

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života pacientů po zlomeninách kotníku

Bakalářská práce

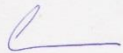
Autor: Tereza Kleinerová, DiS.


Vedoucí práce: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Jihlava 2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Tereza Kleinerová, DiS.**
Studijní program: Ošetrovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Kvalita života pacientů po zlomeninách kotníku.**
Cíl práce: Zjistit kvalitu života u pacientů po operaci kotníku.


doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života u pacientů po zlomeninách kotníku. Teoretická část je zaměřena na historii ošetrovatelství, kvalitu života. Dále je popsána anatomie, úrazy kotníku a jejich léčba, ošetrovatelská péče a fyzioterapie. V praktické části jsou zpracovány výsledky výzkumu a porovnány s hypotézami. Cílem práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů po operacích kotníku.

Klíčová slova

Ošetrovatelství, kvalita života, úrazy kotníku, léčba, fyzioterapie, prevence TEN.

Annotation

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Problematik der Lebensqualität von Patienten nach dem Knöchelbruch. Der theoretische Teil beschäftigt sich mit der Geschichte der Krankenpflege, Lebensqualität. Weiter werden Anatomie, Knöchelverletzungen und ihre Heilung, Krankenpflege und Physiotherapie beschrieben. Im praktischen Teil werden die Ergebnisse der Untersuchung verarbeitet und mit gegebenen Hypothesen verglichen. Das Ziel der Arbeit bestand darin, die Lebensqualität von Patienten nach Knöcheloperation festzustellen.

Schlüsselwörter

Krankenpflege, Lebensqualität, Knöchelverletzungen, Heilung, Physiotherapie, Vorbeugung von thromboembolischen Erkrankungen.

Poděkování

Moje velké díky patří doc. PhDr. Ladě Cetlové PhD. za trpělivost při vedení bakalářské práce, za ochotu, vstřícnost, cenné rady a čas, který mi po celou dobu konzultací věnovala. Odborné rady mi byly velikým přínosem pro tuto práci.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtědku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Historie ošetrovatelství	9
1.2 Florence Nightingale.....	10
1.3 Kvalita ošetrovatelské péče	11
1.3.1 Koncepce kvality života.....	11
1.3.2 Definice kvality života.....	12
1.3.3 Faktory ovlivňující kvalitu života.....	12
1.3.4 Měření kvality života	12
1.4 Anatomie hlezenního kloubu	13
1.5 Úrazy hlezenního kloubu	13
1.5.1 Poranění vazů.....	14
1.5.2 Zlomeniny a luxace.....	15
1.6 Ošetrovatelská péče	16
1.6.1 Imobilizační syndrom	17
1.6.2 Léčba bolesti	18
1.7 Fyzioterapie	18
1.7.1 Léčebná rehabilitace	18
1.7.2 Taping- prevence úrazů.....	19
2 Výzkumná část.....	21
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy.....	21
2.1.1 Cíl výzkumu.....	21
2.1.2 Výzkumné hypotézy	21
2.2 Metodika výzkumu	21
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	22
2.4 Průběh výzkumu	22
2.5 Zpracování získaných dat	22
2.6 Výsledky výzkumu	23
2.7 Diskuze	47
2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	48
Závěr	50

Seznam použité literatury	51
Seznam zkratk	53
Seznam grafů	54
Seznam příloh	56

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z několika důvodů. Hlavním důvodem byl fakt, že úrazy kotníku jsou nejčastějšími problémy týkající se dolních končetin, jak ve sportovní oblasti, tak i v běžném životě. Publikací na toto téma není mnoho a lidé jsou o této problematice málo informováni. Ráda bych tedy poukázala na důležitost činností, které významně zkvalitní péči po úrazech kotníku a tím i život. Pacienti s poraněním kotníku jsou výrazně omezeni ve spoustě oblastí běžného denního života s velkým dopadem na jejich sociální, emocionální a fyzickou stránku života. V neposlední řadě nemůžeme ani pominout, že pacienti po tomto zranění trpí bolestí a častou nestabilitou kotníku, což je může výrazně limitovat a omezovat v činnostech, které mají rádi.

Teoretická část je zaměřena na znalosti o úrazech kotníku. Je zde popsána anatomie, fyziologie a patologie, příčiny, příznaky a léčba. Zahrnuje také kapitoly ošetrovatelské péče, nezastupitelné rehabilitace a kvalitu života. Metoda dosažení cíle v teoretické části práce spočívala v analýze odborné literatury, článků v odborných časopisech a článků internetových zdrojů.

Praktická část je zaměřena na pacienty po operacích kotníku. Výzkumné šetření je provedeno pomocí dotazníku SF-36. Výzkum probíhal v Nemocnici Havlíčkův Brod p. o. na ortopedicko- traumatologickém oddělení včetně ambulancí. Respondenty byli pacienti po operacích kotníku. Tato část zahrnuje výsledky výzkumu pomocí dotazníků, rozbor a posouzení předem stanovených hypotéz, návrh a řešení pro praxi a závěrečné zhodnocení. Následují přílohy.

1 Současný stav problematiky

1.1 Historie ošetřovatelství

Počátky ošetřovatelské péče ve světě se datují již od raného středověku v rámci šíření křesťanství. Pečování o člověka však sahá do dávné historie. Filozofie křesťanství podporovala rozvoj ošetřovatelské péče. Zkušenosti se předávaly z generace na generaci učením dovedností péče o člověka, kdy hlavními prostředky byly byliny, voda a slunce. Účinky bylin společně s modlitbou měly zahánět zlé neduhy. Bylinkářstvím se většinou již od pradávna zabývaly ženy. Ve vývoji ošetřovatelské péče se nejvíce podílely války, které měly vliv na ošetřování velkého počtu zraněných vojáků. Již ve starém Římě byly zakládány lazarety, kde bylo o vojáky pečováno, ale většina z nich umírala v důsledku špatných hygienických podmínek. Raný středověk byl ukazatelem rozvoje ošetřovatelské péče v křižáckých válkách a tím byly zakládány vojenské ošetřovatelské řády. Péče byla poskytována řádovými sestrami a řádovými bratry, kde se vycházelo ze služby k Bohu. Ve 12. století nastal rozvoj ošetřovatelské péče díky pandemiím a početným válkám, kdy modlitby a zaklínání nahradilo velice účelnou a praktickou hygienu a její opatření. Základem však zůstává křesťanská iniciativa. Novověk je charakterizován velkým vývojem anatomie a přírodních věd. Jsou zakládány špitály, poději nemocnice, porodnice, chorobince a nalezince. Přetrvávají epidemie moru, tyfu a neštovic. V této době vzniklo mnoho pokroků a objevů, např. první veřejná pitva provedená v Praze roku 1600 Janem Jeseniem a mnoho dalších.

Vývoj ošetřovatelství obsahuje tři hlavní linie péče o nemocné:

- laická péče - péče poskytovaná sebou samým nebo blízkými,
- charitativní péče - péče poskytovaná převážně církevními řády v charitativních domech, která je poskytována dodnes a spočívala v pomoci nemocnému, trpícímu člověku z morálních i humánních důvodů,
- organizovaná léčebná péče - počátky od poloviny 19. století a byla poskytována na základě válek a rozvoji medicíny, hlavním vlivem bylo společenské uvědomění a význam hygieny pro zdraví člověka.

Největšími osobnostmi rozvoje ošetřovatelské péče jsou Florence Nightingale, Nikolaj Ivanovič Pirogov a Henry Dunant. (Kutnohorská 2010)

1.2 Florence Nightingale

Narodila se 12. května 1820 ve vlivné, úspěšné a vzdělané rodině. Protože se v mládí považovala za velmi nepraktickou, myslela si, že jejím jediným údělem bude, jak bylo zvykem, vdát se, porodit a vychovávat děti, avšak nic z toho se nestalo. Z jejího deníku, který začala psát ve svých 17. letech, bylo napsáno, že v únoru 1837 k ní přistoupil Bůh a povolal ji do svých služeb. Nevěděla, co to má být za služby, ale rozhodla se, že zůstane svobodná a bezdětná. Do svých 31 let studovala filozofii, historii, klasickou literaturu, na doporučení otce se naučila jazyky včetně latiny. Měla vynikající vzdělání, přestože to byla žena. S vysokou úrovní vzdělání si šla za svým posláním. Stále sledovala knihy a zprávy o nemocnicích a hygienických zařízeních, o všech poznatcích si vedla podrobné poznámky. Hodně cestovala a poznávala nové nemocnice. Rodiče nesouhlasili s jejím rozhodnutím stát se ošetřovatelkou, ale v návštěvách nemocnic jí nebránily. V roce 1851 vstoupila do zařízení protestantské diakonie v německém Düsseldorfu pastora Theodora Flidnera a absolvovala tam tříměsíční kurz a stala se ošetřovatelkou. Tehdy její pobyt rozhodl o její profesní volbě. Roku 1853 se stala vedoucí Ústavu pro péči o nemocné šlechtičny v Londýně, kde provedla několik revolučních změn. Zavedla výtah na jídlo, vymyslela signalizační systém rozvedený od každého pacienta se zvonkem na chodbu, nechala rozvést teplou vodu a upřednostňovala pavilonový typ zařízení, kde byli pacienti tříděni podle typu chorob. Největší přelomový význam v jejím životě byla Krymská válka, která ji na zbytek života poznamenala. Trpěla posttraumatickým syndromem a syndromem z vyčerpání, přesto byla schopná pokračovat ve své ošetřovatelské práci, ve výchově, vzdělávání a ve veřejném zdravotnictví. Napsala a vydala přes 200 dokumentů, knih a zpráv. Kdy nejznámějším dílem pro ošetřovatelky je *Notes on Nursing*, kde se zaměřila na práci sestry a byla základním kamenem pro vzdělávání sester. Vysloužila si přezdívku paní s lampou, protože si ji vojáci pamatovali z nočních obchůzek. V Krymské válce se zasloužila o to, že 60% úmrtnost snížila na 2% a později dokonce na 1%. Zavedla hygienická opatření, byla zprovozněna kuchyň a zřízena prádelna. Florence se starala nejen o fyzické potřeby, ale i o sociální potřeby pacientů. Shromažďovala údaje získané svou praxí a statisticky je zpracovávala pro další použití. Navrhla reformy zdravotnictví, vše detailně zpracovala a poslala komisi. Již v roce 1855 byly založeny dvě nemocnice pro raněné vojáky. Budovy měly samostatná křídla, oddělení s pracovní sester, záchodem, koupelnou, centrálním odpadem, lékárnou a samozřejmě byla prádelna, kuchyně, pekárna, kotelna a vodovod. Florence zemřela

13. srpna 1910 doma v Londýně. Ošetrovatelská péče v 19. - 20. stol. byla významně ovlivněna, právě F. Nightingale a to celosvětově. Je považována za zakladatelku moderního ošetrovatelství, kterému dala systém. Již tehdy byla její myšlenka poukázat na celoživotní vzdělávání ve vzájemné symbióze s teorií, praktickou zkušeností a etikou. Celý život podporovala vzdělávání sester, protože jen vzdělaná sestra je pro ošetrovatelství opravdovým přínosem. Na počest jejího narození (12. května) se slaví Mezinárodní den ošetrovatelství. V tento den se uděluje, ošetrovatelkám z celého světa, medaile Florence Nightingale. (Kutnohorská, 2010)

1.3 Kvalita ošetrovatelské péče

Ve společenských vědách se termín kvalita života začal užívat od poloviny 20. stol. Všeobecně existuje několik atributů kvality života, které odrážejí materiální i nemateriální aspekty života člověka. Některé byly vytvořeny na měření situace v určité lokalitě, jiné zase na národní a mezinárodní úrovni. Proces zdokonalování nástrojů měření kvality života je spojen s nutností neustálého zdokonalování koncepce kvality života. Tyto koncepce jsou vyvolané technologickou progresí, globalizací a potřebou vlivu reflexe mající vliv na život lidí. V současnosti probíhají teologické projekty zaměřené na subjektivní indikátory a subjektivní komponenty kvality života. Materiální podmínky, kvalita života a udržitelnost jsou pilíře na měření blahobytu lidí. Mezi základní dimenze kvality života jsou vymezeny zdravotní status, práce a život, vzdělání a zručnost, sociální vztahy, občanská angažovanost, kvalita životního prostředí, osobní bezpečnost a subjektivní blaho. (Hudáková, Majerníková, 2013)

1.3.1 Koncepce kvality života

Termín kvalita života nelze jednoznačně objasnit, přestože o definici tohoto pojmu se již pokusilo mnoho autorů, všichni však došli k výsledku, že je to kvalitativní pojem a do jisté míry čistě subjektivní. Ve světě je velký zájem výzkumníků o tuto problematiku ke zlepšení kvality života. Kvalita lidského života závisí především na zdraví, pocitu spokojenosti a na mezilidských vztazích. V každodenních činnostech člověka má kvalita velký vliv, hlavně pohoda a zdraví jedince. (Hudáková, Majerníková, 2013)

1.3.2 Definice kvality života

Pojem kvalita života je širokospektrý, existuje mnoho definic, ale názorová shoda vlastně neexistuje. To je způsobeno hlavně tím, že tento pojem je používán v mnoha vědních disciplínách, jako je sociologie, psychologie, medicína, ale také i antropologie a ekologie. Na nejobecnější úrovni je tedy kvalita chápána jako interakce mnoha faktorů na různých úrovních. To jsou objektivní a subjektivní koncepty. Kdy subjektivní kvalita je spojena s lidskou emocionalitou a spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života zahrnuje zejména materiální a sociální zajištění, sociální postoj a fyzické zdraví. (Payne 2005)

Kvalita života je subjektivní a individuální, což znamená, že je definovaná tak, jak ji vnímá jedinec sám, je obsahově nevynečitelná. Je to rozpor mezi očekáváním a realitou, možnostmi a skutečností, lze redukovat adekvátní ošetrovatelskou intervencí. Má dynamický charakter, v různých životních situacích a obdobích se může obsah různě lišit, což jsou specifické aspekty kvality života člověka z hlediska životní etapy či situace. (Hudáková, Majerníková, 2013)

1.3.3 Faktory ovlivňující kvalitu života

Hlavními faktory ovlivňující kvalitu života jsou prostředí a zdraví, jsou vzájemně spjaté a neoddělitelné. To, co ovlivňuje zdraví, nazýváme determinanty a podílí se na kvalitě života takto:

- podíl genetiky na zdravotním stavu 10 - 15 %,
- podíl kvality a dostupnosti zdravotní péče 10 - 15 %,
- podíl faktorů prostředí 20 %,
- podíl způsobu života 50 %. (Payne, 2005)

K využití znalostí o kvalitě života je třeba znát determinanty a jejich dopad na život každého z nás.

1.3.4 Měření kvality života

Měření a následné hodnocení kvality života v praxi vystupuje do popředí u pacientů s chronickými anebo nevyhláditelnými chorobami. Kvalitu života je třeba vyjadřovat v širším úhlu pohledu, jak při jeho zlepšení, tak i jeho zhoršení. Existuje mnoho nástrojů, kterými lze hodnotit kvalitu života.

Zahrnuje:

- APACHE II. – vystihuje celkový stav pacienta akutního a chronicky změněného zdravotního stavu, kdy celkové skóre je v rozmezí od 0 do 71, čím je číslo vyšší, tím je větší pravděpodobnost úmrtí pacienta,
- Karnofsky index – názor na celkový stav pacienta k danému datu,
- VAS (visual analougus scale) – viditelné stupňování celkového stavu pacienta, rozmezí je od 0 do 10,
- symbolické vyjádření kvality života pomocí křížků, čím více křížků, tím horší kvalita života, rozmezí od 0 do 4,
- slovní vyjádření kvality života (QL Index) – jde o zavedení slovně formulovaných kritérií, která jsou předem stanovena, například sebeobsluha, bolest, celkový emocionální stav,
- Spitzerův systém vyjádření kvality života (QoL) – patří k nejčastěji používaným metodám zaznamenávání kvality života na celosvětové úrovni,
- standardizované dotazníky (SF 36, WHOQoL, SEIQL). (Payne, 2005)

1.4 Anatomie hlezenního kloubu

Articulatio talocruralis je jednoosý, kladkovitý kloub složený z hlavice a jamky. Jamku tvoří distální konec tibie a fibuly, hlavici tvoří talus. Tibie vytváří vnitřní kotník, fibula vybíhá ve vnější kotník, talus vytváří střední kotník. Spojením těchto tří kostí vzniká articulatio talocruralis. Kloubní pouzdro je slabé, a proto je kotník zpevněn několika postranními vazy. Vnitřní postranní vaz se nazývá ligamentum collaterale mediale, vnější se nazývá ligamentum collaterale laterale. Toto spojení se nazývá syndesmóza. Pohyby kloubu jsou pouze flexe a extenze, tvarově kloub vypadá jako kladka, což neumožňuje pohyby do stran. (Kachlík, 2013)

1.5 Úrazy hlezenního kloubu

Jsou jedny z nečastějších úrazů na dolní končetině a svojí frekvencí a širokým spektrem představují významnou kapitolu traumatologie pohybového aparátu. „Podle výskytu jim patří 3. místo za zlomeninami distálního radia a proximálního femuru.“ (Marvan, Bělehrádková, Džupa et al., 2012, s. 270)

Výskyt se zvyšuje a souvisí s nárůstem vysokoenergetických, ale i nízkoenergetických úrazů, který se úměrně zvyšuje s životní aktivitou ve všech kategoriích věku. Zlomeniny hlezna jsou závažná poranění a postižení kostních i ligamentózních struktur s použitím různých typů osteosyntéz a možností vzniku poúrazových komplikací a trvalých následků. (Marvan, Bělehrádková, Džupa et al., 2012).

