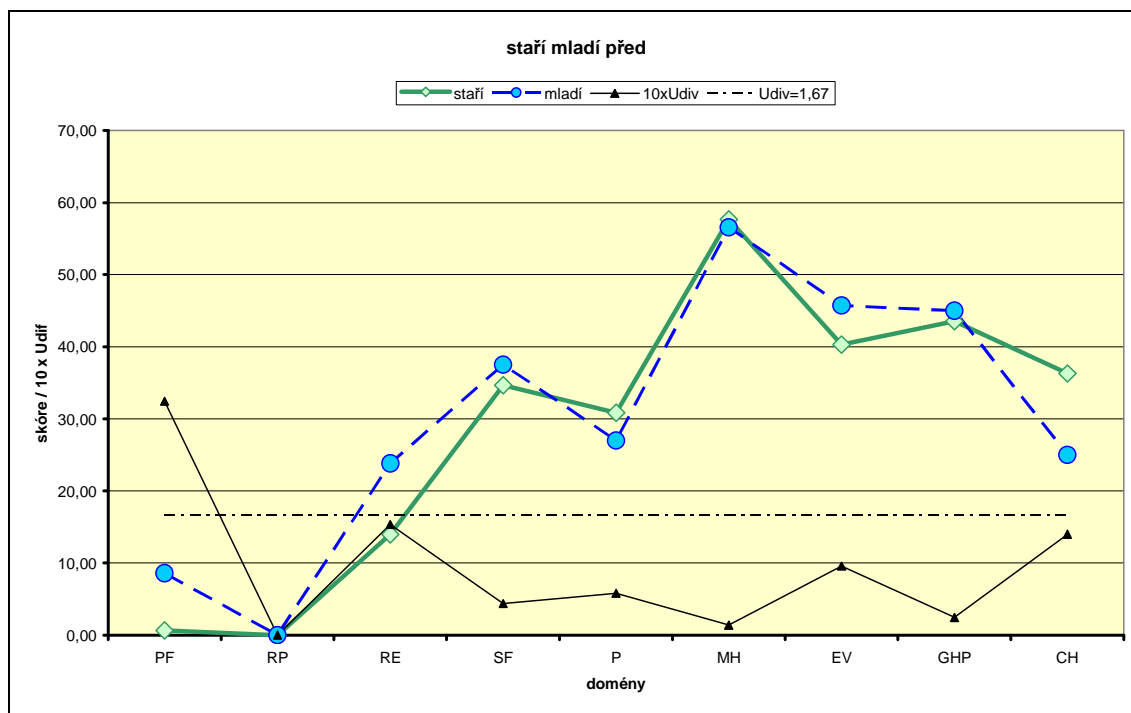
U fyzického omezení rolí (RP) ve sloupci % není uvedena hodnota, důvodem je nulová vztažná hodnota v x1.

Relativně vysoké porovnání stavu obou skupin je významné v doméně PF (1328,57 %).

Znamená to jednoznačně, že skupina mladých hodnotila kvalitu života v doméně PF výrazně lépe než skupina starých respondentů.

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.11 Grafické znázornění skóre souboru starých a mladých respondentů před rehabilitací a hodnotou U dif (v hodnotách skóre a 10x U dif)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je uvedena rovněž hodnota U dif pro posouzení statistické významnosti výsledků. Hodnota je z důvodu normalizace na měřítko osy Y uvedena v hodnotě 10 x vyšší.

Pro snadné vyhodnocení je zde rovněž uvedena hodnota U dif = 1,67 ve stejném desetinasobném měřítku.

Z grafu je tedy zřejmé, že statisticky významné výsledky jsou v doménách, kde hodnota U dif je větší než referenční hodnota U dif = 1,67.

Z tabulky č 4.12 a grafu č 4.11 vyplývá, že sledovaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti pro porovnání stavu skupin staří mladí před rehabilitací v doméně PF, kde U dif je větší než 1,67.

Hodnoty v ostatních doménách jsou statisticky nevýznamné.

4.3.2 *Starší a mladí po*

V této kapitole je provedeno porovnání výsledků souboru starých a mladých respondentů po rehabilitaci.

Tabulka 4.13 Porovnání výsledků souboru starých a mladých respondentů po rehabilitaci

starší mladí po		x1	x2	%	U div
Fyzické funkce	PF	20,16	49,29	244,46	3,26
Fyzické omezení rolí	RP	12,90	21,43	166,07	0,59
Emoční omezení rolí	RE	27,96	52,38	187,36	1,43
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	SF	38,31	50,00	130,53	1,09
Bolest	P	36,92	46,03	124,69	0,78
Mentální zdraví	MH	57,55	53,14	92,34	0,42
Vitalita	EV	39,68	43,57	109,81	0,62
Celkové vnímání vlastního zdraví	GHP	40,16	43,57	108,49	0,39
Změny ve zdravotním stavu	CH	39,52	32,14	81,34	0,57

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka uvádí srovnání po rehabilitaci. Ve sloupci označeném x1 jsou uvedeny hodnoty skóre získané z výzkumu starých respondentů, ve sloupci x2 jsou uvedeny výsledky výzkumu mladých respondentů po rehabilitaci. Ve sloupci % je uvedeno v procentech porovnání obou skupin před procesem rehabilitace v jednotlivých doménách tak, jak ho hodnotili probandi. Ve sloupci U div je uvedena hodnota koeficientu, který udává statistickou významnost srovnání (pro U div větší než 1,67 je porovnání významné na 5 % hladině významnosti).

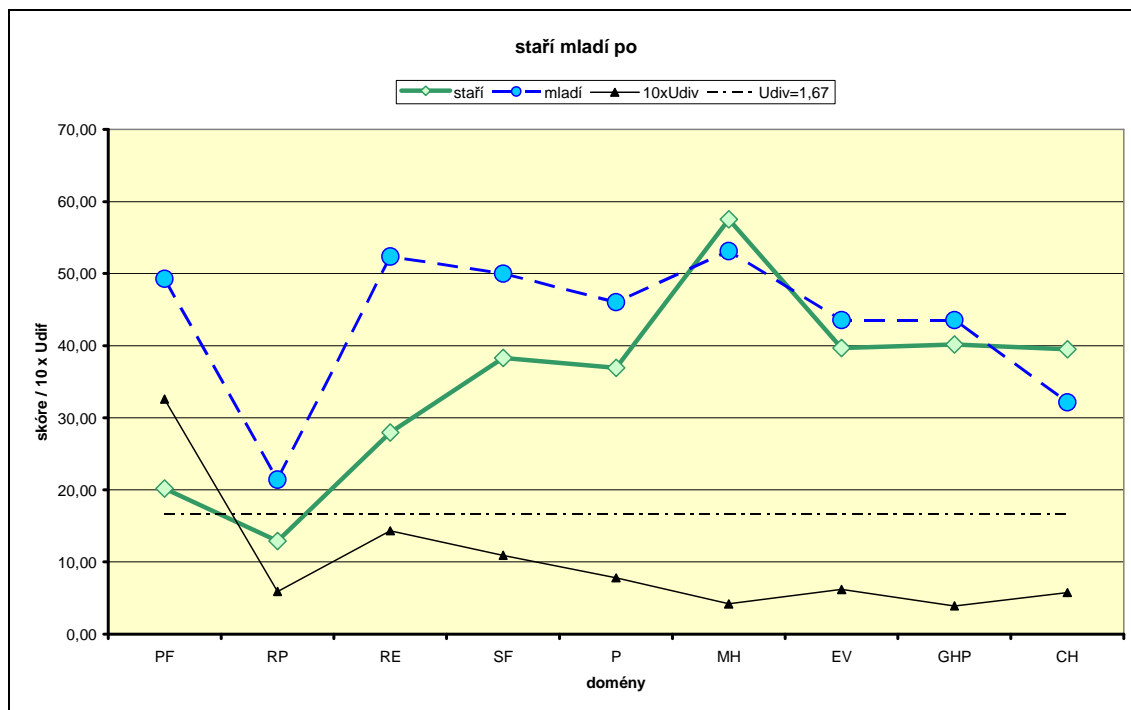
U fyzického omezení rolí (RP) ve sloupci % není uvedena hodnota, důvodem je nulová vztažná hodnota v x1.

Relativně vysoké porovnání stavu obou skupin je významné v doméně PF (244,46 %).

Znamená to jednoznačně, že skupina mladých hodnotila kvalitu života v doméně PF výrazně lépe než skupina starých respondentů.

Významné části hodnot z tabulky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf č 4.12 Grafické znázornění skóre souboru starých a mladých respondentů po rehabilitaci a hodnotou U dif (v hodnotách skóre a 10x U dif)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je uvedena rovněž hodnota U dif pro posouzení statistické významnosti výsledků. Hodnota je z důvodu normalizace na měřítko osy Y uvedena v hodnotě 10 x vyšší.

Pro snadné vyhodnocení je zde rovněž uvedena hodnota U dif = 1,67 ve stejném desetinásobném měřítku.

Z grafu je tedy zřejmé, že statisticky významné výsledky jsou v doménách, kde hodnota U dif je větší než referenční hodnota U dif = 1,67.

Z tabulky č 4.13 a grafu č 4.12 vyplývá, že shledaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti pro porovnání stavu skupin staří mladí po rehabilitaci v doméně PF, kde U dif je větší než 1,67.

Hodnoty v ostatních doménách jsou statisticky nevýznamné.

4.4 Výběr významných výsledků

Aby byly výsledky správně interpretovány, je třeba zhodnotit význam jednotlivých závěrů s ohledem na statistickou významnost.

Za tímto účelem byly vybrány a do závěrů práce zahrnuty výsledky, jejichž hodnota U dif je větší než U kritická U dif = 1,67. V tomto případě platí, že výrok je statisticky průkazný na 5% hladině významnosti.