Mezi nejčastější úrazy hlezna patří fraktury, subluxace a luxace, případně kombinace. Fraktury znamenají narušení celistvosti kosti a dělíme je na otevřené, kdy je porušen kožní kryt nad zlomeninou a zavřené. Hlavním projevem je bolest v místě poškození, porucha funkce, patologické postavení a otok. Diagnóza probíhá na základě RTG snímku a hodnocením příznaků. Léčba spočívá ve znehybnění, případně navrácení do fyziologického postavení. Dělíme ji na konzervativní a operační. Konzervativní léčbou je myšleno znehybnění sádrovým obvazem či ortézou, fyzikální léčbou, prevence TEN a klidovým režimem. Operační léčba je komplikovanější a přináší sebou řadu omezení. (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006)

Obtížným hodnocením v oblasti hlezna se stávají děti, kde se nachází růstové jádro a proto je důležité pro stanovení diagnózy klinický nález, snímek hlezna, kde bývá negativní nález a také srovnávací snímek se zdravou končetinou. Oproti dospělé kosti je dětská rostoucí kost pružnější, odolnější a má silný periost, proto se dislokované zlomeniny objevují v menší míře. Děti snášejí zlomeniny velice dobře, a pokud se při srovnávacím snímku zjistí nedislokovaná zlomenina, je vždy snaha o konzervativní postup, pouze v případě výrazné dislokace je indikována léčba operační. (Beran, 2012)

1.5.1 Poranění vazů

Je to častý úraz, ke kterému dochází nejen v běžném denním životě, ale zvláště u sportovců. Existují tři stupně poranění a to distenze, parciální ruptura a totální ruptura. Je důležité rozlišit, způsobil-li úraz nestabilitu kloubu nebo ne. Klinicky se projeví rychlostí rozvoje krevního výronu, nemožností aktivního pohybu a zátěže. Palpačně se posuzuje stav vazů. RTG vyšetření se provádí pro vyloučení případné zlomeniny. Terapeutickou volbou je konzervativní postup. U lehčích forem je vhodné odlehčení, elevace, led, ortéza či elastická bandáž. U těžších forem, kde nebyla prokázána nestabilita, přiložíme v prvních dnech sádrovou dlahu, poté cirkulární fixaci či ortézu. U pacientů s prokázanou nestabilitou a rupturou vazů je třeba naložit sádrovou fixaci na 3 - 4 týdny. Prognóza je příznivá při dodržování léčebných postupů, pokud nejsou správná či jsou

nedostatečná, vedou ke chronické nestabilitě hlezna, kdy krajním řešením může být až plastika vazů. (Dungl, 2005)

Jak uvádí Kotrányiová (2007), mají postranní vazy nezastupitelnou funkci ve stabilizaci kloubů nohy a hlezna. Mají charakteristickou morfologii a strukturu a ta svým specifickým způsobem reaguje na zátěž v případě poranění. Vazy jsou složeny z kolagenních vláken, která jsou velmi ohebná a pevná na tah, avšak mají menší pružnost. Při poruše vazů jsou vlákna schopna regenerovat velmi pomalu. Snižování pevnosti dochází především v přirozeném procesu stárnutí. Proto čím je pacient starší, tím se hojení prodlužuje. Distorze či distenze je úrazový děj, při kterém dojde na krátkou dobu k oddálení kloubních ploch, přičemž při navrácení zpět mohou způsobit poranění kloubního pouzdra, vazů a drobných cév. Dělí se na lehké, střední a těžké distorze.

1.5.2 Zlomeniny a luxace

Vznikají nepřímým nárazem na končetinu, často jsou i otevřené díky slabému kožnímu krytu. Časná repozice je v takových případech nutná co nejdříve. Je třeba provést klasifikaci zlomeniny a to dle Webera. Weber A je zlomenina fibuly a současně mediálního kotníku se označuje jako bimaleolární, Weber B je zlomenina v úrovni kloubní štěrbin (šikmý lom) a je poškozena syndesmóza, mediální kotník vždy poraněn, Weber C znamená zlomení fibuly, mediálního kotníku a roztržení syndesmózy, může být poraněna zadní hrana tibie, tuto zlomeninu označujeme jako trimaleolární. Typy B a C, kde je rozestoupena vidlice se posuzuje jako luxační zlomenina. Konzervativní terapii je možno užit pouze v případě, není-li dislokace nebo je minimální a to naložením sádrové dlahy na první týden a poté cirkulární sádra na dalších 5 týdnů. Po sejmutí možno ještě pokračovat s ortézou a nezbytná je i rehabilitace. Operační terapie je indikována u všech dislokovaných zlomenin s použitím šroubů a K drátů. Délka léčení závisí na typu poranění. U typu B je to 6 - 8 týdnů (z toho 3 - 4 týdny sádrový obvaz), u typu C je to 8 - 10 týdnů (sádrový obvaz 3 - 4 týdny), Po odstranění sádrového obvazu následuje mobilizace hlezna s postupnou zátěží. Prognóza závisí na léčebném dodržování všech postupů, při nedodržení hrozí pórúrazová artróza s nestabilitou hlezna. (Pokorný, 2002)

Zlomeniny talu, co se týká frekvence, jsou na druhém místě všech zlomenin tarzu. Talus spojuje tibií s fibulou proximálně a s patní a člunkovou kostí distálně. Tento kloub je zodpovědný za 90 % všech pohybů odehrávající se v hlezenním kloubu a noze. Důležitost talu je v krevním zásobení, které je slabé, protože poměrná část kosti je kryta chrupavkou

a tím vzniká riziko vzniku aseptické nekrózy a poúrazové artrózy, kdy jsou indikace k totální náhradě kloubu. Zlomeniny talu jsou označovány jako nitrokloubní. Rozlišujeme 4 typy těchto zlomenin a léčba spočívá právě podle typu. U typu I a II je možno využít konzervativní terapie sádrové fixace s případnou zavřenou repozicí. U III. a IV. typu je třeba operační terapie s použitím AO metody. (Žvák, 2006)

Maleolární zlomeniny jsou v praxi časté, ale ne všechny zlomeniny jsou ošetřeny adekvátně. Proto byla vydána následující doporučení. Někdy lze k diagnostice doporučit a provést UZ, CT či MRI, Weberova analýza je dostatečná a vyhovující, intraartikulární zlomeniny vyžadují přesnou repozici metodou absolutní stability, zvláštní pozornost je třeba u syndesmózy a přesné stabilizaci, vždy osteosyntéza větších kostních fragmentů, osteoporotické zlomeniny by měly mít zvlášť opatrný postup, individuální postup při kombinaci maleolární zlomeniny s distální tibií, pooperační postup nevyžaduje dlouhou imobilizaci sádrou a včasnou rehabilitaci. (Wensche, Dráč, 2012)

Syndesmóza je stále diskutovanou oblastí v oblasti chirurgie hlezenního kloubu. Pokud při úrazu hlezna dojde i k poruše syndesmózy, jde většinou o klasifikaci dle Webera B nebo C a je třeba použít metod AO. Použitím suprasyndesmálního šroubu se stává zlomenina stabilní a již nejsou potřeba metody dřívější jako Mlčochova klička, která vedla k závažným komplikacím. Po zavedení šroubu se doporučuje provést CT kontrolní vyšetření. (Bartoníček, 2012)

Vývoj AO (otevřená repozice zlomeniny a fixace pomocí dlah a šroubů) se nezastavil a stále se objevují nové studie. Významnou roli hraje diagnostika pomocí CT a MRI, někdy i artroskopie. Ukázalo se, že je třeba přehodnotit spousty tvrzení a pravd. Hlavním úkolem je zrevidovat stávající Weberovu klasifikaci a změnit některé terapeutické postupy. Stále se ukazují alarmující chyby způsobené při diagnostice a léčbě. Přitom mají tyto chyby trvalé následky. (Bartoníček, Chochola, Vaněček, 2012)

1.6 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče u pacientů, kteří jsou propuštěni do domácího ošetřování, se podstatně liší od péče nemocniční. Ihned po ošetření odcházejí domů pacienti, kteří mají poranění kotníku taková, která se dají stabilizovat pouze sádrovým obvazem, ortézou či elastickým obvazem. Poranění většinou nejsou indikována k operační léčbě a tím i hospitalizaci. Pacienti jsou domů vybaveni cennými informacemi, radami a poučeními, které by měli dodržovat. A tím jsou: klid na lůžku se zvýšenou končetinou, ledové

obklady, případně analgetika a prevence TEN (aplikace injekcí nízkomolekulárního heparinu). Samozřejmě by neměly chybět ani podpůrné pomůcky, jako jsou podpažní či francouzské hole. U pacientů se zlomeninami hlezna, u kterých je třeba operačního řešení, se v prvních dnech výrazně omezí mobilita, hlavně z toho důvodu, že mají na dolní končetině mimo sádrového obvazu i operační ránu. U těchto pacientů je důležitou součástí ošetrovatelské péče také prevence tromboembolické nemoci, prevence nosokomiálních infekcí správnou technikou převazování a péče o ránu, prevence vzniku dekubitů, pneumonie a zácpy. Nezbytná je kontrola prokrvení, citlivosti, hybnosti operované končetiny. Pokud nejsou tyto oblasti dostatečně zabezpečeny, hrozí riziko vzniku imobilizačního syndromu. Je tedy nutno provádět rehabilitaci k prevenci imobilizačního syndromu, ta představuje rehabilitaci na lůžku včetně dechového cvičení, zvyšování úrovně soběstačnosti k běžným denním činnostem a motivace pacienta. (Novotná, Uhrová, 2007)

1.6.1 Imobilizační syndrom

Je to soubor poškození, která vznikají následkem imobility člověka. Patologické změny se mohou vyskytnout již po 7. - 10. dnech. Imobilizační syndrom má velký vliv nejen na orgánová poškození, ale i na psychiku pacienta. V oblasti pohybového aparátu je třeba věnovat pozornosti svalové atrofii, ankylóz, kontraktur, u dlouhodobě upoutaných pacientů na lůžko hrozí osteoporóza z inaktivity. V oblasti kardiovaskulárního systému je pacient ohrožen ortostatickou hypotenzí, nedostatečností žilních chlopní na dolních končetinách a rizikem tromboembolické nemoci. Plíce jsou vystaveny riziku vzniku pneumonie a atelektázy. Imobilita způsobuje metabolickou dysbalanci, je vytvářeno více dusíkatých látek, pacienti trpí nechutenstvím, které může přejít až do anorexie, jsou ohroženi malnutricí a hypoproteinemií. Zpomaluje se peristaltika a může způsobit zácpu nebo paradoxní průjem, vyprazdňování je vleže, což může působit velké psychické problémy. V močovém systému se snižuje tvorba moči, díky gravitaci se moč hromadí v ledvinách a močovém měchýři, mohou vznikat ledvinové kameny. Je zde velký předpoklad pro retenci moči, infekci močových cest i inkontinenci. V nervovém systému jsou sníženy podněty z okolí, je zde změna smyslového vnímání i vlastního těla. Chybí dostatek podnětů, pacienti mohou být neklidní, podráždění, zmatení i ospalí. V psychosociální oblasti má pacient sníženou motivaci, sníženou schopnost koncentrace

a rozhodování, vyskytuje se pocit beznaděje a bezmoci, zhoršený spánek. (Kelnarová, 2009)

1.6.2 Léčba bolesti

Léčba bolesti v oblasti poranění kotníku je nezastupitelná. Typická je bolest akutní, která když není včas a řádně léčena, vede k dalšímu poškozování organismu. Vznikem bolesti jsou totiž spouštěny neurogenní, imunitní a zánětlivé reakce, které patří k silným stresorům a ty mohou způsobit různé obranné mechanismy. Mezi takové mechanismy patří např. tachykardie, hyperglykémie, vazokonstrikce cév, zvýšená krevní srážlivost a tím sklon k trombemboliím, omezení motility střev, pocení či mydriáza a mnoho dalších příznaků. Vedle fyzických změn se mohou objevit i změny v psychické oblasti a mohou vést ke zhoršení celkového stavu pacienta. Cílem léčby bolesti je tedy třeba snížení stresových faktorů včasnou a dostatečnou analgézií. U operovaných pacientů je léčba důležitá k prevenci pooperačních komplikací. Operační léčba zlepšuje mobilizaci a vede ke zkrácení hospitalizace. Ke zvládnutí psychických změn je třeba pacientovi vše dostatečně vysvětlit, provést psychologickou přípravu před operací a tím redukovat možné komplikace. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014)

1.7 Fyzioterapie

1.7.1 Léčebná rehabilitace

Patří v dnešní době k nejvíce rozvíjejícím se oborům medicíny. Rozvíjí se však nesystematicky, protože stále ještě nejsou známy dostatečné zákonitosti fungování pohybového aparátu. Je to nejstarší medicínský obor, kdy obnova funkce měla rozhodující roli. U zrodu rehabilitace nestáli velcí vědci, ale často nadané sestry, lékaři a fyzioterapeuti pomáhající k obnově pohybového aparátu. Je to celistvý pohled na člověka prostřednictvím propojení funkce všech systémů se systémem pohybovým. (Dungl, 2005)

Rehabilitace je velmi důležitá pro navrácení se do stávajícího stavu. Pokud je poranění kotníku léčeno sádrou fixací, je třeba po sejmutí této fixace řešit problémy v několika oblastech. Patří mezi ně ztuhnutí hlezna, kdy jsou pohyby výrazně omezeny, dále zkrácení Achillovy šlachy, nebyla-li fixace naložena na končetinu v 90 - ti stupňovém postavení proti bérce a ochabnutí svalů v oblasti bérce, kdy je omezena koordinace pohybů. Cílem

rehabilitace je obnova funkce tím, že odstraníme bolest a otok, dále rozcvičování hlezna a následně úprava pohybové koordinace. Udržení svalové hmoty probíhá již ve fixaci, kdy je noha tlačena do sádry po dobu 10 sekund a tím se protahují bérce svaly a přitahování špičky směrem k sobě. Po sejmutí fixace se rozcvičuje hlezno stejným způsobem jako v sádře, jen již není odpor, pacient by měl cítit tah, ale ne bolest. To samé provádět s přitahováním k sobě na rozhraní tahu a bolesti. Postupně je dobré snažit se v těchto polohách vydržet několik sekund. Je třeba také protahovat Achillovu šlachu, nejdříve pasivně tahem pevné látky, která je zachycena za špičku nohy a přitahujeme opět do bolesti, aktivní protahování je možno trénovat na půlkruhové výseči a držet balanc a dále také skok přes švihadlo, tady je třeba dbát na rozsah bolesti a případného otoku, tento cvik je vhodný po konzultaci s lékařem, který dovolí plné zatěžování končetiny. Rehabilitace probíhá dle stavu, možností a mobility pacienta. (Pilný, 2007)

1.7.2 Taping- prevence úrazů

Tato metoda již několik let vstupuje převážně do sportovního odvětví a stala se součástí prevence, rehabilitace a tréninkové terapie. Nabízí nový terapeutický nástroj fyzioterapeutům. Základní funkcí Tapingu je zlepšení svalové funkce, odstranění cirkulačních potíží, redukce bolesti a podpora funkce kloubů. (Kumbrink, 2014)

Podle Kumbringa (2014) se v oblasti hlezna používají tejpky na přetížené a natažené vazy, kdy stabilizuje plantární a dorsální flexi. A již několik let vstupuje metoda Tapingu do výkonnostního sportu. Mezi základní funkce a efekty patří:

- zlepšení svalové funkce způsobené při svalových poraněních, při hypertonu, hypotonu, a při poruchách svalové aktivity,
- odstranění cirkulačních obtíží- aplikace Tapingu pomůže nadzdvihnout pokožku a tím zvětšit prostor pro zlepšení cirkulace lymfy, např. při otocích,
- redukce bolesti- nociceptory v kůži, ve svalech a kloubech mohou být právě metodou Tapingu ovlivňovány,
- podpora funkce kloubů- jsou korigovány nerovnováhy ve svalech a Tapingem se upravuje rovnováha a stimulací je dosaženo lepšího pocitu při pohybu.

Jiná literatura uvádí, že používání metody Tapingu slouží nejen jako prevence, ale také k fixaci již podvrtnutých či natažených vazů a též k fixaci po těžších distorzích, po sejmutí fixace a doléčení těchto poranění. Naložení tejpů v oblasti hlezna preventivně je

nejvhodnější pro běh, chrání před distorzí, neomezuje, ale brání krajním polohám, při kterých mohou vznikat poškození zadní části dolního konce holenní kosti vznikem osteofytů. Při fixaci tejpem již podvrtnuté končetiny se způsobí již znatelné omezení v pohybu a tejpky jsou pevnější než u preventivních fixací. Jako způsob doléčování po těžkých distorzích se použije metoda tejpování oboustranná, která je pevná tak, že pohyby jsou omezeny na minimum. (Pilný, 2007)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy

2.1.1 Cíl výzkumu

Cílem práce je zjistit kvalitu života u pacientů po operacích kotníku.

2.1.2 Výzkumné hypotézy

Hypotéza 1 : Domnívám se, že více jak 80 % pacientů po operaci kotníku je výrazně omezeno.

Hypotéza 2 : Předpokládám, že u pacientů po operacích kotníku, se objevilo více problémů v běžných denních činnostech než ve společenské oblasti.

Hypotéza 3 : Domnívám se, že u více jak 50 % pacientů se zlomeninou kotníku bolest ovlivňuje jejich pracovní zatížení.

2.2 Metodika výzkumu

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů po operacích kotníku, a jakým způsobem ovlivňuje jejich život po všech stranách.

Zvolila jsem kvantitativní metodu formou dotazníkového šetření, zaměřená na kvalitu života související se zdravím. Jde o standardizovaný dotazník SF-36, který se obecně váže ke všem zdravotním problémům fyzického charakteru a k celkovému psychickému zdraví. (Příloha A)

Cíl je postaven na třech hypotézách a každá z hypotéz je ověřena odpověďmi z dotazníku. Obsahovaly 36 otázek týkajících se zdraví a 2 otázky pro identifikační údaje jako je pohlaví a věk. Otázky byly zaměřeny na 8 domén kvality života a to na: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví.

Dotazník SF-36 byl vytvořen s cílem poskytnutí hodnocení na základě všeobecných konceptů souvisejícím se zdravím. V praxi jde o nejpoužívanější generickou metodu. Jeho výhoda spočívá v jednotné normě, standardizaci, která se může porovnávat s jiným vzorky po celém světě. (Gurková, 2011)

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazníky byly distribuovány pacientům po operacích kotníku v Nemocnici Havlíčkův Brod p. o. v období od března do prosince 2015. Celkový počet distribuovaných dotazníků byl v počtu 120 kusů. Ke zpracování bylo navraceno 100 dotazníků, což činilo 83 %.

Časové parametry výzkumu:

- stanovení výzkumného problému leden 2015,
- výběr a příprava výzkumných metod únor 2015,
- sběr a zpracování výzkumných dat březen až prosinec 2015,
- zpracování práce leden až březen 2016.

2.4 Průběh výzkumu

V první řadě jsem získala souhlas náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice Havlíčkův Brod p. o. s provedením výzkumného šetření. (Příloha B)

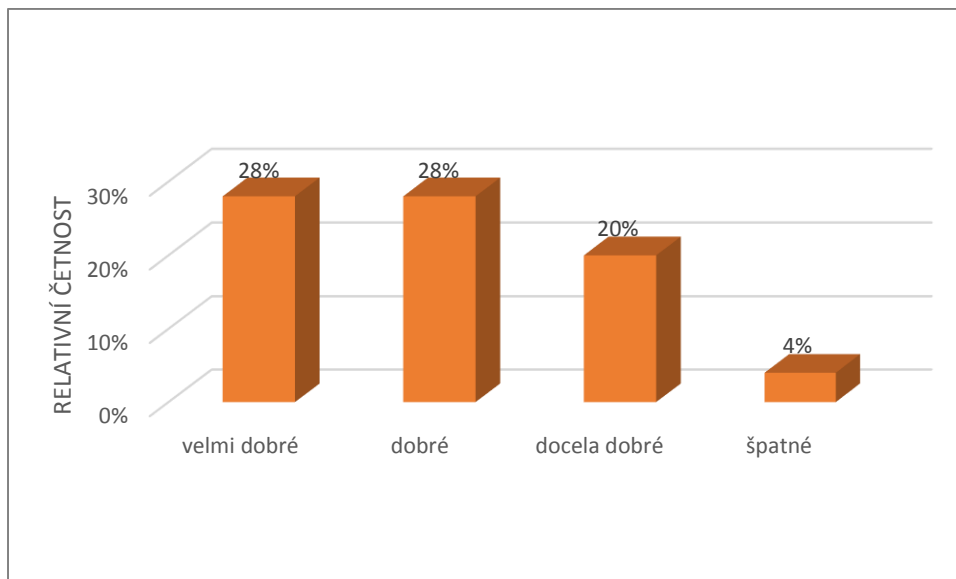
Výzkum probíhal na ortopedicko- traumatologickém oddělení včetně přílehlých ambulancí. Dotazníky jsem předala staničním sestřám daných oddělení a ty dále dotazníky distribuovaly pacientům.

2.5 Zpracování získaných dat

Výzkumná data jsou pro přehlednost uspořádána do grafů s krátkými popisy. Při matematickém zpracování jsem použila základní matematické metody. Pracovala jsem v programu Microsoft Office 365 ProPlus. Grafy jsou zpracovány v %, což je relativní četnost a ta se v mém případě rovná absolutní četnosti.

2.6 Výsledky výzkumu

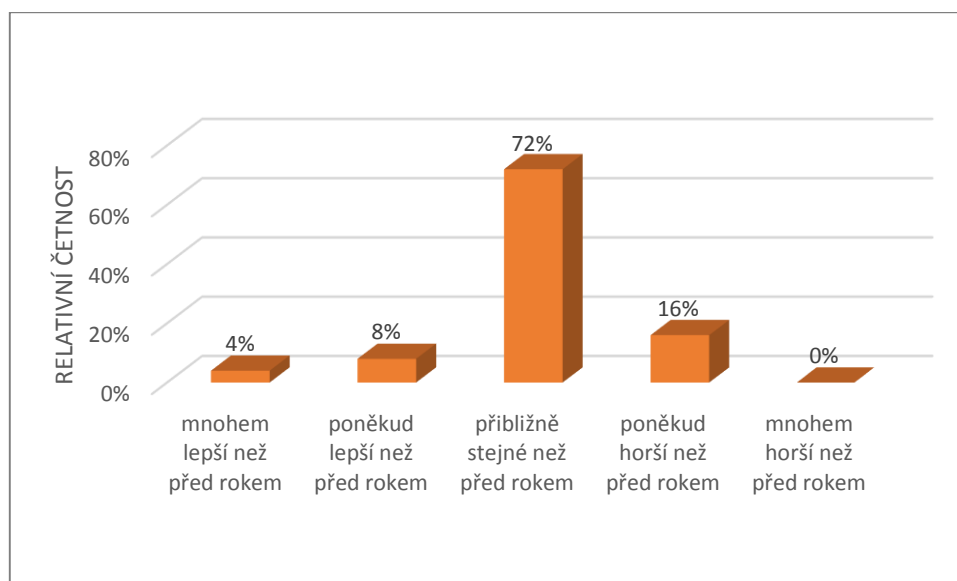
Otázka č. 1 Řekl/a byste, že vaše zdraví je celkově?



Graf č. 1 Celkové zdraví

20 respondentů (20 %) odpovědělo, že celkové zdraví bylo výtečné, u 28 respondentů (28 %) bylo zdraví velmi dobré, 28 respondentů (28 %) odpovědělo, že bylo zdraví dobré a docela dobré celkové zdraví bylo u 20 respondentů (20 %). Špatné zdraví bylo u 4 respondentů (4 %)

Otázka č. 2 Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

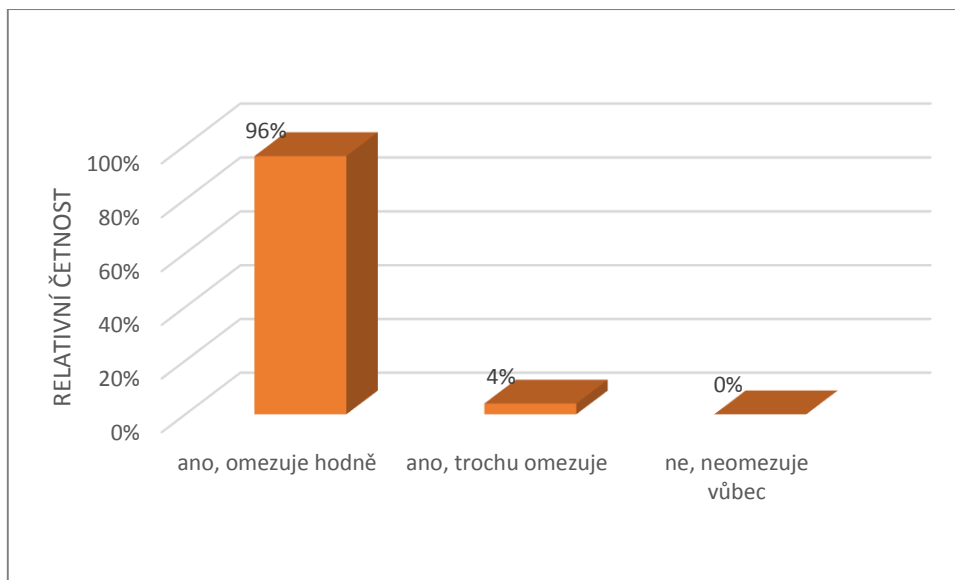


Graf č. 2 Hodnocení zdraví

V otázce hodnocení zdraví odpověděli 4 respondenti (4 %), že zdraví bylo lepší než před rokem, 8 respondentů (8 %) hodnotilo svůj zdravotní stav lepší než před rokem, 72 respondentů (72 %) hodnotilo svůj zdravotní stav jako přibližně stejný, poněkud horší stav než před rokem cítilo 16 respondentů (16 %).

Otázka č. 3 Následující otázky se týkají činností, které někdy dělááte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry.

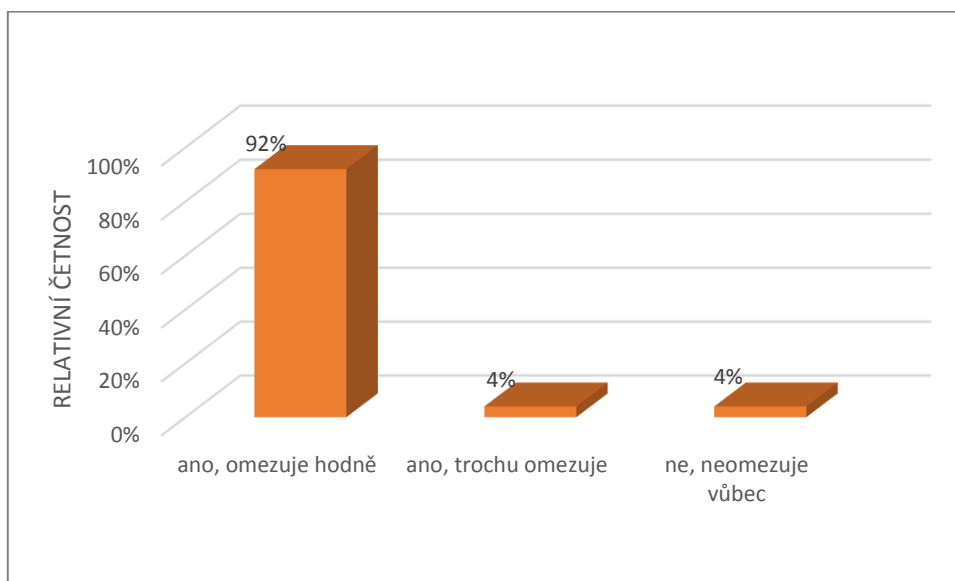
a) usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů



Graf č. 3 Usilovné činnosti

V usilovných činnostech se cítilo být hodně omezeno 96 respondentů (96 %) a trochu omezeno se cítili 4 respondenti (4 %).

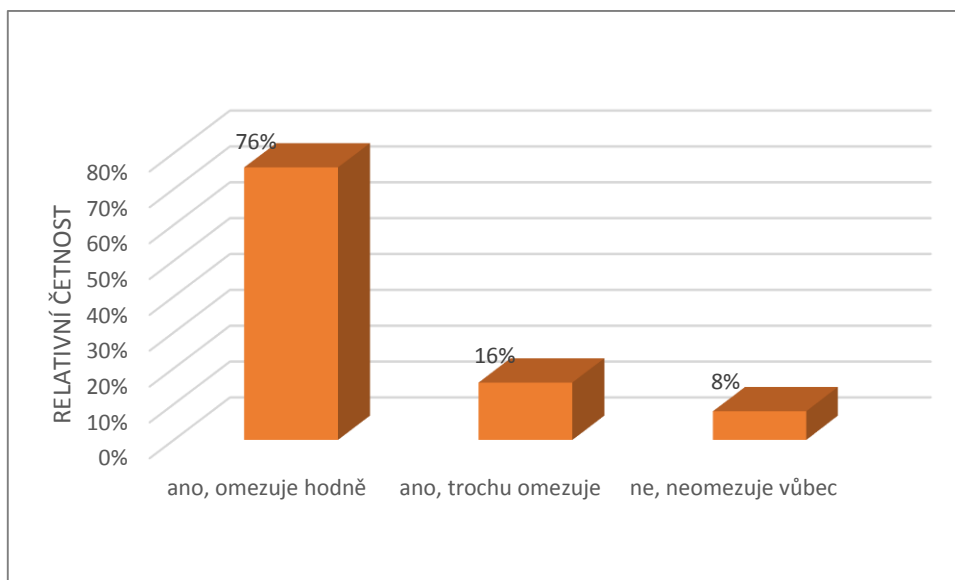
b) středně namáhavé činnosti jako je posunování stolu, luxování, hraní, kuželek, jízda na kole.



Graf č. 4 Středně namáhavé činnosti

V otázce středně namáhavých činností odpovědělo 92 respondentů (92 %) jako hodně omezující a shodně odpověděli 4 respondenti (4 %), že tyto činnosti je omezují trochu nebo vůbec.

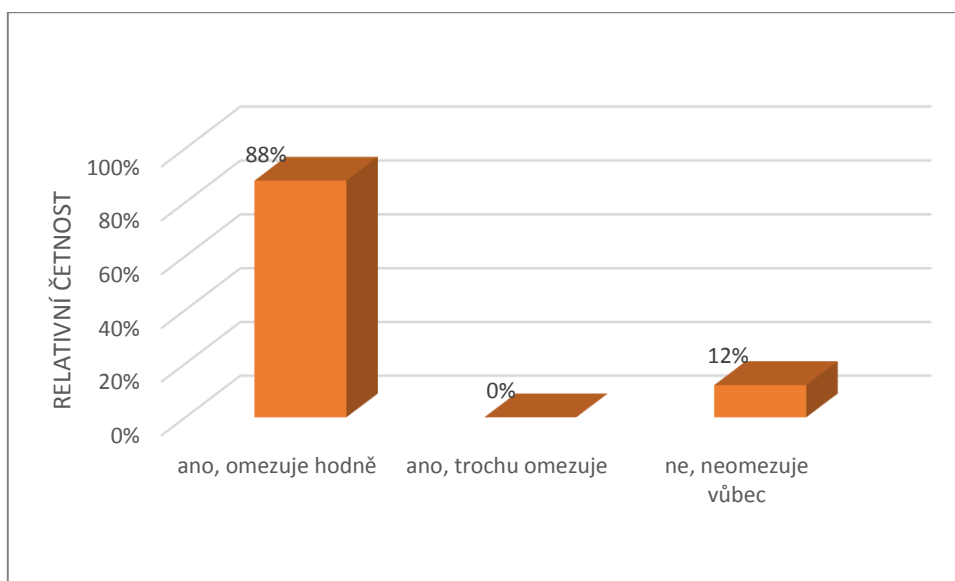
c) zvedání nebo nošení běžného nákupu



Graf č. 5 Zvedání či nošení nákupu

U činností jako je zvedání nebo nošení běžného nákupu odpovědělo 76 respondentů (76 %) jako hodně omezující, 16 respondentů (16 %) tyto činnosti omezují trochu a 8 respondentů (8 %) se necítí být omezeno vůbec.