Tabulka 4.14 Přehled jednotlivých domén, jednotlivých souborů v závislosti na U dif

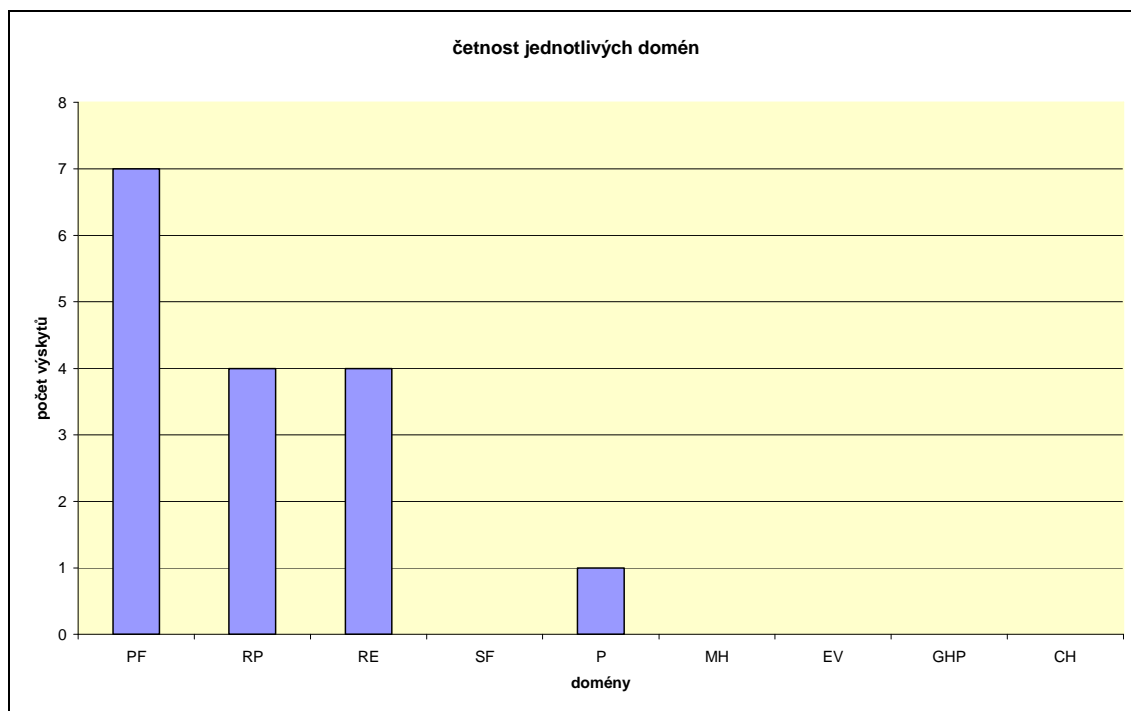
porovnání	domény		skóre		U dif
			1	2	
staří před po	Fyzické funkce	PF	0,65	20,16	7,90
všichni před po	Fyzické funkce	PF	2,11	25,53	7,27
ženy před po	Fyzické funkce	PF	1,35	20,19	6,30
muži před po	Fyzické funkce	PF	3,75	37,08	4,95
mladí před po	Fyzické funkce	PF	8,57	49,29	4,56
všichni před po	Fyzické omezení rolí	RP	0,00	14,47	3,27
staří mladí po	Fyzické funkce	PF	20,16	49,29	3,26
staří mladí před	Fyzické funkce	PF	0,65	8,57	3,24
ženy před po	Fyzické omezení rolí	RP	0,00	11,54	2,96
staří před po	Fyzické omezení rolí	RP	0,00	12,90	2,93
všichni před po	Emoční omezení rolí	RE	15,79	32,46	2,79
staří před po	Emoční omezení rolí	RE	13,98	27,96	2,38
muži před po	Emoční omezení rolí	RE	19,44	44,44	2,15
ženy před po	Emoční omezení rolí	RE	14,10	26,92	1,95
muži před po	Fyzické omezení rolí	RP	0,00	20,83	1,90
muži před po	Bolest	P	30,56	48,15	1,76
mladí před po	Emoční omezení rolí	RE	23,81	52,38	1,66
muži před po	Fyz. a em. omezení soc. f.	SF	37,50	53,13	1,65
všichni před po	Bolest	P	30,12	38,60	1,62
mladí před po	Bolest	P	26,98	46,03	1,57
mladí před po	Fyzické omezení rolí	RP	0,00	21,43	1,56
staří mladí před	Emoční omezení rolí	RE	13,98	23,81	1,53
staří mladí po	Emoční omezení rolí	RE	27,96	52,38	1,43
staří mladí před	Změny ve zdravotním stavu	CH	36,29	25,00	1,40
mladí před po	Fyz. a em. omezení soc. f.	SF	37,50	50,00	1,11
staří mladí po	Fyz. a em. omezení soc. f.	SF	38,31	50,00	1,09
všichni před po	Fyz. a em. omezení soc. f.	SF	35,20	40,46	1,07
staří před po	Bolest	P	30,82	36,92	1,06
staří před po	Celkové vnímání vlastního zdraví	GHP	43,55	40,16	0,96
staří mladí před	Vitalita	EV	40,32	45,71	0,96
všichni před po	Celkové vnímání vlastního zdraví	GHP	43,82	40,79	0,89

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že statisticky významné změny se vyskytují u 16 kombinací domény a podmnožiny probandů. V této tabulce jsou jednotlivé případy seřazeny dle velikosti U dif..

V následujícím grafu č 4.13 je uvedena četnost výskytu jednotlivých domén ve vybraném, statisticky významném souboru porovnáání.

Graf č 4.13 Četnost výskytu jednotlivých domén (absolutní čísla)



Zdroj: vlastní výzkum

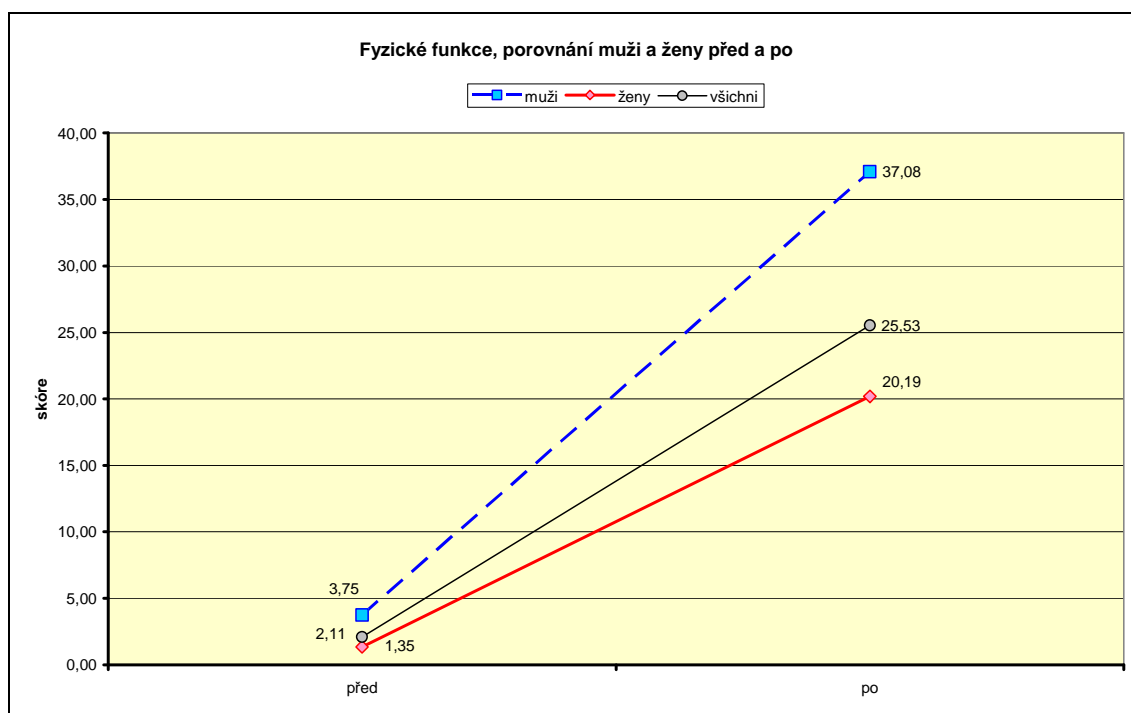
Nejvíce je obsazena doména PF, celkem 7 krát, dále RP a RE, každá 4 krát a doména P jednou.

Znamená to, že ve většině porovnáání představuje PF dominantní úlohu a probandí poukazovali nejvíce shody v této doméně.

Srovnání v doméně „Fyzické funkce“

V této kapitole je provedeno hodnocení fyzických funkcí pro jednotlivé podskupiny souboru.

Graf č 4.14 Hodnocení fyzické funkce pro všechny respondenty a rozdělení dle gender (skóre)

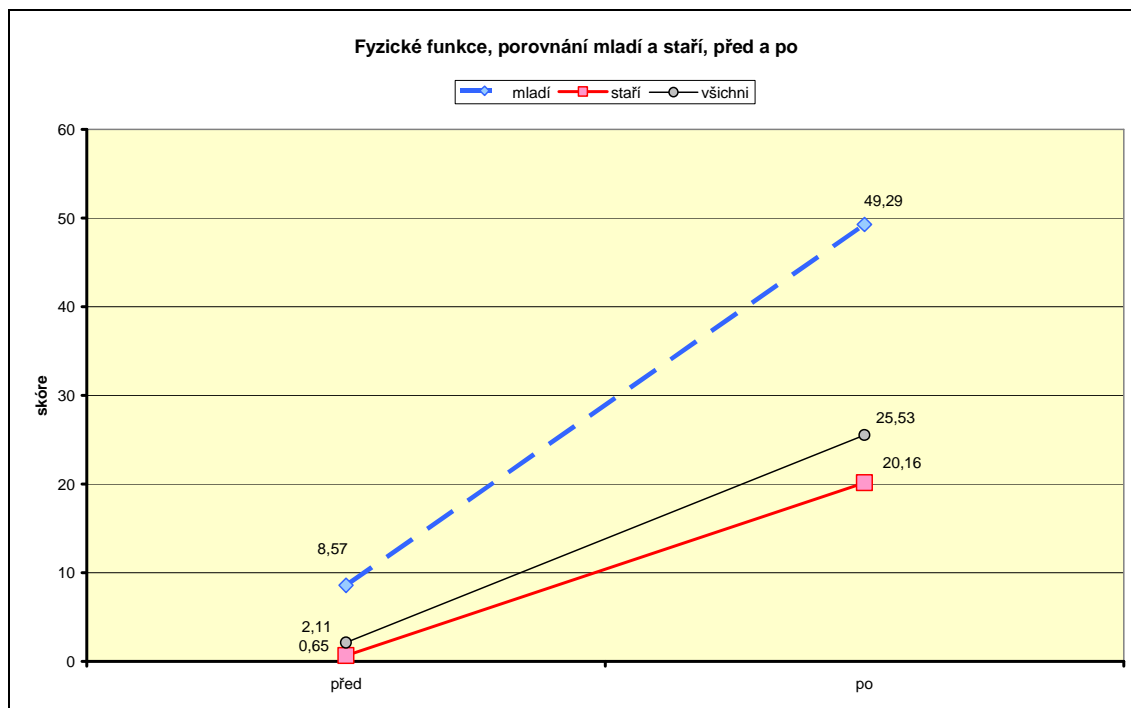


Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č 4.14 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u mužů došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 3,75 na hodnotu 37,08, což činí nárůst na 988,8 %, u žen došlo ke zvýšení skóre z 1,35 na 20,19, což činí nárůst na 1495,6 %. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 2,11 na 25,53, což činí nárůst na 1209,9 %.

Graf č 4.15 Hodnocení fyzické funkce pro všechny respondenty a rozdělení dle věku (skóre)



Zdroj: vlastní výzkum

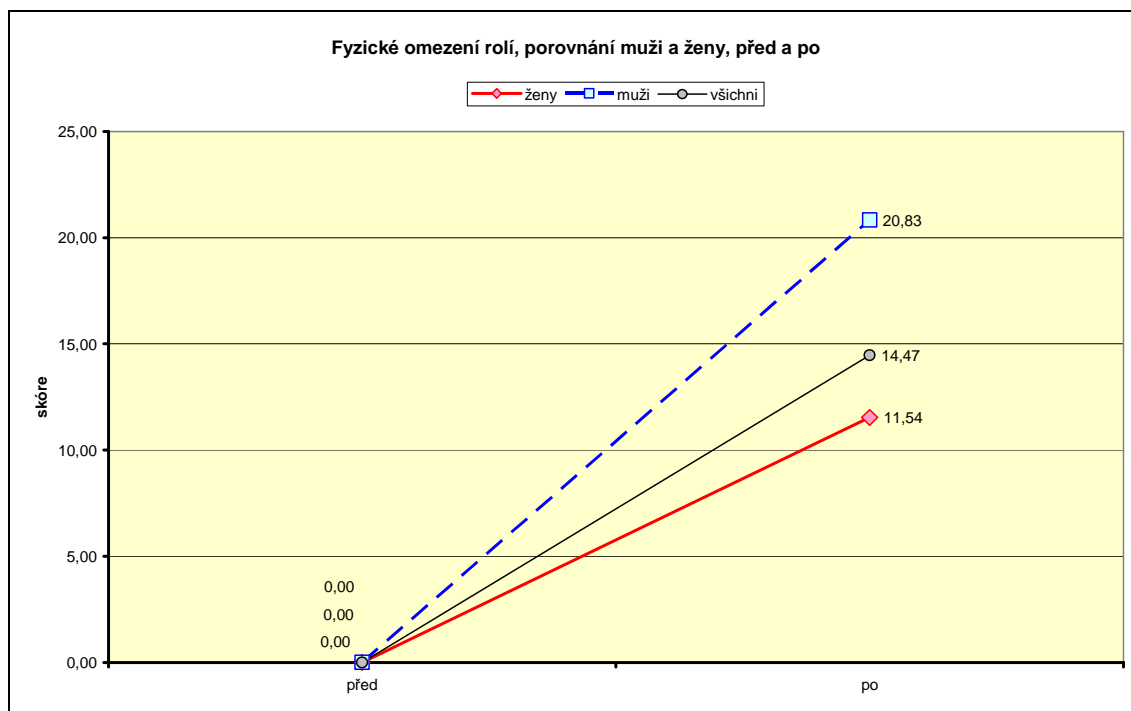
V grafu č 4.15 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u mladých došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 8,57 na hodnotu 49,29, což činí nárůst na 575,15 %, u starých došlo ke zvýšení skóre z 0,65 na 20,16, což činí nárůst na 3101,5 %. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 2,11 na 25,53, což činí nárůst na 1209,9 %.

Srovnání v doméně „Fyzické omezení rolí“

V této kapitole je provedeno hodnocení fyzického omezení rolí pro jednotlivé podskupiny souboru.

Graf č 4.16 Hodnocení fyzického omezení rolí pro všechny respondenty a rozdělení dle gender (skóre)



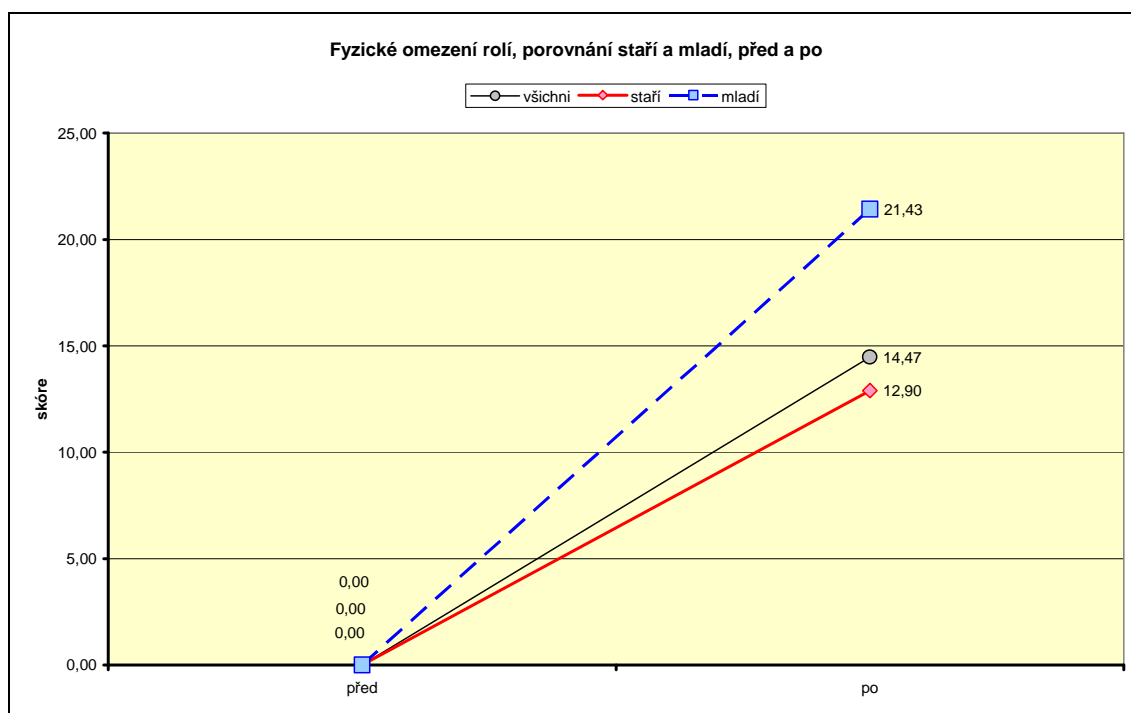
Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č 4.16 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u mužů došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 0 na hodnotu 20,83, u žen došlo ke zvýšení skóre z 0 na 11,54. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 0 na 14,47.

Protože výchozí hodnota je rovna nule, nelze procentní nárůst stanovit.

Graf č 4.17 Hodnocení fyzického omezení rolí pro všechny respondenty a rozdělení dle věku (skóre)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č 4.17 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

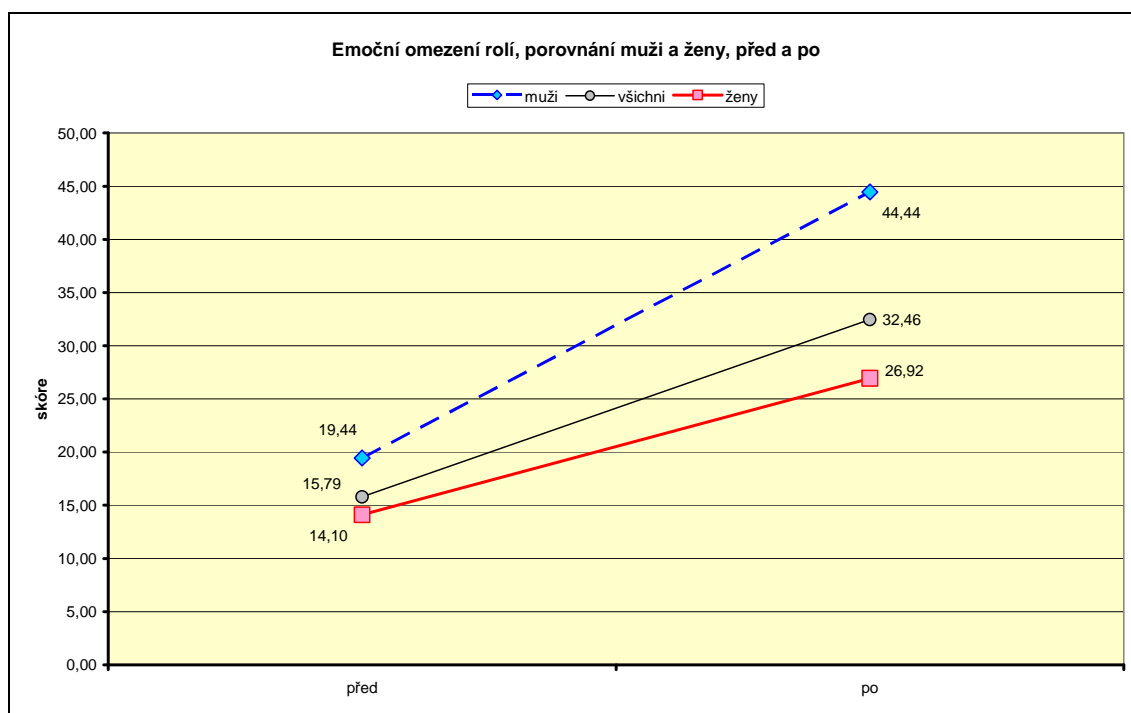
Z grafu je patrné, že u starých došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 0 na hodnotu 12,90, u mladých došlo ke zvýšení skóre z 0 na 21,43. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 0 na 14,47.