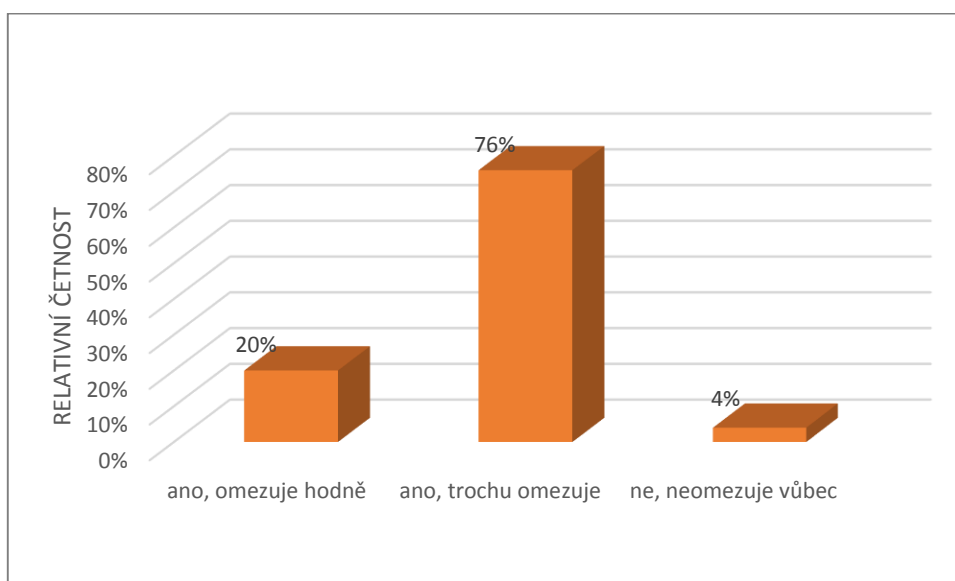
d) vyjít po schodech několik pater



Graf č. 6 Vyjít několik pater

Vyjít po schodech několik pater dělá velké problémy 88 respondentům (88 %) a 12 respondentů (12 %) se necítí být omezeno vůbec.

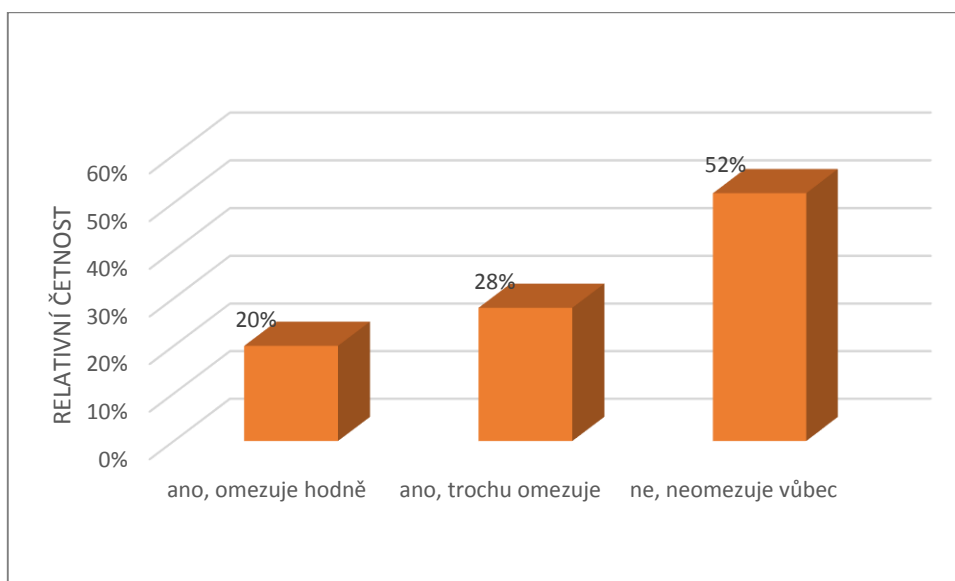
e) vyjít po schodech jedno patro



Graf č. 7 Vyjít jedno patro

Vyjít jedno patro po schodech trochu omezuje 76 respondentů (76 %), hodně omezeno se cítí být 20 respondentů (20 %) a 4 respondenti se necítí být omezeni vůbec.

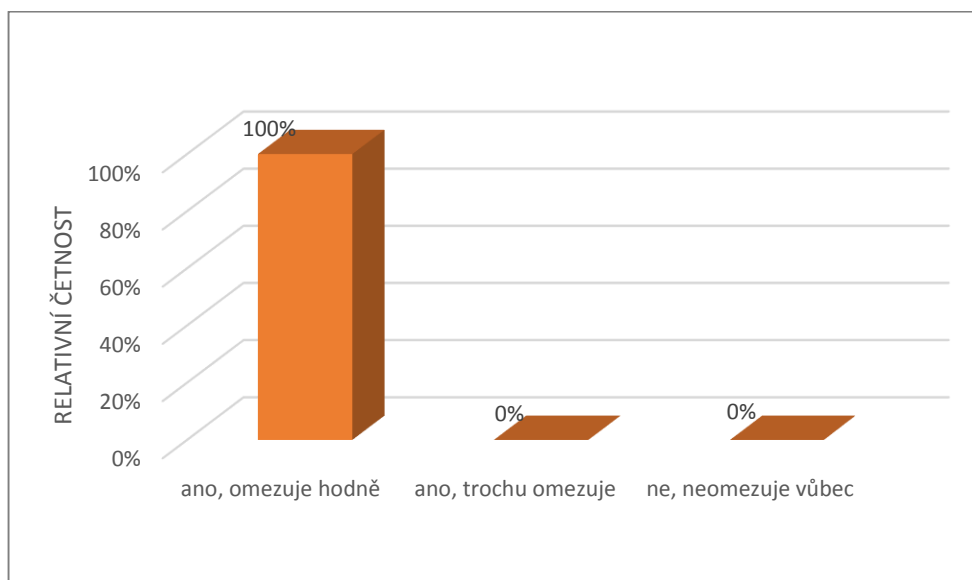
f) předklon, shýbání, poklek



Graf č. 8 Předklon, shýbání, poklek

Činnosti jako je shýbání, předklon a poklek dělá 52 respondentům (52 %) nejmenší potíže, trochu omezeno se cítí být 28 respondentů (28 %) a hodně omezující činnosti dělají problém 20 respondentům (20 %).

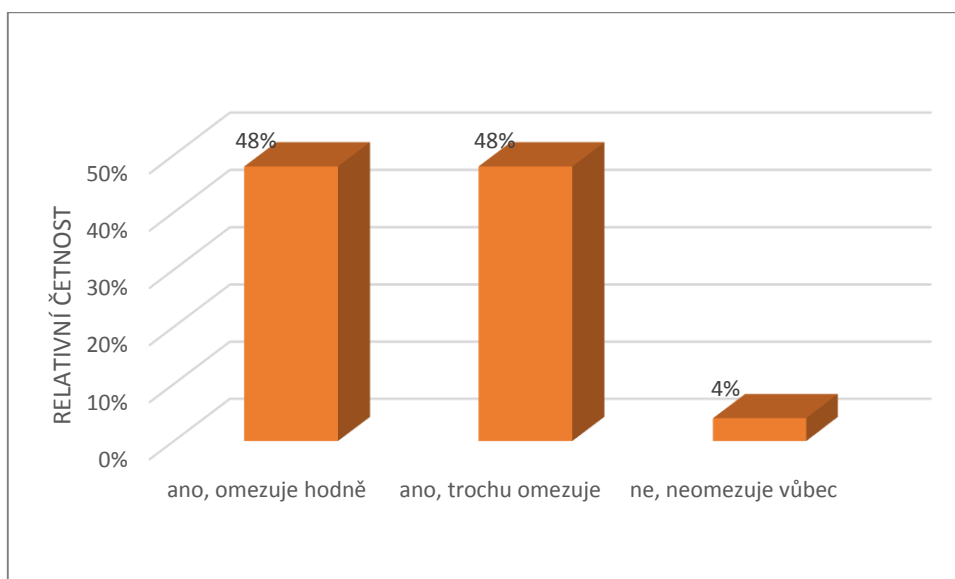
g) chůze asi jeden kilometr



Graf č. 9 Chůze jeden kilometr

Chůze jeden kilometr dělá problém všem dotazovaným 100 respondentům (100 %).

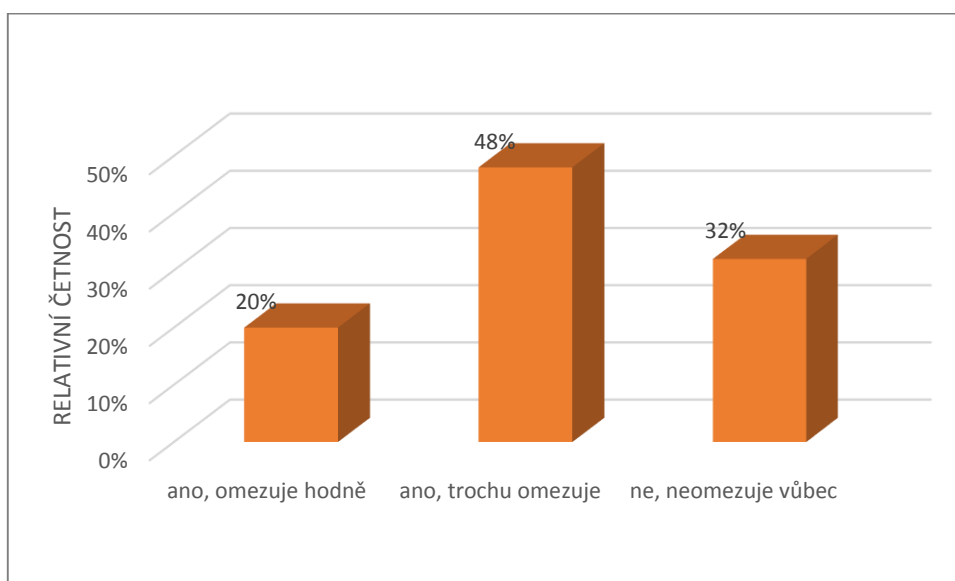
h) chůze po ulici několik set metrů



Graf č. 10 Chůze několik set metrů

Chůze po ulici několik set metrů je omezující hodně i trochu pro 48 respondentů (48 %). Žádné omezení nepocítují 4 respondenti (4 %).

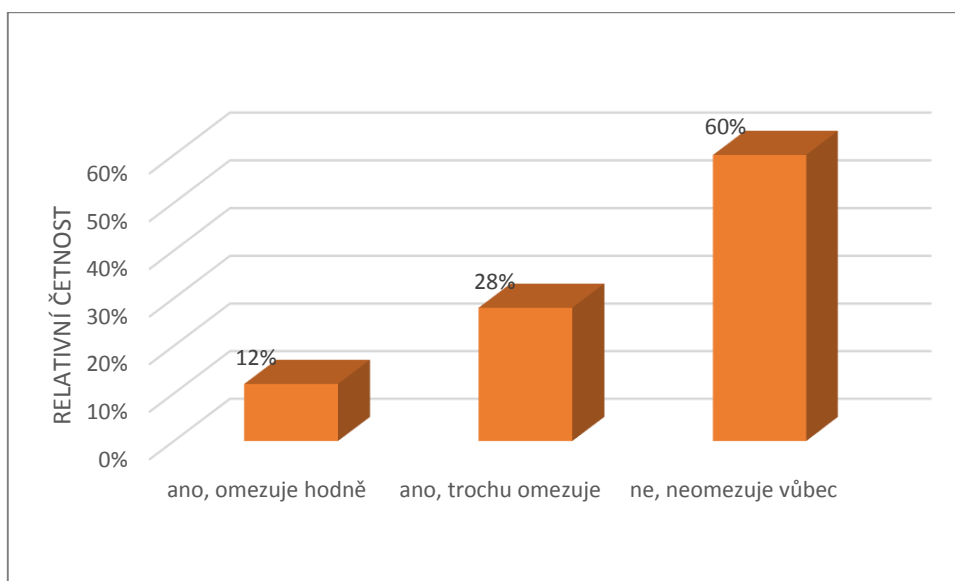
i) chůze po ulici sto metrů



Graf č. 11 Chůze sto metrů

Sto metrů po ulici omezuje hodně 20 respondentů (20 %), trochu omezeno se cítí být 48 respondentů (48 %) a neomezeno se cítí být 32 respondentů (32 %).

j) koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci

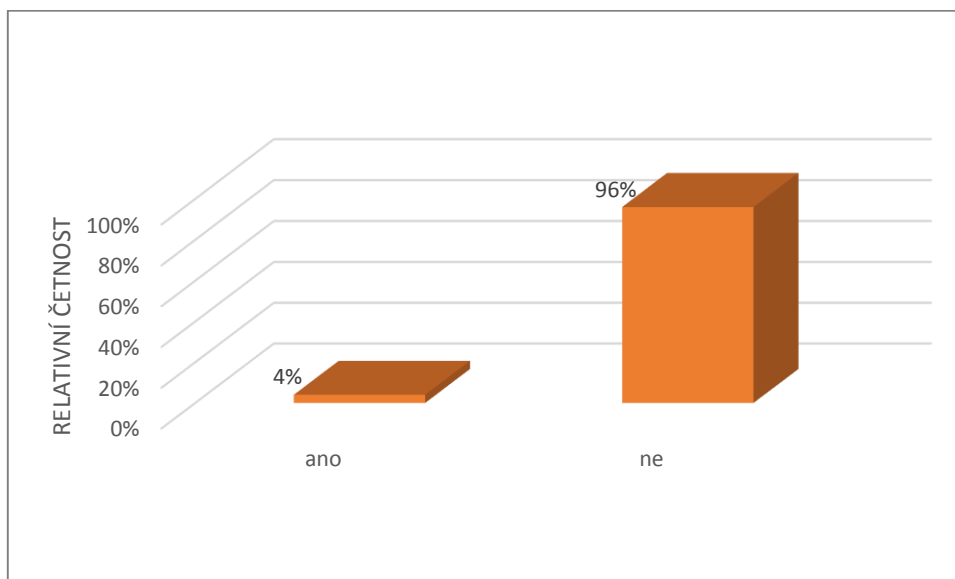


Graf č. 12 Koupání a oblékání

Koupání a oblékání bez cizí pomoci dělá nejmenší problém 60 respondentům (60 %), trochu omezeno je 28 respondentů (28 %), a hodně omezující tyto činnosti jsou pro 12 respondentů (12 %).

Otázka č. 4 Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

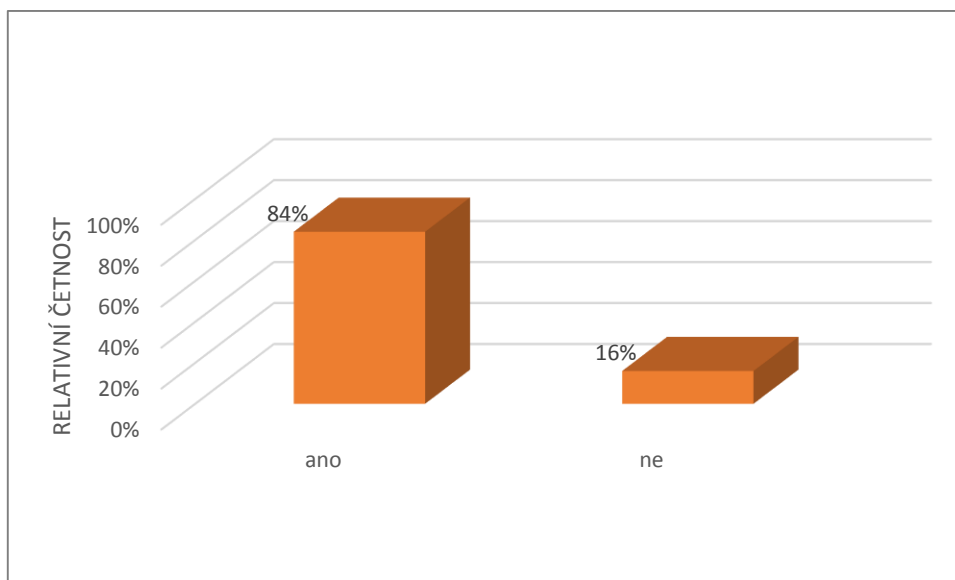
a) Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?



Graf č. 13 Omezení času potřebného pro práci

Práce a běžné denní činnosti u 96 respondentů (96 %) nezkrátily čas kvůli zdravotním potížím a u 4 respondentů (4 %) se tento čas zkrátil.

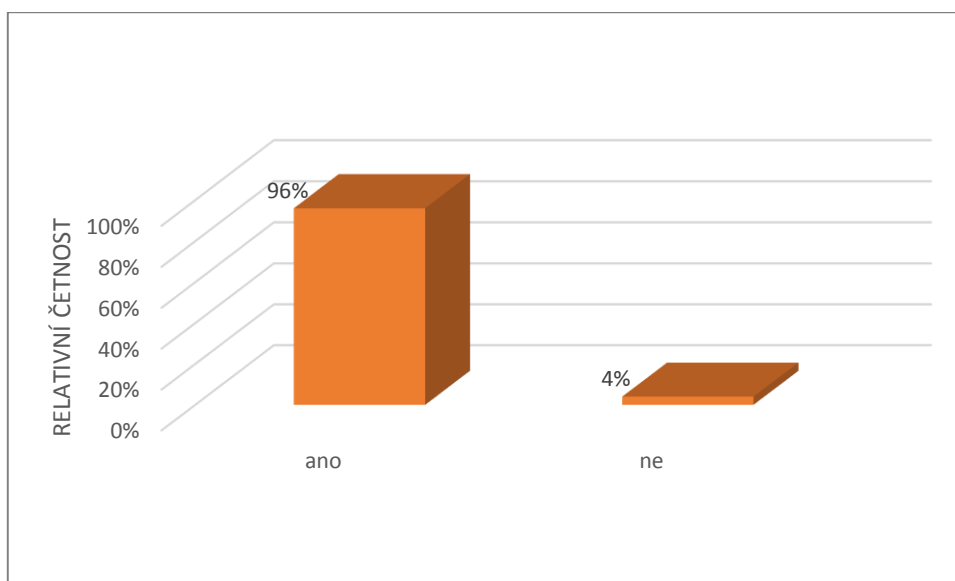
b) Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a?



Graf č. 14 Omezení pracovní výkonnosti

Doba věnovaná práci nebo jiné činnosti kvůli zdravotním potížím neomezila 16 respondentů (16 %) a u 84 respondentů (84 %) jejich pracovní výkonnost klesla.

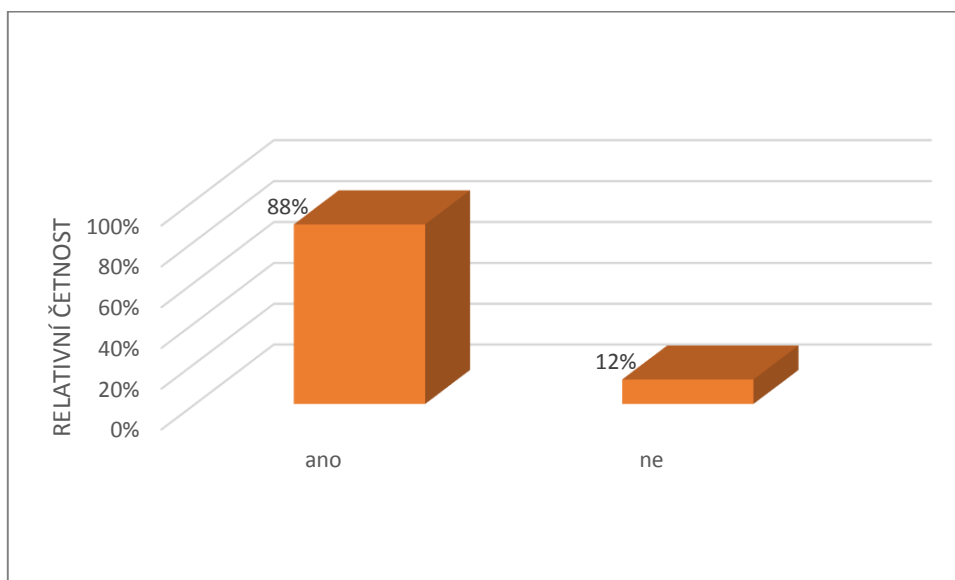
c) Byl/a jste omezen/a v druhu práce nebo jiných činností?



Graf č. 15 Omezení pracovních činností

Omezení v pracovních činnostech cítilo 96 respondentů (96 %) a 4 respondenti se necítili být omezeni vůbec.

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

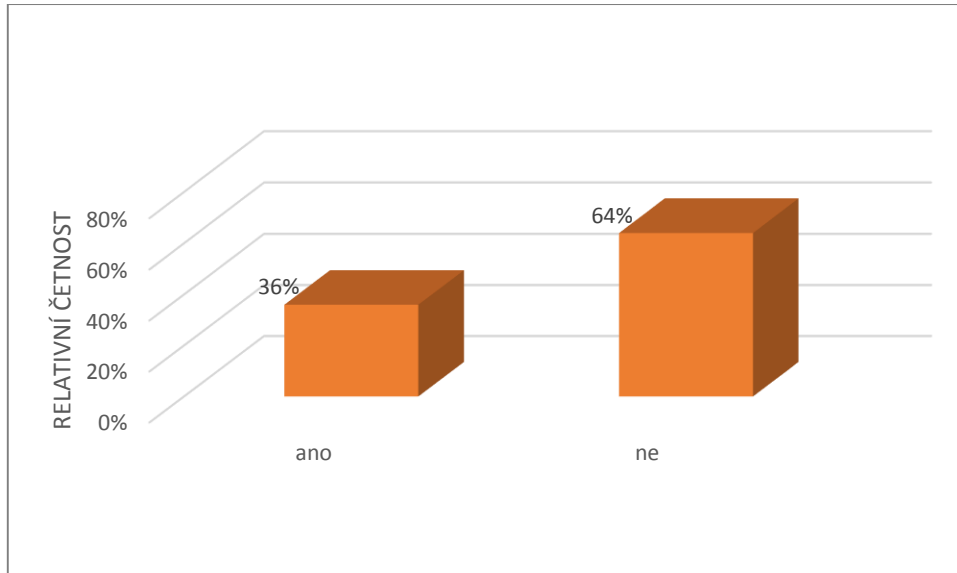


Graf č. 16 Potíže při různých činnostech

Vynaložení zvláštního úsilí dělalo problém 88 respondentům (88 %) a 12 respondentů (12 %) žádné zvláštní úsilí vynaložit nemuselo.

Otázka č. 5 Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese či úzkosti)?

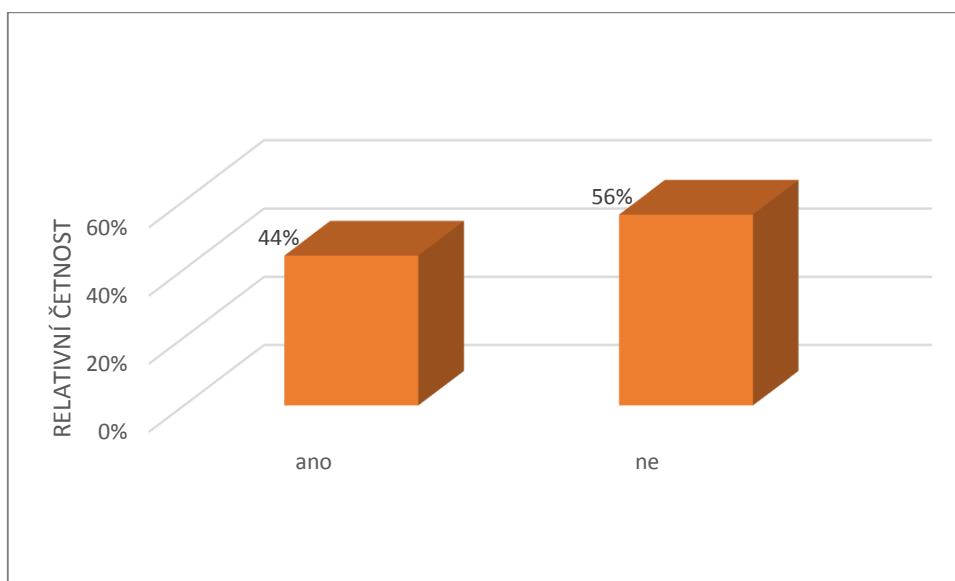
a) Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?



Graf č. 17 Změna času potřebného pro práci

Doba věnovaná práci nebo jiné činnosti se z důvodu emocionálních potíží nezkrátila u 64 respondentů (64 %) a 36 respondentů (36 %) změnu doby zaznamenalo.

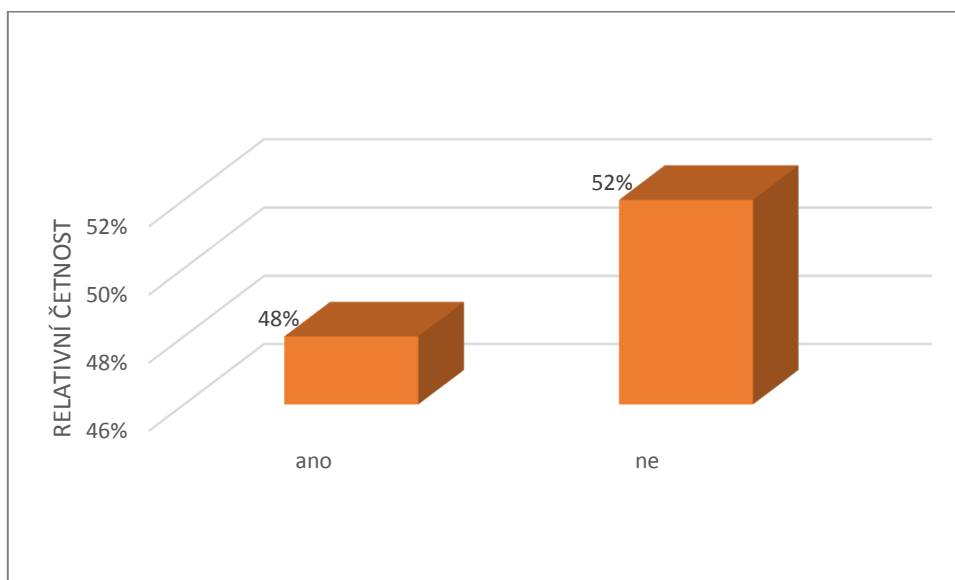
b) Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a?



Graf č. 18 Změna pracovní výkonnosti

Změnu pracovní výkonnosti v souvislosti s emocionálními potížemi nezaznamenalo u 56 respondentů (56 %) žádné problémy a 44 respondentů (44 %) mělo problémy s depresemi či úzkostmi.

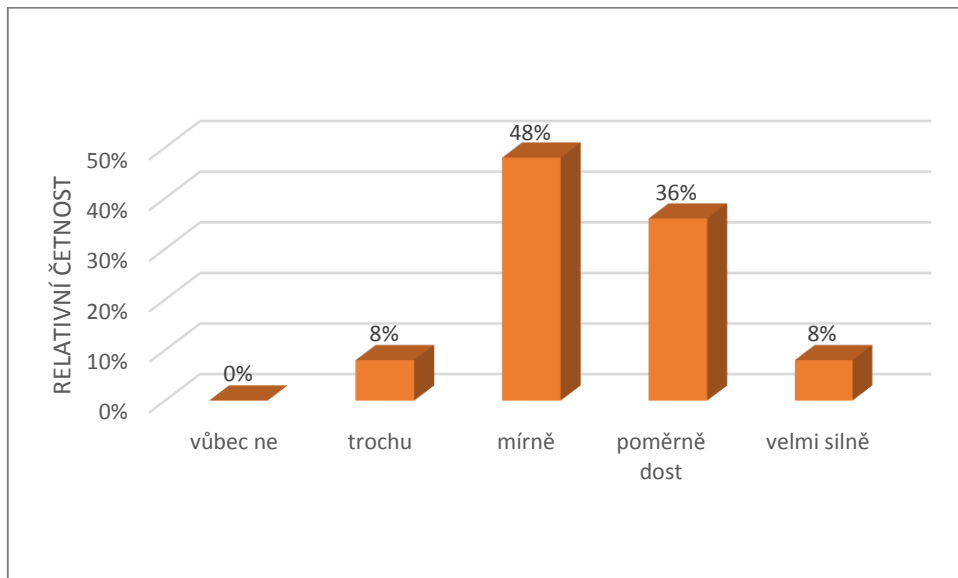
c) Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný/á než obvykle?



Graf č. 19 Snížení pozornosti

Pozornost u 52 respondentů (52 %) nebyla nijak výrazně ovlivněna a 48 respondentů (48 %) mělo menší pozornost při běžných denních činnostech.

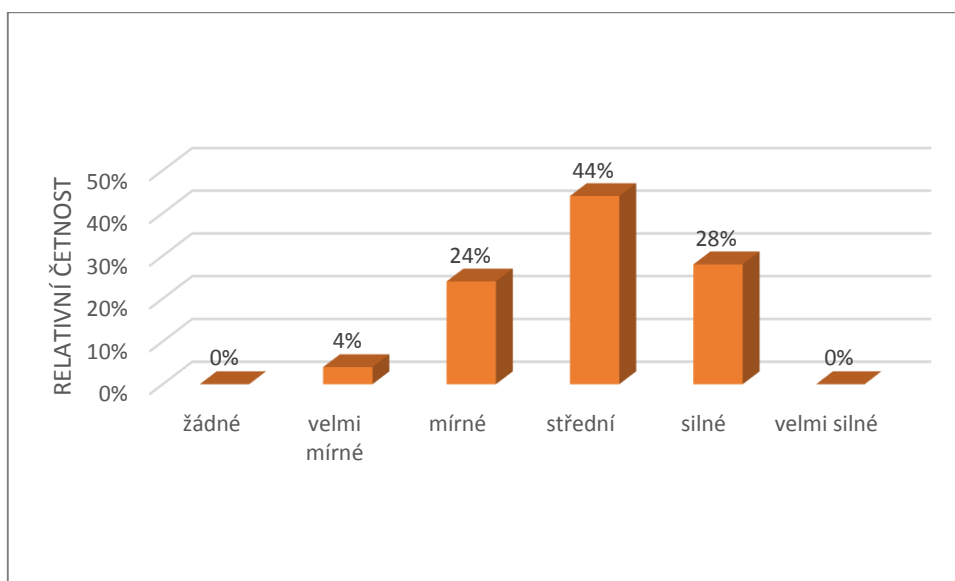
Otázka č. 6 Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?



Graf č. 20 Omezení společenského života

Normální společenský život mírně ovlivnil 48 respondentů (48 %) se souvislostí s emocionálními potížemi, 36 respondentů (36 %) bylo ovlivněno poměrně dost, 8 respondentů (8 %) se cítilo být emocionálně ovlivněno velmi silně a trochu ovlivněno také 8 respondentů (8 %).

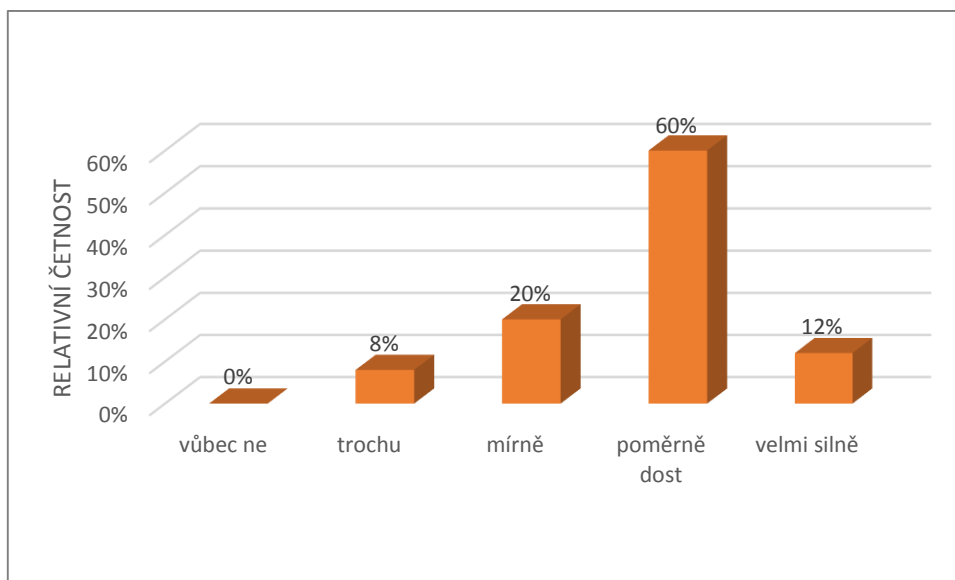
Otázka č. 7 Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?



Graf č. 21 Síla bolesti

V posledních 4 týdnech mělo střední bolest celkem 44 respondentů (44 %), silné bolesti udávalo 28 respondentů (28 %), mírnými bolestmi trpělo 24 respondentů (24 %) a velmi mírné bolesti měli 4 respondenti (4 %).

Otázka č. 8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?



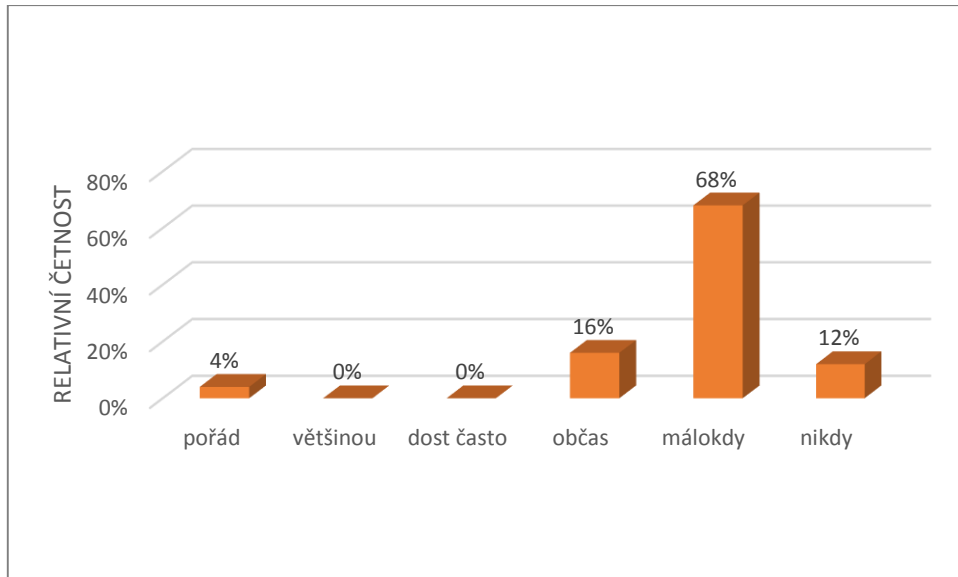
Graf č. 22 Snížení výkonnosti v důsledku bolesti

V posledních 4 týdnech bolesti ovlivnily poměrně dost 60 respondentů (60 %), mírně ovlivnění pocítilo 20 respondentů (20 %), 12 respondentů (12 %) bylo bolestí ovlivněno velmi silně a trochu ovlivněno bylo 8 respondentů (8 %).