Protože výchozí hodnota je rovna nule, nelze procentní nárůst stanovit.

Srovnání v doméně „Emoční omezení rolí“

V této kapitole je provedeno hodnocení emočního omezení rolí pro jednotlivé podskupiny souboru.

Graf č 4.18 Hodnocení emočního omezení rolí pro všechny respondenty a rozdělení dle gender (skóre)

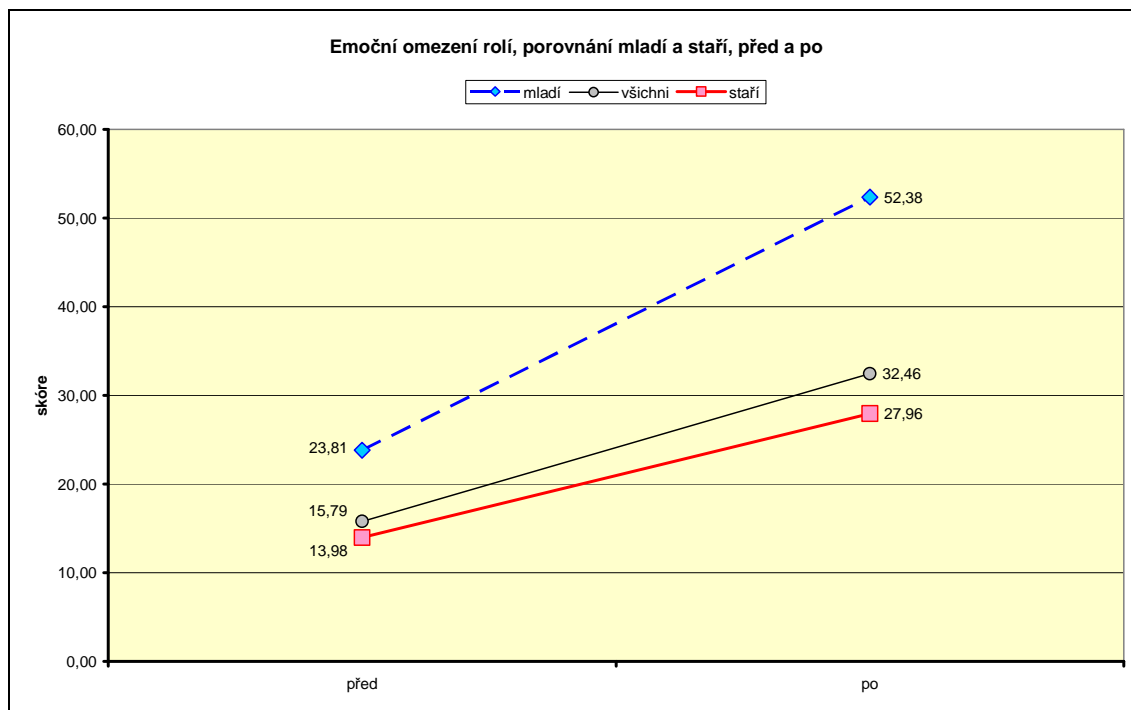


Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č 4.18 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u mužů došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 19,44 na hodnotu 44,44, což činí nárůst na 228,6 %, u žen došlo ke zvýšení skóre z 14,10 na 26,92, což činí nárůst na 190,9 %. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 15,79 na 32,46, což činí nárůst na 205,6 %.

Graf č 4.19 Hodnocení emočního omezení rolí pro všechny respondenty a rozdělení dle věku (skóre)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č 4.19 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

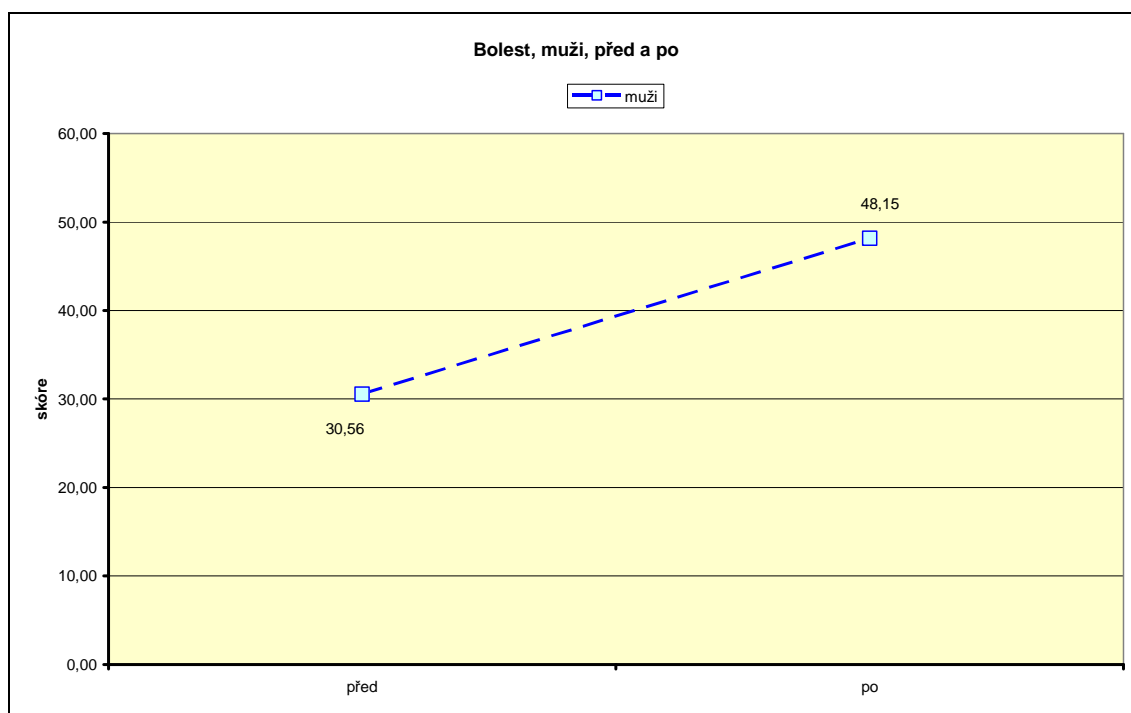
Z grafu je patrné, že u mladých došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 23,81 na hodnotu 52,38, což činí nárůst na 220,0 %, u starých došlo ke zvýšení skóre z 13,96 na 27,96, což činí nárůst na 200,3 %. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 15,79 na 32,46, což činí nárůst na 205,6 %.

Do hodnocení byla zahrnuta pro úplnost i skupina mladých, přestože U dif činilo pouze 1,66.

Srovnání v doméně „Bolest“

V této kapitole je provedeno hodnocení domény bolest pro podskupinu muži. V ostatních podskupinách bylo U dif menší než U dif kritické (1,67), a proto nebyly tyto podskupiny zahrnuty do hodnocení.

Graf č 4.20 Hodnocení domény bolest pro podskupinu muži (skóre)



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č 4.20 je uvedeno skóre pro podskupinu muži.

Z grafu je patrné, že u mužů došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 30,56 na hodnotu 48,15, což činí nárůst na 157,6 %.

5 Diskuse

Cílem práce bylo zjistit kvalitu života jednotlivých věkových skupin pacientů po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti. Hypotézou práce je, že kvalita života u středních věkových skupin je rozdílná než u vyšších věkových skupin

5.1 Zhodnocení souboru respondentů

Bylo předáno celkem 45 dotazníků, správně vyplněných se vrátilo 38.

V 5 případech došlo k nesprávnému pochopení metody ze strany probandů a ti vyplnili dotazníky v nesprávném termínu.

Návratnost dotazníků činila 87 %, lze tento výsledek považovat za dobrý ve srovnání s literaturou (4) (21).

Mužů bylo 31,6 % celého souboru, žen potom 68,4 %.

Průměrný věk mužů činil 58,8, u žen 74,3.

Věková i generová struktura souboru nevybočuje zásadně od statistických normálů uváděných v literatuře (2) (29). Proto je možné považovat soubor za statisticky dostatečně reprezentativní.

5.2 Porovnání se standardem OXFORD

Porovnání se standardem pro kvalitu života (Oxford) bylo provedeno proto, aby bylo možné zjistit míru zhoršení kvality po tak vážné zdravotní události, jakou zlomenina krčku stehenní kosti bezpochyby je.

Z uvedených rozborů vyplývá, že:

- Parametr U dif je ve všech analýzách větší než 1,67, shledaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti
- Kvalita života vlivem úrazu je ve všech doménách výrazně nižší
- Nejvyšší pokles kvality života je ve fyzických funkcích, fyzickém omezení rolí, emočním omezení rolí, v omezení sociálních funkcí a v bolesti.
- Ve všech těchto doménách je patrné i největší zlepšení po rehabilitaci.

5.2.1 Rozbor výsledků porovnání s Oxford

V následujícím je provedeno porovnání výsledků s ohledem na cíle a hypotézu práce.

- Doména Fyzické funkce

V doméně Fyzické funkce dosahují staří před rehabilitací skóre 0,65 při normálu Oxford 88,40, což je 0,73 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 20,16, což je 22,81 % normálu.

V doméně Fyzické funkce dosahují mladí před rehabilitací skóre 8,57 při normálu Oxford 88,40, což je 9,70 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 49,29, což je 55,75 % normálu.

Z toho vyplývá, že v doméně Fyzické funkce mladí hodnotili kvalitu života před i po rehabilitaci jako výrazně vyšší.

- Doména Fyzické omezení rolí

V doméně Fyzické omezení rolí dosahují staří před rehabilitací skóre 0 při normálu Oxford 88,40, což je 0 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 12,90, což je 15,04 % normálu.

V doméně Fyzické omezení rolí dosahují mladí před rehabilitací skóre 0 při normálu Oxford 88,40, což je 0 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 21,43, což je 24,97 % normálu.

Z toho vyplývá, že v doméně Fyzické omezení rolí mladí hodnotili kvalitu života po rehabilitaci jako vyšší.

- Doména Emoční omezení rolí

V doméně Emoční omezení rolí dosahují staří před rehabilitací skóre 13,98 při normálu Oxford 88,40, což je 16,86 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 27,96, což je 33,71 % normálu.

V doméně Emoční omezení rolí dosahují mladí před rehabilitací skóre 23,81 při normálu Oxford 88,40, což je 28,71 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 52,38, což je 63,16 % normálu.

Z toho vyplývá, že v doméně Emoční omezení rolí mladí hodnotili kvalitu života před i po rehabilitaci jako výrazně vyšší.

- Doména Omezení sociálních funkcí

V doméně Omezení sociálních funkcí dosahují staří před rehabilitací skóre 34,68 při normálu Oxford 88,40, což je 39,40 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 38,31, což je 43,53 % normálu.

V doméně Omezení sociálních funkcí dosahují mladí před rehabilitací skóre 37,5 při normálu Oxford 88,40, což je 42,61 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 50,00, což je 56,81 % normálu.

Z toho vyplývá, že v doméně Omezení sociálních funkcí mladí hodnotili kvalitu života před i po rehabilitaci jako vyšší.

- Doména Bolest

V doméně Bolest dosahují staří před rehabilitací skóre 30,82 při normálu Oxford 88,40, což je 37,83 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 36,92, což je 45,3 % normálu.

V doméně Bolest dosahují mladí před rehabilitací skóre 26,98 při normálu Oxford 88,40, což je 33,11 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 46,03, což je 56,49 % normálu.

Z toho vyplývá, že v doméně Bolest mladí hodnotili kvalitu života před rehabilitací jako nižší než staří. Po rehabilitaci však bylo hodnocení kvality života vyšší.

- Doména Mentální zdraví

V doméně Mentální zdraví dosahují staří před rehabilitací skóre 57,68 při normálu Oxford 88,40, což je 78,19 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 57,55, což je 78,1 % normálu.

V doméně Mentální zdraví dosahují mladí před rehabilitací skóre 56,57 při normálu Oxford 88,40, což je 76,69 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 53,14, což je 72,04 % normálu.

Z toho vyplývá, že v doméně Mentální zdraví sice došlo ke snížení kvality života vzhledem ke standardu, vliv věku ani procesu rehabilitace není významný.

- Doména Vitalita

V doméně Vitalita dosahují staří před rehabilitací skóre 40,32 při normálu Oxford 88,40, což je 65,96 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 39,68, což je 64,91 % normálu.

V doméně Vitalita dosahují mladí před rehabilitací skóre 45,71 při normálu Oxford 88,40, což je 74,78 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 43,57, což je 71,28 % normálu.

Z toho vyplývá, že v doméně Vitalita sice došlo ke snížení kvality života vzhledem ke standardu, vliv věku ani procesu rehabilitace není významný.

- Doména Celkové vnímání zdraví

V doméně Celkové vnímání zdraví dosahují staří před rehabilitací skóre 43,55 při normálu Oxford 88,40, což je 59,23 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 40,16, což je 54,63 % normálu.

V doméně Celkové vnímání zdraví dosahují mladí před rehabilitací skóre 45,0 při normálu Oxford 88,40, což je 61,21 % normálu. Po rehabilitaci je hodnota skóre 43,57, což je 59,26 % normálu.

Z toho vyplývá, že v doméně Celkové vnímání zdraví sice došlo ke snížení kvality života vzhledem ke standardu, vliv věku ani procesu rehabilitace není významný.

5.2.2 Zhodnocení porovnání se standardem Oxford

Z uvedeného vyplývá, že největší pokles kvality života je u mladých i starých respondentů v doménách fyzické funkce (PF), fyzické omezení rolí (RP), emoční omezení rolí (RE), omezení sociálních funkcí (SF) a bolest (P).

Naopak hodnoty mentálního zdraví (MH), vitality (EV) a celkového vnímání vlastního zdraví (GHP) jsou oproti standardu Oxford sice nižší, avšak nejsou ovlivněny rehabilitací.

U mladých je výrazně větší vliv rehabilitace na hodnoty skóre v jednotlivých doménách.

V rámci analýzy bylo provedeno i porovnání mezi muži a ženami. Výsledky jsou patrné z uvedených tabulek a grafů. Ve výsledcích se v principu reflektuje skutečnost, že skupina mužů je mladší než skupina žen. Proto je charakteristika výsledků pro podskupinu mladších respondentů podobná výsledkům pro muže a naopak podskupina starších respondentů odpovídá výsledkům pro ženy.

5.3 Porovnání v rámci skupiny respondentů

Pro lepší kvantitativní porovnání a správné vyhodnocení jsou v následující kapitole provedena srovnání v rámci skupiny respondentů.

Jsou porovnávány pouze výsledky s ohledem na statistickou významnost, jejichž hodnota U dif je větší než u kritická U dif = 1,67. V tomto případě, platí že výrok je statisticky průkazný na 5% hladině významnosti.

Nejvíce je obsazena doména PF, celkem 7 krát, dále RP a RE každá 4 krát a doména P jednou.

Znamená to, že ve většině porovnání představuje PF dominantní úlohu a probandí poukazovali nejvíce shody v této doméně.

5.3.1 Rozbor výsledků porovnání v rámci skupiny respondentů

V následujícím je provedeno porovnání výsledků s ohledem na cíle a hypotézu práce.

5.3.1.1 Doména Fyzické funkce

V grafu č 4.15 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u mladých došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 8,57 na hodnotu 49,29, což činí nárůst na 575,15 %, u starých došlo ke zvýšení skóre z 0,65 na 20,16, což činí nárůst na 3101,5 %. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 2,11 na 25,53, což činí nárůst na 1209,9 %.

V grafu č 4.14 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u mužů došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 3,75 na hodnotu 37,08, což činí nárůst na 988,8 %, u žen došlo ke zvýšení skóre z 1,35 na 20,19, což činí nárůst na 1495,6 %. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 2,11 na 25,53, což činí nárůst na 1209,9 %.

5.3.1.2 Doména Fyzické omezení rolí

V grafu č 4.17 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u starých došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 0 na hodnotu 12,90, u mladých došlo ke zvýšení skóre z 0 na 21,43. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 0 na 14,47.

Protože výchozí hodnota je rovna nule, nelze procentní nárůst stanovit.

V grafu č 4.16 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u mužů došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 0 na hodnotu 20,83, u žen došlo ke zvýšení skóre z 0 na 11,54. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 0 na 14,47.

Protože výchozí hodnota je rovna nule, nelze procentní nárůst stanovit.

5.3.1.3 Doména Emoční omezení rolí

V grafu č 4.19 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u mladých došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 23,81 na hodnotu 52,38, což činí nárůst na 220,0 %, u starých došlo ke zvýšení skóre z 13,96 na 27,96, což činí nárůst na 200,3 %. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 15,79 na 32,46, což činí nárůst na 205,6 %.

Do hodnocení byla zahrnuta pro úplnost i skupina mladých, přestože U díř činilo pouze 1,66.

V grafu č 4.18 je uvedeno skóre pro jednotlivé podskupiny a celý soubor.

Z grafu je patrné, že u mužů došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 19,44 na hodnotu 44,44, což činí nárůst na 228,6 %, u žen došlo ke zvýšení skóre z 14,10 na 26,92, což činí nárůst na 190,9 %. Pro celý soubor bylo zvýšení skóre z 15,79 na 32,46, což činí nárůst na 205,6 %.

5.3.1.4 Doména Bolest

V grafu č 4.20 je uvedeno skóre pro podskupinu muži.

Z grafu je patrné, že u mužů došlo ke zvýšení skóre z hodnoty 30,56 na hodnotu 48,15, což činí nárůst na 157,6 %.

5.3.2 Zhodnocení porovnání v rámci skupiny respondentů

Výsledky porovnání v rámci skupiny respondentů odpovídají výsledkům srovnání dle Oxford.

Opět se potvrdila skutečnost, že výrazný pokles kvality života, indikovaný jednotlivými skupinami probandů před zahájením rehabilitace, byl zejména v doménách fyzické funkce (PF), fyzické omezení rolí (RP), emoční omezení rolí (RE), omezení sociálních funkcí (SF) a bolest (P).