Otázka č. 9 Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

Jak často v posledních 4 týdnech...

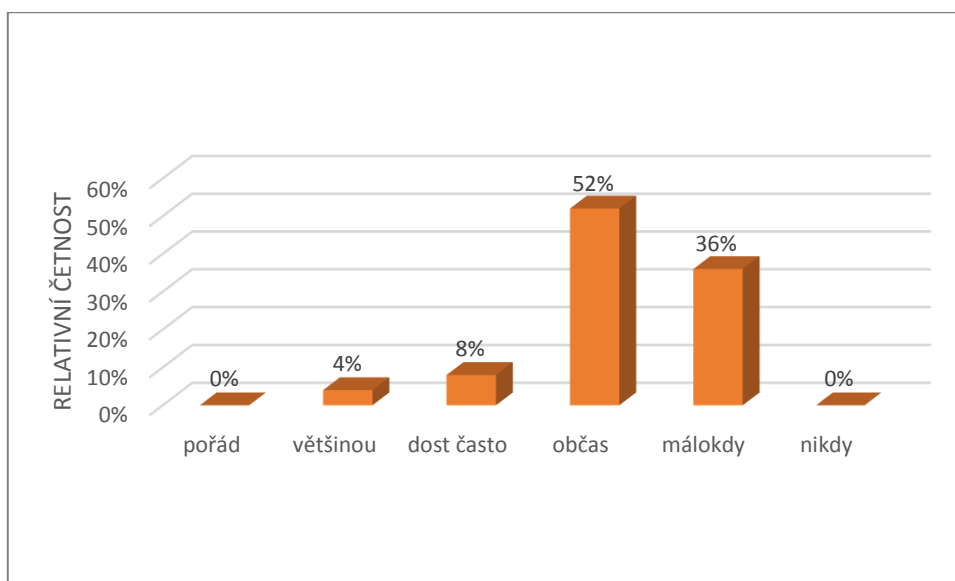
a) jste se cítil/a pln/a elánu?



Graf č. 23 Elán

V posledních 4 týdnech se málokdy cítilo plno elánu 68 respondentů (68 %), plno elánu občas mělo 16 respondentů (16 %), 12 respondentů (12 %) se necítilo plno elánu nikdy a plno elánu pořád cítili 4 respondenti (4 %).

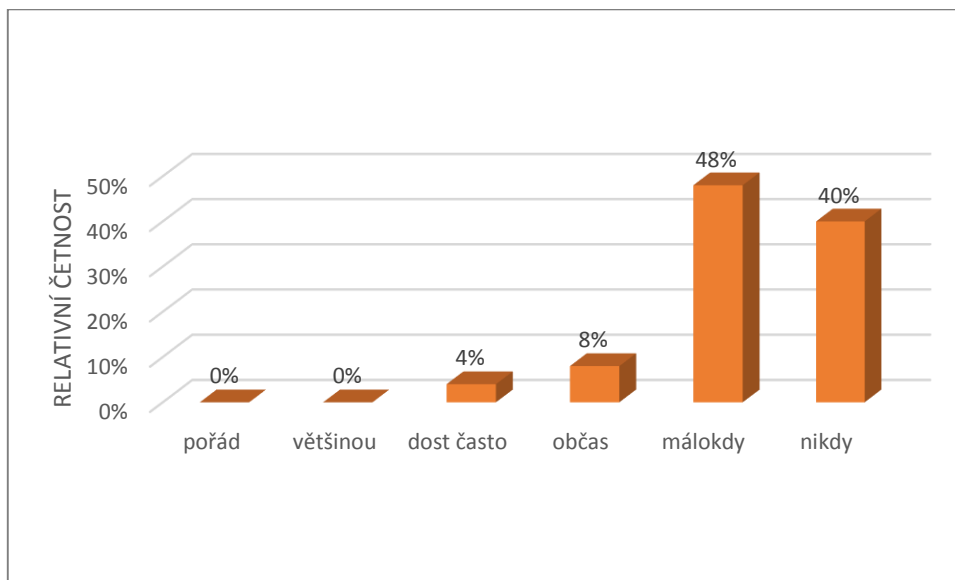
b) jste byl/a velmi nervózní?



Graf č. 24 Nervozita

Občas nervózní bylo celkem 52 respondentů (52 %), málokdy nervózní se cítilo být 36 respondentů (36 %), 8 respondentů (8 %) bylo nervózní dost často a 4 respondenti (4 %) byli nervózní pořád.

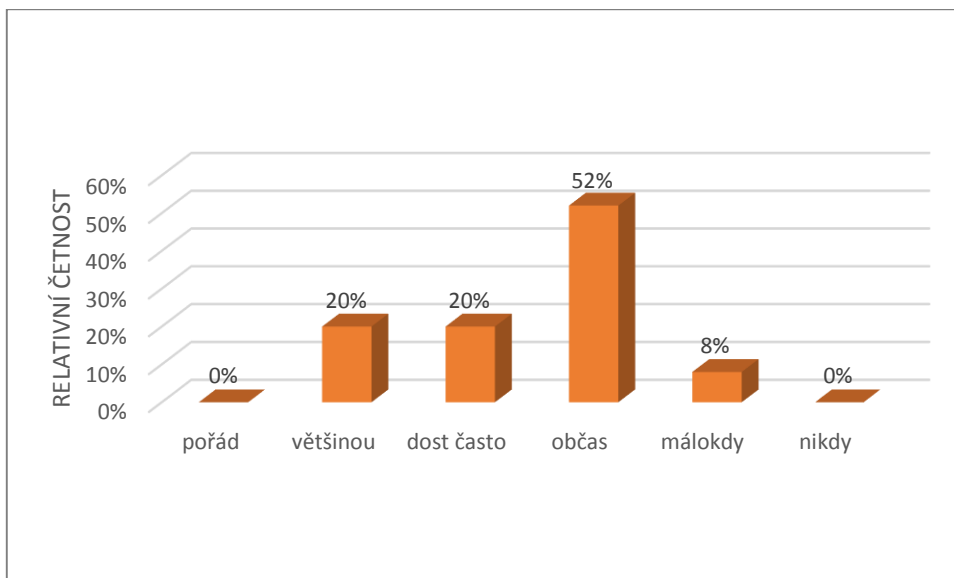
c) jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?



Graf č. 25 Deprese

Depresi mělo 48 respondentů (48 %) málokdy, 40 respondentů (40 %) nemělo nikdy depresi, 8 respondentů (8 %) mělo depresi občas a 4 respondenti (4 %) trpěli depresí dost často.

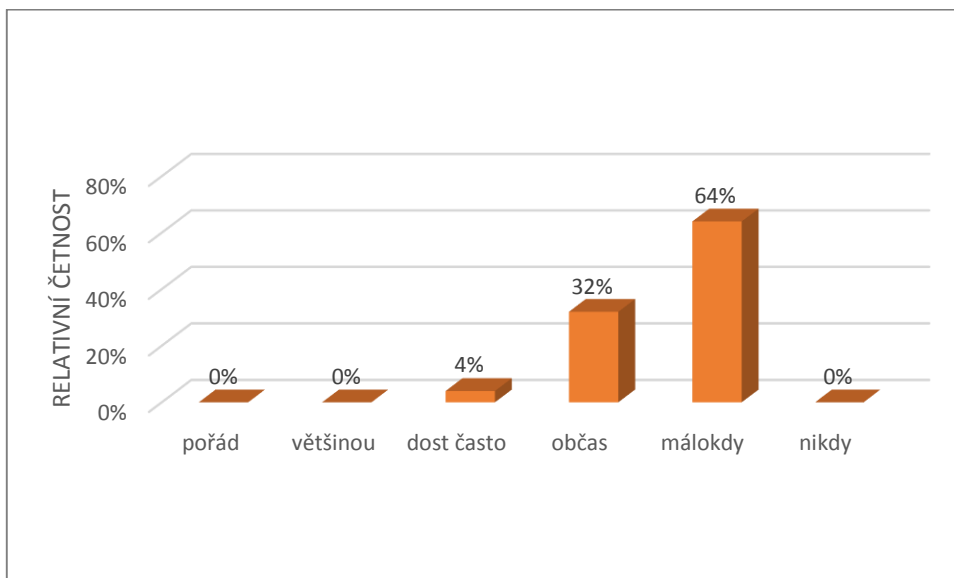
d) jste pociťoval/a klid a pohodu?



Graf č. 26 Klid a pohoda

Klid a pohodu občas pociťovalo 52 respondentů (52 %), 20 respondentů (20 %) pociťovalo současně klid a pohodu většinou a dost často a 8 respondentů (8 %) klid a pohodu pociťovalo málokdy.

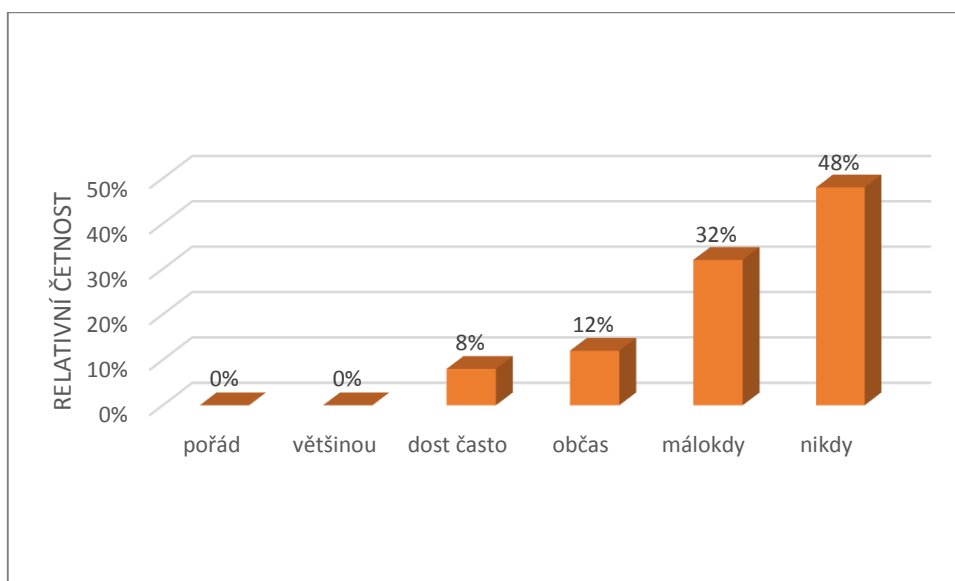
e) jste byl/a pln/a energie?



Graf č. 27 Energie

Energii mělo málokdy 64 respondentů (64 %), občasná energie se objevila u 32 respondentů (32 %) a dost často měli plno energie 4 respondenti (4 %).

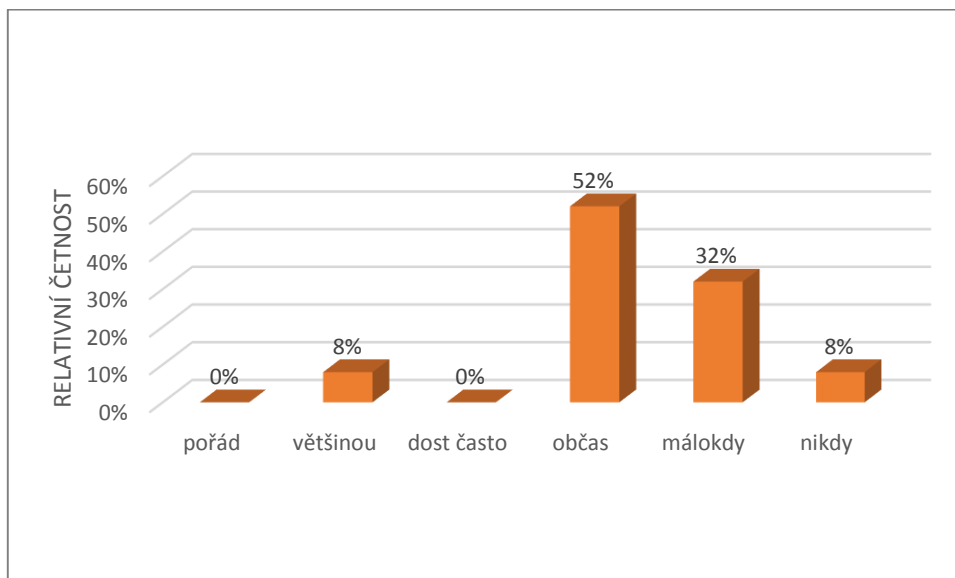
f) jste pociťoval/a pesimismus a smutek?



Graf č. 28 Pesimismus a smutek

Pesimismus a smutek nikdy nepocítilo 48 respondentů (48 %), málokdy pocítlo 32 respondentů (32 %), občas pocítlo pesimismus a smutek 12 respondentů (12 %) a častými smutky a pesimismem trpělo 8 respondentů (8 %).

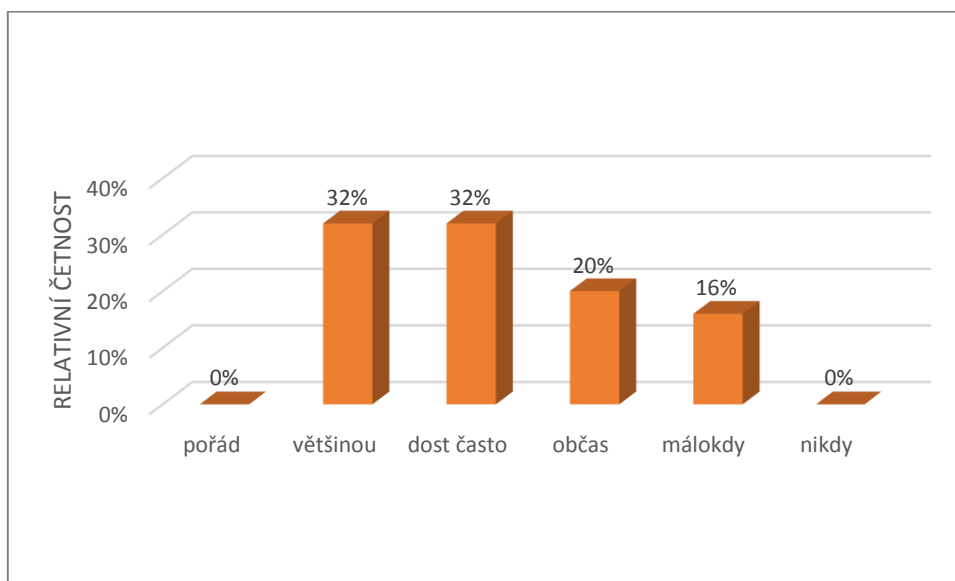
g) jste se cítil/a vyčerpán/a?



Graf č. 29 Vyčerpání

Občasným vyčerpáním trpělo 52 respondentů (52 %), málokdy cítilo vyčerpání 32 respondentů (32 %), 8 respondentů (8 %) se cítilo být většinou vyčerpáno a 8 respondentů (8 %) se necítilo být vyčerpáno nikdy.

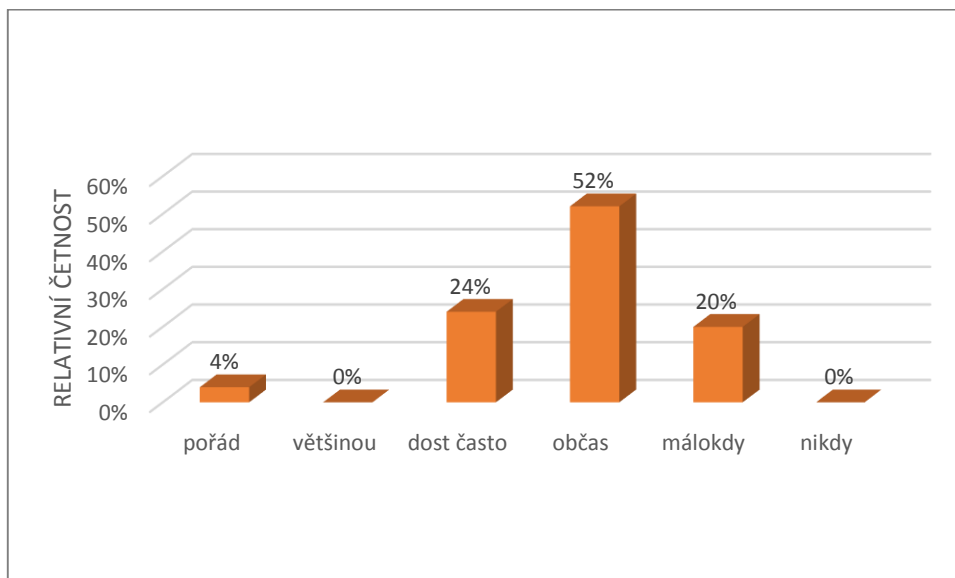
h) jste byl/a šťastný/á?