Naopak hodnoty skóre v doménách mentálního zdraví (MH), vitality (EV) a celkového vnímání vlastního zdraví (GHP) nejsou ovlivněny rehabilitací. Je třeba ale uvést, že v těchto doménách nebyly dosaženy statisticky významné výsledky.

Potvrdila se skutečnost, že vnímání kvality života je rozdílné v jednotlivých věkových skupinách. Jako statisticky významné je možné považovat skutečnosti, že mladí probandi ve srovnání se starými:

- nehodnotili tak výrazný pokles kvality života v okamžiku před rehabilitací
- hodnotili výrazně vyšší hodnoty skóre po rehabilitaci

V rámci porovnání statisticky významných domén byly rovněž hodnoceny skupiny žen a mužů. Ve výsledcích se opět v principu reflektuje skutečnost, že skupina mužů je mladší než skupina žen. Proto je charakteristika výsledků pro podskupinu mladších respondentů podobná výsledkům pro muže a naopak podskupina starších respondentů odpovídá výsledkům pro ženy.

5.4 Porovnání výsledků s výsledky balneoterapie

Proces rehabilitace po operaci je svým charakterem blízký i k rehabilitačním krokům v lázeňské léčbě. Z toho důvodu je v rámci diskuze provedeno srovnání s výsledky průzkumu klasické balneologické terapie při rehabilitaci pohybových ústrojí.

Jako základ porovnání byl použit výzkum, který byl prováděn v třeboňských Bertiných lázních (33).

Pro srovnání byl použit celý soubor respondentů s výsledky před a po rehabilitaci.

5.4.1 Soubor probandů v Bertiných lázních

Počet probandů činil $n=73$, průměrný věk činil 61,2 let.

Mužů bylo celkem 10, jejich průměrný věk činil 60,3 let.

Žen bylo celkem 63, jejich průměrný věk činil 61,3 let.

5.4.2 Výsledky výzkumu v Bertiných lázních

Tabulka 5.1 Výsledky zkoumání v Bertiných lázních

Doména		před	po	%
Fyzické funkce	PF	50,41	53,71	106,55
Fyzické omezení rolí	RP	25,37	48,39	190,74
Emoční omezení rolí	RE	47,03	66,13	140,61
Omezení sociálních funkcí	SF	51,37	61,69	120,09
Bolest	P	38,36	49,46	128,94
Mentální zdraví	MH	60,82	67,03	110,21
Vitalita	EV	45,75	49,51	108,22
Celkové vnímání zdraví	GHP	37,47	50,16	133,87

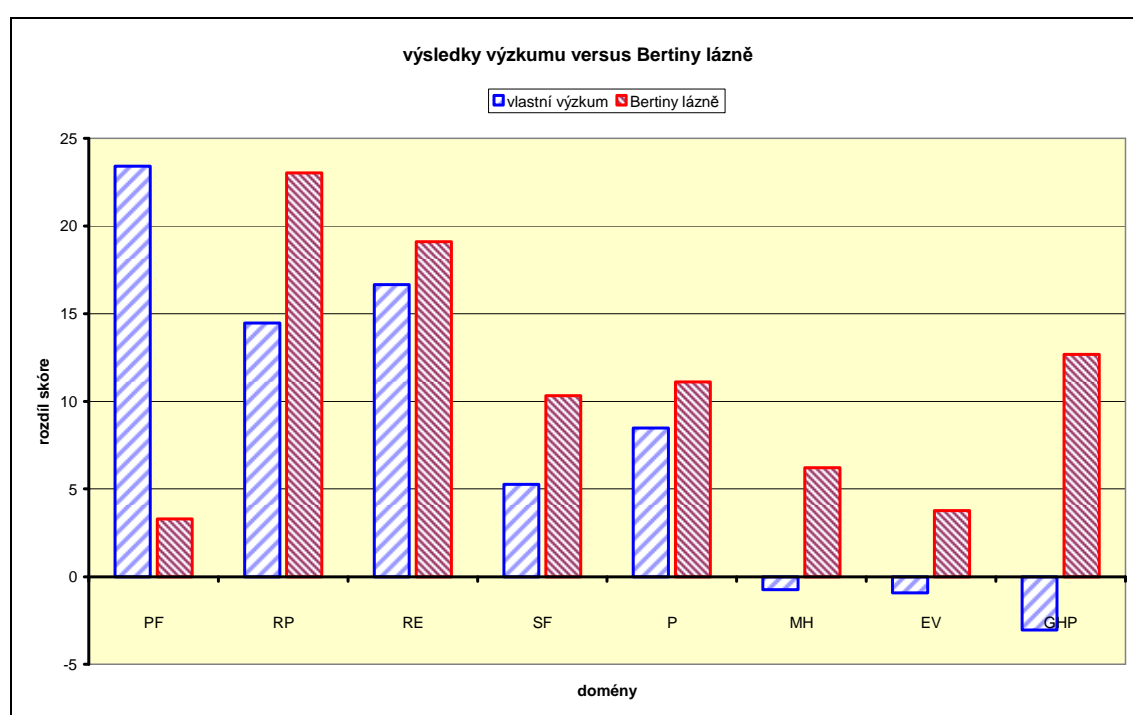
Zdroj: (33)

Ve všech doménách je dokumentováno zlepšení kvality života, zejména v doménách Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí a Bolest.

5.4.3 Porovnání s výsledky výzkumu této práce

V následujícím grafu je provedeno srovnání výsledků výzkumu v Bertiných lázních a výsledků výzkumu této práce. Výsledky jsou pro lepší porozumění prezentovány v absolutních rozdílech skóre před a po rehabilitaci. Zdroj dat pro graf je tabulka 5.1 a tabulka 4.7.

Graf č 5.1 Porovnání výsledků výzkumu s výsledky z Bertiných lázní (rozdíl skóre)



Zdroj: vlastní výzkum, (33)

Z grafu č 5.1 vyplývá, že s výjimkou domény Fyzické funkce jsou výsledky lázeňské léčby lepší. Výrazný rozdíl je v neprospěch lázeňské léčby v Bertiných lázních v doméně Fyzické funkce.

Tento stav lze očekávat, neboť klienti lázeňské léčby se léčili s jiným typem onemocnění pohybového ústrojí. Lázeňská léčba revmatologických problémů je zřejmě účinná, jak dokazují výsledky.

Na druhé straně zlomenina krčku stehenní kosti a její následná rehabilitace po operaci je zřejmě vážnější zásah do kvality života pacientů. Ukazují to i veliké poklesy skóre oproti standardům.

To vysvětluje i to, že tito probandi vysoko hodnotí nárůst kvality v doméně Fyzické funkce po rehabilitaci.

Tato skutečnost potvrzuje výsledky výzkumu, kde právě doména Fyzické funkce je hodnocena jako velice významná pro všechny respondenty souboru.

6 Závěr

Cíl práce:

Zjistit kvalitu života jednotlivých věkových skupin pacientů po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti.

Hypotéza:

Kvalita života u středních věkových skupin je rozdílná než u vyšších věkových skupin.

Po vyhodnocení získaných dat v kapitole 5 lze hypotézu jednoznačně potvrdit. Kvalita života v různých věkových skupinách je různá. Výzkumem bylo potvrzeno, že starší respondenti vykazují nižší kvalitu života před i po rehabilitaci než mladší respondenti.

Statisticky významně byla tato skutečnost potvrzena zejména v následujících doménách:

- Fyzické funkce
- Fyzické omezení rolí
- Emoční omezení rolí
- Bolest (částečně)

Statistická významnost byla odvozena od hodnoty vypočteného parametru U dif, přičemž jako limitní hodnota pro statistickou významnost na 5 % hladině byla stanovena hodnota U dif = 1,67.

Hypotéza byla potvrzena v plném rozsahu.

6.1 Doporučení pro praxi:

Zlomenina krčku stehenní kosti je narůstající problém, který rovněž souvisí s demografickými změnami, kdy počet starších spoluobčanů trvale narůstá. Lze očekávat početní nárůst těchto poranění, protože lze rovněž očekávat nárůst pohybových aktivit ve skupině seniorů.

Pro praxi z těchto skutečností vyplývají následující témata k diskuzi jako doporučení:

- Provádět dostatečnou prevenci například formou osvěty v oblasti nutriční a pohybové už od nižších věkových kategorií.
- V oblasti ošetrovatelské a rehabilitační se soustředit na odstranění negativních jevů zejména v kritických doménách Fyzické funkce. Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí a Bolest.
- Motivovat výrobce k vývoji a výrobě nových a účinných preventivních a rehabilitačních pomůcek.

7 Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. - HNILICOVÁ, H.: *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 118 s. ISBN 80- 7013- 311 – 2.
2. BARTONÍČEK, J., - DŽUPA, V. aj. Zlomeniny proximálního femuru u dospělých. *Lékařské listy*, 2003, č 25, s. 10 – 14.
3. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentů podle ČSN 690 a ČSN ISO 690: část 2 - *Modely a překlady citací u jednotlivých typů dokumentů*, 1 on line /. Verze 3.0 (2004) c 1999 - 2004, poslední aktualizace 11.11.2004. Dostupné z <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost : Příručka pro uživatele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80- 7066 – 822 – 9.
5. DOENGES, M. E. - MOORHOUSE M..F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. české vydání. Praha: Grada a Čas, 2001. 576 s. ISBN 80-247-0242-8.
6. DRAGOMIRECKÁ, E. - ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum. In: *Kvalita života*. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 6. ISBN 8086625 – 20.
7. DYLEVSKÝ, I. - KUBÁLKOVÁ, L. - NAVRÁTIL, L. *Kineziologie, kineziterapie a fyzioterapie*. Praha: Manus, 2001. 110 s. ISBN 8090231888.
8. DŽUPA, V. - BARTONÍČEK, J. aj. Sociálně – ekonomická studie pacientů léčených pro zlomeninu proximálního femuru. *Rozhledy v chirurgii*, 2003,roč. 82, č 2, s. 108 – 113.
9. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE. J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 205 -215. ISBN 80-7254- 657- 0.
10. HRABOVSKÝ, J. *Učebnice pro střední zdravotnické školy*. Eurolex Bohemia, s. r.o.,2002. 148 s. ISBN 80-86432-39-4.
11. HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Fyzioterapie*. HŠH Vyšehradská, s.r.o. 1999. 428 s. ISBN 80- 86022 – 45-5.
12. CHMELÍK, V. - PETR, P. aj. Klíšťová encephalitida a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*, červen 2004, s. 323-325. ISSN 1212-7299.
13. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontodiagnostika hendikepovaných*. Praha: Karolinum, 2000. 81s. ISBN 80-7184-823-9.

14. JUŘENÍKOVÁ ,P. - PETROVÁ, V. aj. *Ošetřovatelství - učební text pro SZŠ (chirurgie, pediatrie, gerontologie) - 2.část.* 1.vydání Uherské Hradiště: Středisko služeb školám UH - vlastním nákladem, 1999. 236 s. ISBN - není uvedeno.
15. KALOVÁ, H. *Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života u handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Její rozdíly podmíněné pohlavím.* České Budějovice, 2004. Diplomová práce na JU ZSF. Vedoucí práce: Petr Petr.
- 16.KALOVÁ, H. - BICAN, J. aj. Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu. Zkušenosti z lázeňského zařízení Bertiny lázně, Třeboň. *Kontakt*, únor 2004, roč. 6, s. 136 – 140.
17. KALOVÁ, H. - PETR, P. - BICAN, J. Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Její rozdíly podmíněné pohlavím. *Folia Phoenix*, leden 2005, roč. 10, s. 20-22. ISSN 1801-1063.
18. KALOVÁ, H. - PETR, P. - SOUKUPOVÁ, A. Vliv infusní léčby Prostavasinem na délku klaudikačního intervalu a na kvalitu života u ischemické choroby dolních končetin. *Praktické lékařství, Supplementum*, leden 2005, s. 5-6. ISSN 1801-2434.
19. KALOVÁ, H. - PETR, P. aj. *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. Health Related Quality of Life on the Background of the Newer Health and Illness Models.* Poslední aktualizace 02.11.2005. Dostupné z: http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/.
20. KALOVÁ, H. - PETR, P. - SOUKUPOVÁ, A. - VONDROUŠ, P., Kvalita života u chronických onemocnění. *Klinická farmakologie a farmacie*, březen 2005, roč. 19, s.165-168. ISSN 1212-7973.
21. KOZLOVÁ, L. Některé základní problémy sociologického výzkumu. In: *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000, roč.2, s. 41 – 44. ISSN 1212- 417.
22. KRÁLOVÁ, Š. - KALOVÁ, H. - PETR, P. Vliv infusní léčby Prostavasinem na kvalitu života (HRQoL) u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. (ICHDK). *Folia Phoenix*, leden 2005, roč. 10, s. 25. ISSN 1801-1063.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. Měření kvality života objektivními ukazateli. In:PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*.1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 281 – 287. ISBN 80- 7254- 657-0.

24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-247-0179-0.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: IDVZP, 1998. 155s. ISBN 80-7013 – 187 – X.
27. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
28. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství - systémový přístup*. I. díl 1. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
29. PALIČKA, V. aj. *Liga proti osteoporóze*, poslední aktualizace: leden 2003, dostupné z: <http://www.osteoforum.cz/lpo/?page=cojeost>.
30. PAZDÍREK, P. - DŽUPA, V. - BEZDĚKOVÁ, M. Sociální a ekonomické aspekty fraktur proximálního femuru. *Lékařské listy*, 2003, č 25, s. 24 – 25.
31. PETR, P. *Dotazník SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím. (The SF-36 Questionnaire of the Health related Quality of Life)*. *Kontakt*, 2000, roč. 2, č 1, s. 26-30.
32. PETR, P. *Dotazník SF-36 O kvalitě života podmíněné zdravím*. *Kontakt*, 2000, roč. 2, č 1, s. 26-30.
33. PETR, P. *Kvalita života v balneologii*. České Budějovice: Inpress, 2003. 118s. ISBN 80-903427-1-X.
34. PETR, P. a kol. *Kvalita života příslušníků PČR v Jihočeském kraji*. *Kontakt*, České Budějovice : JU ZSF, 2003, roč.5, s. 216-217. ISSN 1212-4117.
35. PETR, P. *Kvalita života u nespecifických střevních zánětů (Health Related Quality of Life HRQOL, in Inflammatory Bowel Diseases)*. *Kontakt*, 2000, roč. 2, č 1, s. 26-30.
36. PETR, P. *Kvalita života u nespecifických střevních zánětů. 1.část. Nemocniční zpravodaj Nemocnice České Budějovice*, 1999, roč. 10, č 2, s. 10-15.
37. PETR, P. *Kvalita života u nespecifických střevních zánětů*. *Kontakt*, srpen 1999, roč. 1, s.14.
38. PETR, P., *Kvalita života u nespecifických střevních zánětů.2.část. Nemocniční zpravodaj Nemocnice České Budějovice*, 2000, roč. 11, č 1, s. 10-15.
39. PETR P., et al. *Regionální standard Kvality života podmíněné zdravím, (The Regional Standard of Health Related Quality of Life)*. *Kontakt*, 2001, roč. 3, č 3, s.146-150.

40. PETR, P. - HORNÁTOVÁ, H. a kol. *Hodnocení výsledků balneoterapie v LL Jáchymov a.s. pomocí indexu HRQOL*. Kontakt. České Budějovice: JU ZSF, 2003, roč. 5, s. 4-11. ISSN 1212-411742.
41. PETR, P. - KALOVÁ, H. Kvalita života v balneologii. Anotace knihy. *Auspicia*, prosinec 2004, s. 75-76. ISSN 1214-4967.
42. PETR, P. - KALOVÁ, H. - VESELÝ, M. Kvalita života příslušníků Policie ČR v Jihočeském kraji. *Závislosti a my*, květen 2005, roč. 7, s. 21-23. ISSN 1213-8584.
43. PETR, P. - PODLIPNÁ, K. a kol. Hodnocení kvality života jako nástroj pro posouzení účinnosti léčebných intervencí u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin v LS Švýcarský dvůr, K.Vary. *Kontakt*, České Budějovice: JU ZSF, 2003, roč. 5, s. 23-30. ISSN 1212-41 17.
44. PETR, P. - PODLIPNÁ, K. aj. Hodnocení kvality života jako nástroj k posouzení účinnosti balneoterapie. *Nemocniční zpravodaj Nemocnice České Budějovice*, červen 2002, roč. 13, č 2,s. 10-13.
45. PETR, P. - PODLIPNÁ, K. aj. Hodnocení výsledků balneoterapie s použitím stanovení score kvality života podmíněné zdravím (Health related Quality of Life). *Závislosti a my*, 2002, roč. 4, č 10, s.11-12. ISSN 1213-8584.
46. PETR, P. - VESELÝ, M. aj. Kvalita života u příslušníků PČR v Jihočeské kraji. *Závislosti a my*, březen 2003, roč. 2, s. 19 – 22. ISSN 1213-8584.
47. PETR, P. - VESELÝ, M. - KALOVÁ, H. Kvalita života příslušníků policie České republiky v Jihočeském kraji. *Kontakt*, duben 2003, roč. 5, s. 216-223.
48. PETR, P. - ZÁŠKODNÝ, P. a kol.. Regionální standard kvality života podmíněné zdravím. *Závislosti a my*, Liberec, 2002, s. 23 - 27. ISSN 1213-8584.
49. PETR, P. - ZÁŠKODNÝ, P. aj. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“ („HRQOL“). *Kontakt*, 2001, roč. 3, s.146-150.
50. PETR, P. - ZÁŠKODNÝ, P. aj. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“(HRQOL). *Závislosti a my*, 2002, roč. 4, č 9, s. 23-27. ISSN:1213-8584.
51. PETR, P. - ZDRAŽILOVÁ, A. Kvalita života rodinných příslušníků drogově závislých osob. *Závislosti a my*, únor 2006, roč. 8 , s. 11-15. ISSN 1213 8584.
52. ROZSYPALOVÁ, M. - ČECHOVÁ, V. - MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. 189s. ISBN 80-7333-014-8.
53. SALAJKA, F.: *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. 148 s. ISBN 80-247-1306-3.
54. SALAJKA, F. Hodnocení kvality života u onkologicky nemocných. *Onkologická péče*, duben 2000, č 2, s. 2 - 4.

55. SLÁMA, O. - VORLÍČEK, J. Co víme o kvalitě života onkologicky nemocných a jak ji můžeme ovlivnit. *Onkologická péče*, 2004, roč. 8, č 3, s. 16 – 18.
56. SLAVÍKOVÁ, N. *Biologické, psychologické a sociální dimenze kvality života u handicapovaných osob. Kvalita života dialyzovaných pacientů*. České Budějovice, 2004. Diplomová práce na JU ZSF. Vedoucí práce: Petr Petr .
57. SLOVÁČEK, L. - SLOVÁČKOVÁ, B. aj. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, č 3, s. 6- 9.
58. TIDEMARK, J. *Quality of life and femoral neck fractures*. Stockholm: Karolinska University Press , 2002 . 60s. ISBN 91-7349-322-8.
59. TROJAN, S. *Fyziologie a léčebná rehabilitace*. Praha: Grada, 2001. 248 s. 80 – 2470 – 031 – X.
60. VIŠŇA,P. - HOCH, J. aj. *Traumatologie dospělých: Učebnice pro lékařské fakulty*. Praha:Maxdorf, 2004. 158 s. ISBN 80-7345-034-8.
61. VURM, V. - PETR, P. aj. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt*, duben 2002, roč. 4, s. 89-94.
62. VYHNÁLEK, F. *Chirurgie I*. Informatorium, 1997. 128 s. ISBN 80-86073-07-6.
64. ZAHRADNICKÁ, I. *Vliv chronické bolesti na kvalitu života nemocného*. České Budějovice, 2004. Diplomová práce na JU ZSF. Vedoucí práce: Tóthová Valerie.