Graf č. 30 Štěstí

Většinou a dost často se cítilo být 64 respondentů (32 % a 32 %), občas bylo šťastno 20 respondentů (20 %) a málokdy bylo šťastno 16 respondentů (16 %).

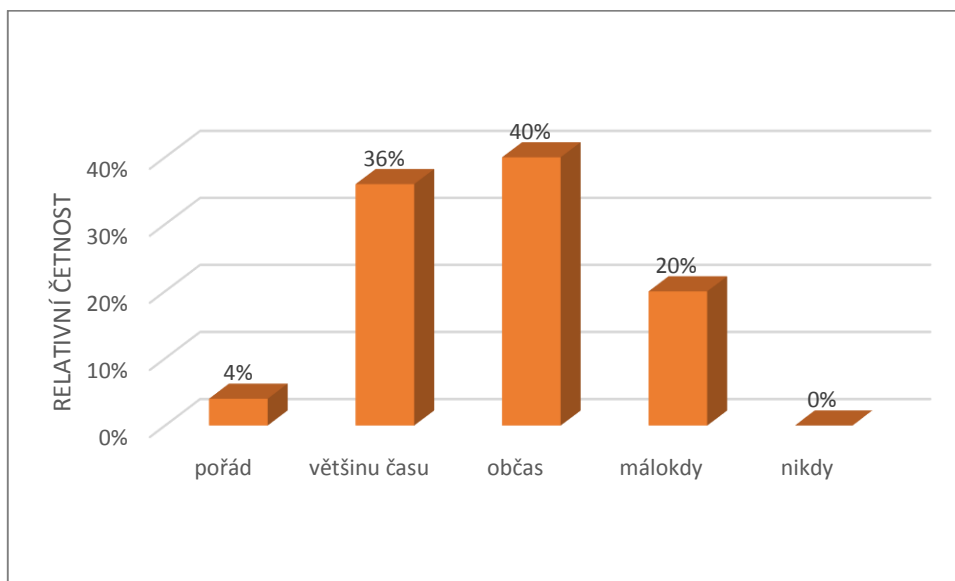
i) jste se cítil/a unaven/a?



Graf č. 31 Únava

Unaveno se cítilo být občas 52 respondentů, dost často bylo unaveno 24 respondentů (24 %), 20 respondentů bylo unaveno málokdy a 4 respondenti (4 %) byli unaveni pořád.

Otázka č. 10 Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

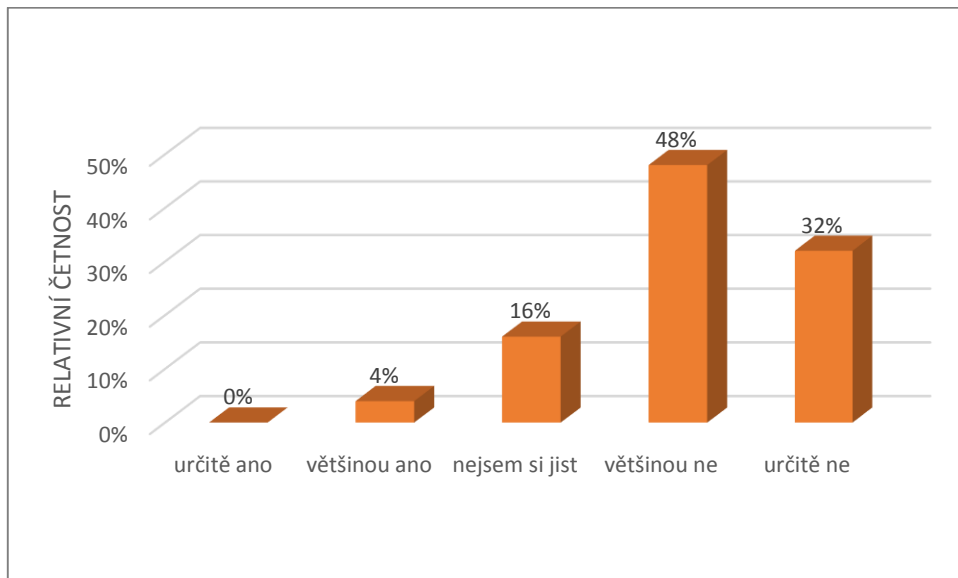


Graf č. 32 Společenský život

V otázce společenského života a emocionálních prožitků s ním spojené se ukázalo, že 40 respondentů (40 %) má potíže občas, 36 respondentů (36 %) většinu času brání zdravotní nebo emocionální potíže společenskému životu, 20 respondentů (20 %) brání tyto potíže málokdy a 4 respondenti (4 %) mají tyto obtíže pořád.

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

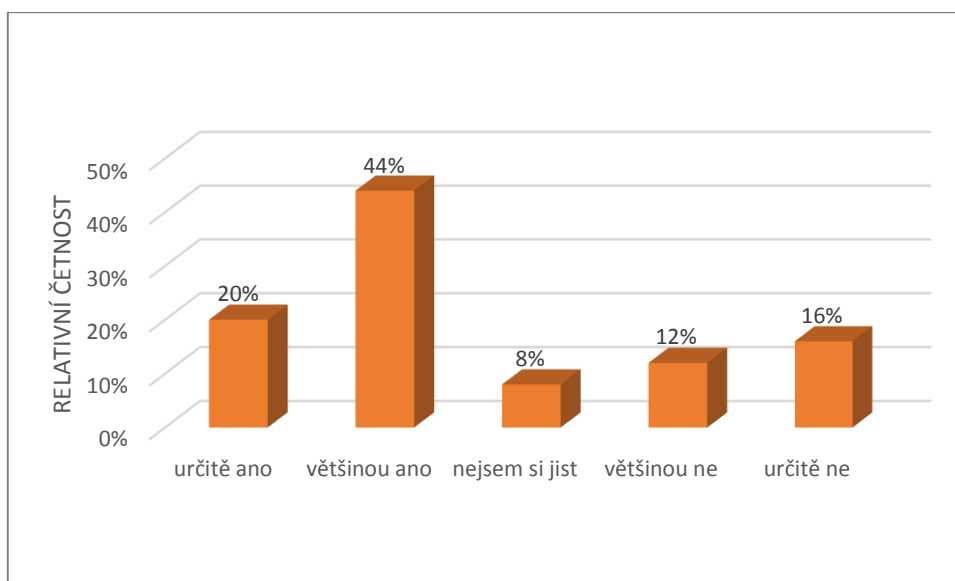
a) zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než ostatní lidé



Graf č. 33 Vlastní zdraví

V otázce vlastního zdraví jsou odpovědi různé, 48 respondentů (48 %) si myslí, že většinou ne onemocní, 32 respondentů (32 %) si myslí, že určitě ne onemocní, 16 respondentů (16 %) si není jisto a 4 respondenti (4 %) si myslí, že většinou snadněji onemocní než kdokoli jiný.

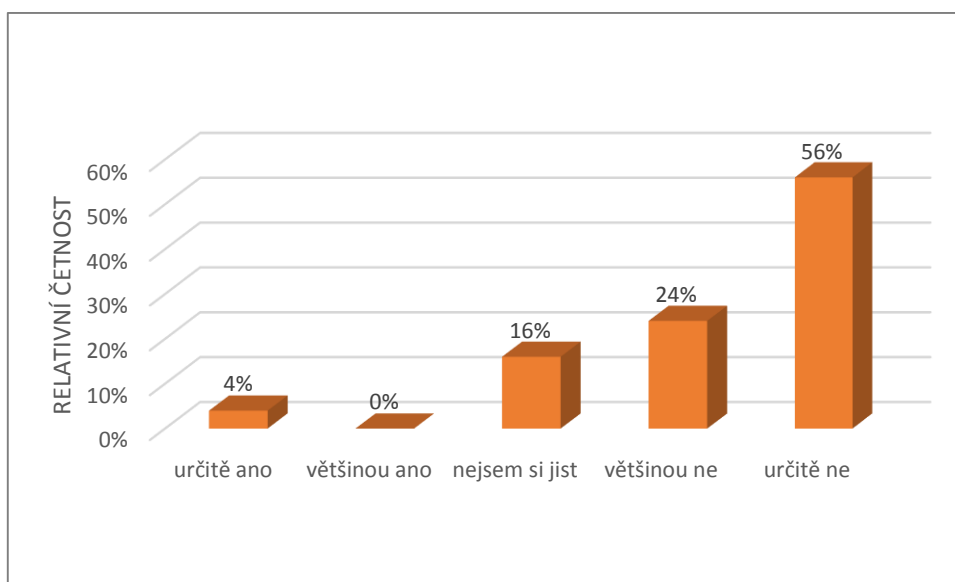
b) jsem stejně zdrav/a jako kdokoliv jiný



Graf č. 34 Skutečné zdraví

Myšlenka vlastního zdraví je také různá. 44 respondentů (44 %) je většinou zdravo jako kdokoli jiný, 20 respondentů (20 %) je určitě zdravo, 16 respondentů (16 %) si myslí, že určitě není zdravo jako kdokoli jiný, 12 respondentů (12 %) si myslí, že jejich zdraví většinou není stejné jako u kohokoli jiného a 8 respondentů (8 %) si není jisto.

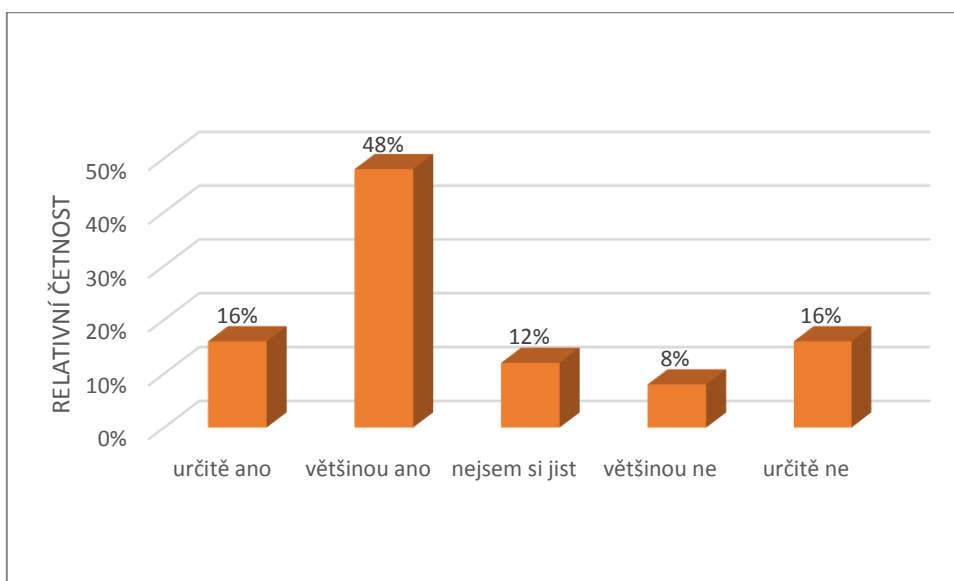
c) očekávám, že se mé zdraví zhorší



Graf č. 35 Zhoršení zdraví

56 respondentů (56 %) si je jisto, že se jejich zdraví nijak nezhorší, 24 respondentů (24 %) si myslí, že se většinou nezhorší, 16 respondentů (16 %) si není jisto zhoršením stavu a 4 respondenti (4 %) jsou si jisti, že se jejich zdraví určitě zhorší.

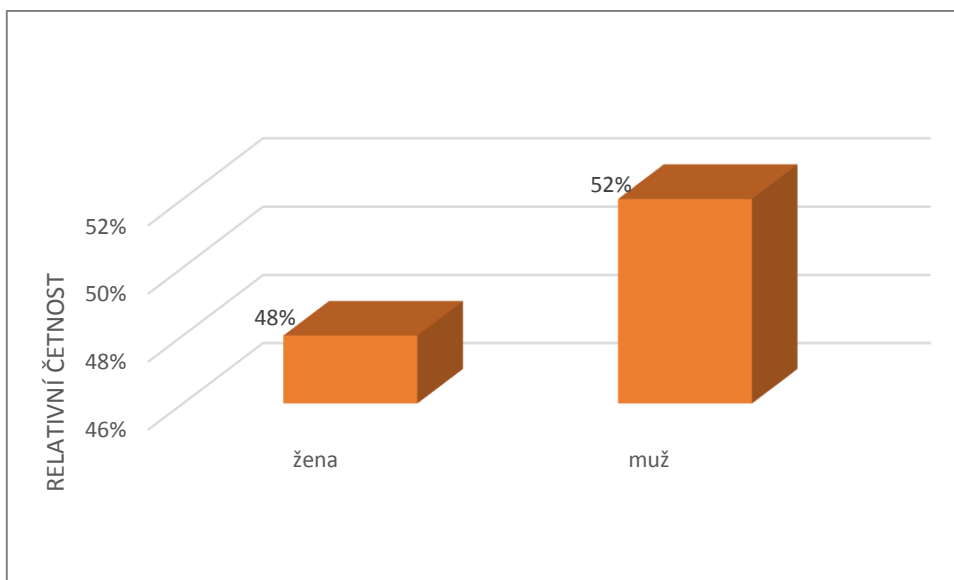
d) mé zdraví je perfektní



Graf č. 36 Pohled na zdraví

48 respondentů (48 %) si myslí, že jejich zdraví je většinou perfektní, určitě perfektní zdraví má 16 respondentů (16 %), 12 respondentů (12 %) si není jisto, jaké je jejich zdraví, 16 respondentů (16 %) si je jisto, že jejich zdraví není perfektní a 8 respondentů (8 %) si myslí, že jejich zdraví většinou není perfektní.

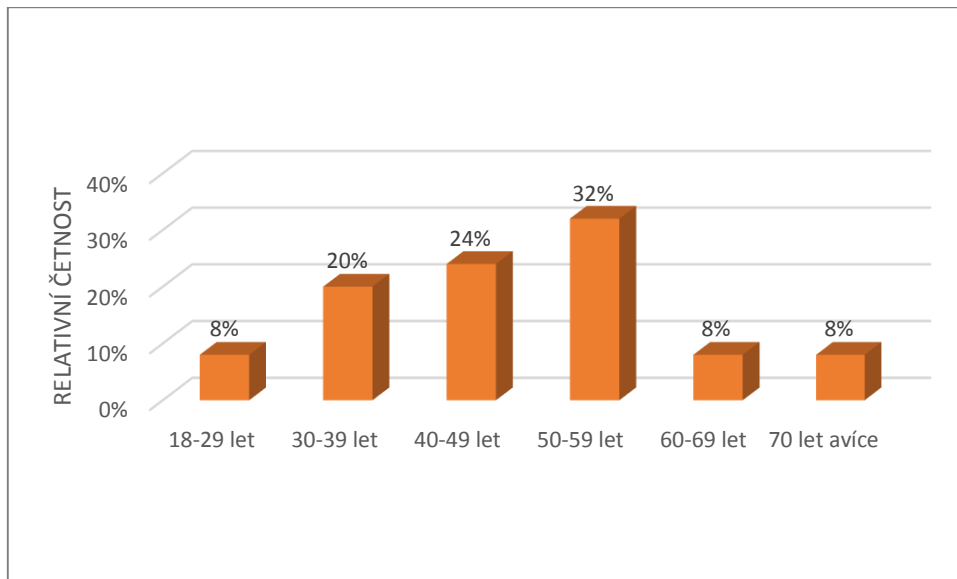
Otázka č. 12 Jste:



Graf č. 37 Pohlaví

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 48 mužů (48 %) a 52 žen (52 %).

Otázka č. 13 Zvolte prosím příslušnou věkovou skupinu.



Graf č. 38 Věk

Věkové rozhraní bylo: 8 respondentů (8 %) ve věku 19 -29 let, 20 respondentů (20 %) ve věku 30 -39 let, 24 respondentů (24 %) ve věku 40 -49 let, 32 respondentů (32 %) ve věku 50 -59 let, 8 respondentů (8 %) ve věku 60 -69 let, 8 respondentů (8 %) 70 let a více.