8 Klíčová slova

Zlomenina krčku stehenní kosti

Osteosyntetická operace

Kvalita života

Kvalita života podmíněná zdravím HRQoL

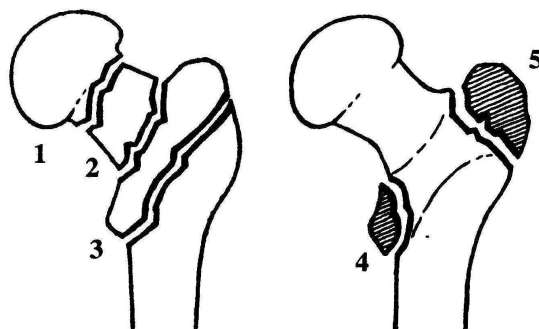
Dotazník SF - 36

9 Přílohy

Seznam příloh:

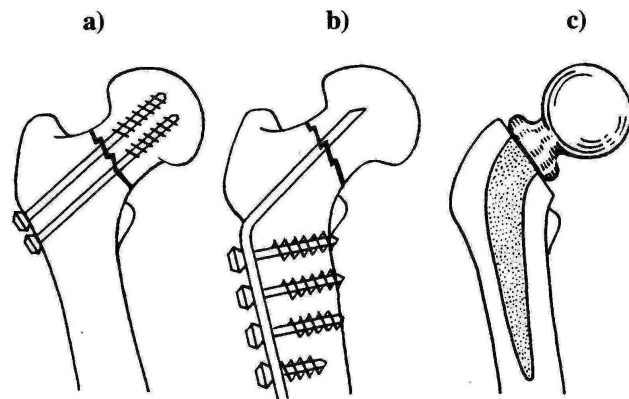
Příloha č. 1	Zlomeniny krčku stehenní kosti (obrázek 1)
Příloha č. 2	Léčba zlomeniny krčku stehenní kosti (obrázek 1)
Příloha č. 3	Dotazník SF-36
Příloha č. 4	Souhrnné tabulky výsledků výzkumu

Příloha č. 1



Obr. 1 Typy zlomenin v proximální oblasti femuru: 1 – subkapitální zlomenina, 2 – bazicervikální zlomenina, 3 – pertrochanterická zlomenina, 4 – odlomení malého trochanteru, 5 – odlomení velkého trochanteru

Příloha č. 2



Obr. 1 Osteosyntéza zlomeniny stehenní kosti v proximální oblasti: a – šrouby, b – dlahou a šrouby, c – náhrada cervikokapitální protézou

Příloha č.3

Copyright:
Medical Outcomes Trust 1996
Boston, MA U. S. A.
Health Services Research Unit, 1996
Oxford, Great Britain

Česká verze: 1/1999
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská universita v Č. Budějovicích
CROCODILE o. s.

DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

Návod: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte.

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

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dostí dobré	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?
(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne.
Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?
(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
d. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
e. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

4. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech. (zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech? (zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

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

Jak často v předchozích 4 týdnech – (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád		Dost často		Málokdy	
		Většinou		Občas		Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nemohlo rozveselit?		1	2	3	4	5
d. jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
Očekávám, že se mé zdraví zhorší		2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Jaký je Váš dokončený věk?

Jste muž žena

Datum:

Příloha č. 4

ID	věk	muži, žena 2	starý 1, mladý 2	před rehabilitací (1. vertikalizace)								
				Fyzické funkce	Fyzické omezení rolí	Emoční omezení rolí	Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	Bolest	Mentální zdraví	Vitalita	Celkové vnímání vlastního zdraví	Změny ve zdravotním stavu
				<i>Physical function</i>	<i>Role limitation physical</i>	<i>Role limitation emot.</i>	<i>Social funct.</i>	<i>Pain</i>	<i>Mental health</i>	<i>Vitality</i>	<i>General health prec.</i>	<i>Change in health</i>
				PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
1	82	2	1	0	0	0	13	22	44	35	15	0
2	85	2	1	0	0	33	50	56	56	25	40	25
3	71	2	1	0	0	0	75	67	84	90	45	50
4	72	2	1	0	0	33	25	11	52	30	45	25
5	76	2	1	0	0	33	38	67	48	20	45	0
6	74	1	1	0	0	0	13	0	28	25	25	25
7	78	2	1	0	0	33	25	44	80	55	45	25
8	77	2	1	0	0	0	50	33	56	55	45	50
9	41	1	2	0	0	33	13	11	40	45	40	0
10	62	2	1	10	0	0	63	56	56	20	35	50
11	68	1	1	5	0	33	50	67	72	65	50	50
12	81	1	1	0	0	0	38	44	44	25	45	25
13	23	1	2	10	0	33	38	22	48	50	50	0
14	48	1	2	5	0	0	25	11	24	20	35	50
15	78	2	1	0	0	0	25	0	44	25	30	0
16	60	1	2	5	0	33	50	56	52	60	40	25
17	82	2	1	0	0	33	38	44	84	60	70	50
18	34	1	2	20	0	33	63	33	76	55	75	25
19	64	1	1	0	0	0	50	56	76	90	65	50
20	85	2	1	0	0	0	25	0	32	15	30	0
21	82	2	1	0	0	0	38	22	52	35	50	25
22	83	2	1	0	0	0	13	11	44	35	45	50
23	84	2	1	0	0	0	50	56	76	60	50	75
24	79	2	1	0	0	33	25	44	64	55	55	50
25	77	2	1	0	0	0	25	33	60	45	45	25
26	76	2	1	0	0	0	25	22	28	35	25	25
27	80	2	1	0	0	33	38	33	56	30	40	25
28	64	2	1	0	0	33	13	33	64	40	35	25
29	69	1	1	0	0	33	63	22	72	50	55	50
30	71	2	1	0	0	0	50	33	68	20	50	25
31	56	2	2	5	0	0	38	33	76	50	50	50
32	62	2	1	0	0	0	63	22	60	40	50	25
33	73	2	1	5	0	33	25	11	56	30	45	75
34	82	2	1	0	0	0	25	0	76	30	40	50
35	72	1	1	0	0	0	25	11	36	35	20	50
36	72	1	1	0	0	33	25	33	40	40	55	50
37	80	2	1	0	0	33	0	0	80	35	60	75
38	35	2	2	15	0	33	38	22	80	40	25	25

Zpracoval: Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU ve spolupráci s EMA services, s.r.o.

ID	věk	muž1, žena 2	starý 1, mladý 2	po 3 měsících								
				Fyzické funkce	Fyzické omezení rolí	Emoční omezení rolí	Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	Bolest	Mentální zdraví	Vitalita	Celkové vnímání vlastního zdraví	Změny ve zdravotním stavu
				<i>Physical function</i>	<i>Role limitation physical</i>	<i>Role limitation emot.</i>	<i>Social funct.</i>	<i>Pain</i>	<i>Mental health</i>	<i>Vitality</i>	<i>General health prec.</i>	<i>Change in health</i>
				PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
1	82	2	1	5	0	0	13	22	44	35	15	0
2	85	2	1	20	0	100	25	44	56	25	25	25
3	71	2	1	15	75	0	88	100	84	90	35	50
4	72	2	1	25	0	33	25	22	56	30	30	25
5	76	2	1	10	25	67	38	67	44	20	45	0
6	74	1	1	15	0	0	25	0	20	15	15	0
7	78	2	1	25	0	33	25	56	80	65	55	25
8	77	2	1	35	0	0	63	44	56	55	35	75
9	41	1	2	35	0	100	25	22	16	30	30	0
10	62	2	1	10	0	0	63	56	56	20	35	50
11	68	1	1	30	0	33	75	78	72	60	45	50
12	81	1	1	40	0	0	50	67	48	25	40	25
13	23	1	2	50	0	33	50	44	48	50	55	0
14	48	1	2	20	0	0	25	33	16	20	20	75
15	78	2	1	0	0	0	13	11	28	5	5	0
16	60	1	2	45	0	33	75	78	52	60	30	0
17	82	2	1	5	0	33	25	56	92	65	75	50
18	34	1	2	95	100	100	100	100	80	55	85	50
19	64	1	1	10	100	100	100	67	92	90	70	50
20	85	2	1	5	0	33	38	0	36	15	40	25
21	82	2	1	25	25	33	38	33	52	35	50	25
22	83	2	1	0	25	33	13	22	44	30	40	75
23	84	2	1	40	25	67	63	56	80	60	50	100
24	79	2	1	45	50	33	38	56	68	55	55	50
25	77	2	1	30	25	33	25	33	64	45	50	50
26	76	2	1	15	0	0	25	33	32	45	35	25
27	80	2	1	20	0	33	38	33	56	30	40	25
28	64	2	1	10	0	33	0	33	56	40	25	25
29	69	1	1	60	0	33	63	22	72	50	55	50
30	71	2	1	20	0	0	50	33	72	20	40	25
31	56	2	2	35	0	0	38	22	80	50	60	75
32	62	2	1	20	0	0	75	22	60	40	45	25
33	73	2	1	20	0	33	25	11	56	30	45	75
34	82	2	1	20	0	0	25	0	60	5	35	50
35	72	1	1	20	50	67	25	33	44	30	15	50
36	72	1	1	25	0	33	25	33	40	40	55	75
37	80	2	1	5	0	0	0	0	64	60	45	50
38	35	2	2	65	50	100	38	22	80	40	25	25

Zpracoval: Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU ve spolupráci s EMA services, s.r.o.