2.7 Diskuze

V bakalářské práci na téma „Kvalita života u pacientů po zlomeninách kotníku“ jsem si stanovila jeden cíl. Cílem bylo zjistit kvalitu života u pacientů po operacích kotníku. Ke zjištění těchto informací jsem použila dotazník SF-36 a respondenti odpovídali různorodě. Získané výsledky byly použity pouze pro tuto bakalářskou práci. Výzkumný vzorek tvořilo 100 respondentů (100 %), z toho tvořilo 52 žen (52 %) a 48 mužů (48 %). (Graf č. 37)

Věkové složení respondentů bylo 8 respondentů ve věku 18 -29 let (8 %), 20 respondentů ve věku 30 -39 let (20 %), 24 respondentů ve věku 40 -49 let (24 %), 32 respondentů ve věku 50 -59 let (32 %), 8 respondentů ve věku 60 -69 let (8 %) a 8 respondentů ve věku 70 let a více (8 %). (Graf č. 38)

Dotazník SF-36 je standardizovaný dotazník s danými otázkami a oblastmi, na které pacient odpovídá. Pro hodnocení odpovědí jsem si stanovila 3 hypotézy, které jsou podloženy otázkami z dotazníku.

V hypotéze číslo 1 se domnívám, že více jak 80 % pacientů po operaci kotníku je výrazně omezeno. Tato hypotéza je podložena otázkami 1, 2, 3. Otázka 1 hodnotí celkové zdraví, kdy 20 respondentů (20 %) odpovědělo, že celkové zdraví bylo výtečné, u 28 % respondentů bylo zdraví velmi dobré, 28 % respondentů odpovědělo, že bylo zdraví dobré a docela dobré celkové zdraví bylo u 20 % respondentů. Špatné zdraví bylo u 4 % respondentů. Otázka 2 se týká hodnocení svého zdraví nyní ve srovnání před rokem. Výsledek ukázal, že více jak 72 % respondentů zhodnotilo svůj stav jako stejný i lepší. Z těchto otázek byla pro hodnocení této hypotézy nejdůležitější otázka 3, která právě hodnotí činnosti během dne, kdy respondenti odpovídali poměrně totožně. Od usilovných činností až po ty méně náročné. Největší problém pacientů po operacích kotníku byla chůze asi jednoho kilometru a to bylo v počtu 100 % respondentů, dále problém působily usilovné činnosti u 96 % respondentů, dále pacientům dělaly problém i ty středně namáhavé činnosti, jako je posunování stolu, sport, to hodnotilo 92 % respondentů jako hodně omezující. Nejméně náročná byla chůze po ulici asi 100 metrů a koupání a oblékání bez cizí pomoci. Tato hypotéza se mi potvrdila.

V roce 2007 byl publikován výzkum, který provedl Nilsson et al. ze Švédska na téma: „Výsledek a kvalita života po chirurgicky ošetřených zlomenin kotníku u pacientů ve věku 65 let a starších“. Výsledky této studie ukazují, že většina pacientů bude mít i dále příznaky vykazující funkční omezení ještě jeden rok po operacích zlomenin kotníku. Více

než 60 % pacientů trpí bolestmi kotníku, otoky, mají problémy při chůzi do schodů a snížení aktivity každodenního života mají ještě jeden rok po zranění. 82 % pacientů byli fyzicky aktivní před zraněním, ale méně než polovina pacientů došlo k návratu do úrovně jako před zraněním po uplynutí jednoho roku. Kvalita související se zdravím života byla ovlivněna u žen, ale ne u mužů. (Nilsson, Jonsson, Ekdahl, et. al., 2007)

V hypotéze číslo 2 předpokládám, že u pacientů po operacích kotníku, se objevilo více problémů v běžných denních činnostech než ve společenské oblasti. K této otázce se váží otázky 4, 5, 6, 10, 11. Hodnocením této hypotézy jsou nejdůležitější otázky hodnotící právě běžné denní činnosti v závislosti na společenském životě těchto lidí. Musím říci, že více jak 84 % respondentů se cítilo být omezeno v denních činnostech, udělali méně a museli vynaložit zvláštní úsilí. V otázce společenského života jsou výsledky výzkumu takové, že omezení společenského života vadilo méně 58 % respondentům a větší problém mělo 42 % respondentů. V této oblasti zřejmě měla největší vliv věková kategorie. Tato hypotéza se mi potvrdila.

Hypotéza číslo 3 zní: „Domnívám se, že u více jak 50 % pacientů se zlomeninou kotníku bolest ovlivňuje jejich pracovní zatížení.“ Váží se na ní otázky 7, 8, 9. Testování otázkou 7 bylo zjištěno, že 68 respondentů (68 %) mělo bolesti mírného až středního charakteru a 28 respondentů (28 %) trpělo silnou bolestí a naopak 4 % respondenti uvedli velmi mírnou bolest. Na otázku 8 „jak moc bránily bolesti v práci“ odpovědělo 72 % respondentů, že byli ovlivněni bolestí výrazně a 28 % respondentům bolest v práci vadila méně. Z otázky 9 vyplývá, že bolest pocitově opravdu respondenty ovlivnila v mnoha oblastech. Bez elánu se cítilo 96 % respondentů. Nervózních bylo 60 % respondentů. Depresí trpělo 12 % respondentů. Klid a pohodu nemělo 60 % respondentů. Energie chyběla 96 % respondentům. Pesimismus a smutek cítilo 20 % respondentů. Vyčerpáním trpělo 60 % respondentů. Méně šťastných bylo 36 % respondentů a unaveno bylo 80 % respondentů. Tato hypotéza se mi potvrdila

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Kvalita života a tato problematika je v dnešní době velice diskutabilní téma. Je tedy dobré věnovat tomuto tématu dostatečnou pozornost. Každý pacient po operaci kotníku odchází z hospitalizační péče se sádrovým obvazem minimálně na 4 týdny. Každý takový pacient je ohrožen imobilizačním syndromem a je tedy třeba dbát na prevenci. Do následné péče lze zahrnout rehabilitaci, kondiční cvičení a prevenci TEN.

V každém případě je třeba dbát na rehabilitační péči, jak domácí tak ambulantní. Každého pacienta je třeba poučit o správné rehabilitaci postižené končetiny se zaměřením na celkovou kondici pacienta. Ať se jedná o jakýkoliv druh zlomeniny, je velmi vhodná následná rehabilitace, která má většinou formu léčebné tělesné výchovy, kdy pacient rozcvičuje zatuhlé klouby a také posiluje oslabené svalové partie. Rehabilitační plán zahrnuje cviky pro udržení svalové hmoty se sádrovým obvazem, dále po sejmutí sádrového obvazu je řešeno několik problémů, jako jsou ztuhlost hlezna, otok, případně zkrácení Achillovy šlachy, pokud nebyla fixace přiložena do správného postavení. Je dobré pacientovi doporučit navštívit odborného fyzioterapeuta, který ukáže aktivní i pasivní cviky a jak se má cvičit doma, případně si zve pacienty k pravidelnému docházení a následné zpětné vazbě, jak pacient doma cvičí a rozcvičuje končetinu.

Dalším nezbytným prvkem je prevence TEN. V době sádrové fixace je třeba aplikovat injekce s nízkomolekulárním heparinem k prevenci trombózy. To znamená, že je potřeba pacienta důsledně poučit o aplikaci těchto injekcí, zodpovědět otázky, které směřují k důležitosti použití této prevence. Na našem pracovišti jsme vypracovali podrobný návod k aplikaci nízkomolekulárního heparinu, kde je přehledně znázorněn postup. (Příloha C)

Z výsledků výzkumu vyplývá, že kvalita života u pacientů po operacích kotníku se snižuje nejvíce tím, že se cítí být omezeni jak po fyzické stránce, tak i emocionálně. Ve výzkumu byli zahrnuti pacienti různých věkových kategorií. Každá věková kategorie se takovou situací vyrovná jinak a mají k tomu i různé podmínky. Mladí lidé mají vyrovnávací schopnost určitě lepší než starší lidé a je na nás zdravotnicích, abychom toto odhalili. Naším řešením pro méně schopné pacienty by mohl být návrh sociálních služeb, které mají pacienti možnost využít. Posláním sociálních služeb je poskytnutí ambulantní, pobytové a terénní sociální služby. Tyto služby zajišťují kvalitu, důstojnost, bezpečnost a efektivnost těchto služeb. Dále nabízí podporu v soběstačnosti v co nejvyšší míře v harmonii s běžným způsobem života jejich vrstevníků. Těmto pacientům je možno nabídnout sociální služby oblastní charity, kdy kvalifikovaný personál může zajistit pacientovi dostatečně kvalifikovanou ošetrovatelskou péči včetně nákupů a rozvozu obědů. Je třeba vědět, že služby jsou hrazeny pojišťovnou při předepsání praktickým lékařem. Dále je možno také využít osobní asistence, kdy není rodina schopna tyto služby zajistit. Ta je však hrazena pacientem a řídí se podle daného ceníku nabízených služeb.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů po operaci kotníku. Na tento daný cíl byly stanoveny tři hypotézy. Výzkum byl proveden pomocí dotazníku SF-36, který je zaměřen na hodnocení kvality života. Otázky byly orientované na 8 domén kvality života a to: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví. Vyhodnocením dotazníku jsou potvrzené hypotézy. V teoretické části jsou rozebrány kapitoly kvality života, anatomie, úrazy kotníku, jejich léčba a ošetrovatelská péče. V praktické části jsou zpracovány výsledky výzkumu a porovnány s danými hypotézami. V první hypotéze se mi potvrdilo, že více jak 80 % pacientů bylo omezeno. Největší problém pacientům činila dlouhá chůze a nejméně pacientům vadilo koupání a oblékání bez cizí pomoci. Ve druhé hypotéze bylo potvrzeno, že větší obtíže dělala pacientům běžná denní činnost a omezení ve společenské oblasti byla snesitelnější. Třetí hypotéza byla taktéž potvrzena. Bolest se z dotazníkového šetření projevila jako mírná až střední, ale přesto byli pacienti díky bolesti omezeni v práci.

Z mého výzkumu vyplývá, že pacienti po operacích kotníku jsou omezeni výrazně právě u mnou sledovaných oblastí a je důležitá důkladná edukace těchto pacientů, aby se kvalita života zlepšovala. Omezení v běžných denních činnostech neovlivníme, ale můžeme mít přínos v psychické podpoře pacienta, jak správně rehabilitovat, netrpět bolestí a mít správnou analgetickou terapii, protože bolest je čistě subjektivní pocit a každý člověk reaguje na bolest jinak, i když je mírná, je obtěžující. Nezastupitelnou roli hraje v tomto případě rodina. Samozřejmě záleží na věku, protože každá věková skupina bude prožívat toto omezení jinak. Mladí lidé se s touto situací vyrovnají určitě lépe než lidé vyššího věku. Pacienti po operacích kotníku mají kvalitu života výrazně sníženou a je tedy třeba poukázat na důkladnou ošetrovatelskou péči, rehabilitaci a podporu rodiny ve všech oblastech. Je také třeba využít aktivního přístupu každého pacienta s dopadem na jeho potřeby, touhy a přání. V praxi to znamená aktivně vyhledávat potřeby pacienta a kvalitně je plnit. Bylo pro mě velice zajímavé se této problematice věnovat a pochopit zákonitosti daného tématu. Každá sestra, která chce, si najde cestu k vykonávání kvalitní péče, i když nás to stojí mnoho píce, času i síly. To je naše poslání.

Cíl bakalářské práce byl splněn.

Seznam použité literatury

BARTONÍČEK, J. Luxační zlomeniny hlezna – nové pohledy na staré problémy. *In Rozhledy v chirurgii*, 2012, roč. 91, č. 9, s. 492-493. ISSN: 0035-9351.

BARTONÍČEK, J. CHOCHOLA A. a VANĚČEK V. Suprasyndesmální šroub u luxačních zlomenin hlezna. *In Rozhledy v chirurgii*, 2012, roč. 91, č. 9, s. 513-520. ISSN: 0035-9351.

BERAN, J. Drobné úrazy periferního pohybového aparátu v RTG obrazu. *In Česká radiologie*. 2012, roč. 66, č. 4, s. 347-353. ISSN: 1210-7883.

DUNGL, P. *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

KACHLÍK, D. *Úvod do preklinické medicíny*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 2013. ISBN 978-80-87878-01-9.

KELNAROVÁ, J. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 9788024731063.

KOTRÁNYIOVÁ, E. Význam laterálních ligament hlezna. *In Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2007, roč. 14, č. 3, s. 122-129. ISSN 1211-2658.

KUMBRINK, B. *K-Taping: praktická příručka: základy, techniky aplikace, indikace*. Olomouc: Poznání, 2014. ISBN 978-80-87419-39-7.

KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

MARVAN, J., BĚLEHRÁDKOVÁ, H. a DŽUPA, V. et al. Epidemiologické, morfológické a klinické aspekty zlomenin v oblasti hlezna. *In Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae czechoslovaca*, 2012, roč. 79, č. 3, s. 269-274. ISSN: 0001-5415.

MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2.* aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 111-112. ISBN 80-247-1443-4.

NILSSON, G., JONSSON, K., EKDAHL, CH. et al. *Outcome and quality of life after surgically treated ankle fractures in patients 65 years or older* [online]. 2007 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z :

<http://bmc-musculoskeletal-disorders.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-8-127>

NOVOTNÁ, J., UHROVÁ, J. *Ošetrovatelství 1: pro střední zdravotnické školy, obor zdravotnický asistent.* Praha: Fortuna, 2007, s. 109-111 ISBN 978-80-7168-987-4.

PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví.* Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, s. 205-212, 234-241, 281-287. ISBN 80-7254-657-0.

PILNÝ, J. *Prevence úrazů pro sportovce: taping: popis zranění, první pomoc, léčba, rehabilitace.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 67, 98. ISBN 978-80-247-1675-6.

POKORNÝ, V. *Traumatologie.* Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, s. 214-218. ISBN 80-7254-277-x.

VAŇÁSEK, J., ČERMÁKOVÁ K., KOLÁŘOVÁ, I. *Bolest v ošetrovatelství.* Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014, s. 34-35. ISBN 978-80-7395-769-8.

WENDSCHE, P., DRÁČ, P. Jsou operace malleolárních zlomenin snadné? *In Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae czechoslovaca*, 2012, roč. 79, č. 6, s. 540-548. ISSN: 0001-5415.

ŽVÁK, I. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 160-161. ISBN 80-247-1347-0.

Seznam zkratek

AO - otevřená repozice zlomeniny a fixace pomocí dlah a šroubů

APACHE II - nástroj ke zjištění akutního a chronicky změněného zdravotního stavu

CT - počítačová tomografie

et al. - a kolektiv

MRI - magnetická rezonance

např. - například

p.o. - příspěvková organizace

QL Index - slovní vyjádření kvality života

QoL - Spitzerův systém vyjádření kvality života před a po terapii

RTG - rentgen

SEIQOL - subjektivní měřicí nástroj kvality života

SF-36 - dotazník kvality života související se zdravím

stol. - století

TEN - trombembolická nemoc

UZ - ultrazvuk

VAS - vizuální analogová škála, metoda sloužící k posouzení celkového stavu pacienta.

WHOQL - nástroj k měření kvality života na základě zdravotních a sociálních intervencí

Seznam grafů

Graf č. 1 Celkové zdraví	23
Graf č. 2 Hodnocení zdraví.....	24
Graf č. 3 Usilovné činnosti	25
Graf č. 4 Středně namáhavé činnosti	26
Graf č. 5 Zvedání či nošení nákupu	26
Graf č. 6 Vyjít několik pater.....	27
Graf č. 7 Vyjít jedno patro.....	27
Graf č. 8 Předklon, shýbání, poklek.....	28
Graf č. 9 Chůze jeden kilometr	28
Graf č. 10 Chůze několik set metrů	29
Graf č. 11 Chůze sto metrů	29
Graf č. 12 Koupání a oblékání	30
Graf č. 13 Omezení času potřebného pro práci	31
Graf č. 14 Omezení pracovní výkonnosti	31
Graf č. 15 Omezení pracovních činností	32
Graf č. 16 Potíže při různých činnostech	32
Graf č. 17 Změna času potřebného pro práci	33
Graf č. 18 Změna pracovní výkonnosti	34
Graf č. 19 Snížení pozornosti	34
Graf č. 20 Omezení společenského života.....	35
Graf č. 21 Síla bolesti	36
Graf č. 22 Snížení výkonnosti v důsledku bolesti	36
Graf č. 23 Elán	37
Graf č. 24 Nervozita.....	38
Graf č. 25 Deprese	38
Graf č. 26 Klid a pohoda.....	39
Graf č. 27 Energie	39
Graf č. 28 Pesimismus a smutek.....	40
Graf č. 29 Vyčerpání	40
Graf č. 30 Šťěstí	41
Graf č. 31 Únava.....	41
Graf č. 32 Společenský život	42

Graf č. 33 Vlastní zdraví.....	43
Graf č. 34 Skutečné zdraví.....	44
Graf č. 35 Zhoršení zdraví	44
Graf č. 36 Pohled na zdraví	45
Graf č. 37 Pohlaví	45
Graf č. 38 Věk.....	46

Seznam příloh

Příloha A - Dotazník kvality života (SF-36)

Příloha B – Souhlas s provedením výzkumu

Příloha C – Aplikace nízkomolekulárního heparinu