

Kvalita života s chronickou venózní insuficiencí

Jana Bezroučková

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Bezroučková**
Osobní číslo: **H14146**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života s chronickou venózní insuficiencí**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se kvality života s chronickou venózní insuficiencí.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace výzkumu technikou kazuistiky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČEŠKA, Richard, Tomáš ŠTULC, Vladimír TESAŘ a Milan LUKÁŠ, ed. Interna. 2., aktualizované vydání [brožované]. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-895-5.

EBERHARDT, Robert a Joseph RAFFETTO. Chronic Venous Insufficiency. Circulation [online]. vol. 130, no. 4., p. 333 – 346 [cit. 2017-10-06]. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006898. 2014. ISSN 0009-7322. Dostupné z:

<http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006898>

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

KARETOVÁ, Debora. Chronická žilní onemocnění: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2011. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-52-7.

MACHOVCOVÁ, Alena. Bandážování a kompresivní léčba. Praha: Mladá fronta, 2009. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-1980-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Vladimír Koutecký
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 21.2.13

..... *Bavranek*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů s varixy dolních končetin. Je dělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části je podán přehled o etiologii, klinickém obrazu, možnostech diagnostiky a léčby onemocnění. V poslední kapitola se zabývá kvalitou života. Cílem práce je zjistit, jak hodnotí svou kvalitu života lidé trpící varixy dolních končetin.

Klíčová slova: Chronická venózní insuficience, varixy dolních končetin, žíly, žilně-svalová pumpa, kvalita života.

ABSTRACT

Bachelor diploma thesis discusses the quality of life of patients with varicose veins of lower limbs. Is divided in two parts, theoretical and practical. The theoretical part gives an overview of the etiology and of clinical picture, diagnosis options and disease treatment. The last chapter deals with the quality of life people living with this illness. The aim is to find out how people evaluate their quality of life who are suffering from varicose veins disease.

Keywords: Chronic venous insufficiency, varices of the lower limbs, veins, venous-muscular pump, quality of life

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Vladimíru Kouteckému za vedení odborné práce, za čas a cenné rady, které mi poskytl. Dále děkuji mé rodině, která mi byla velkou oporou při studiu.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	12
1.1 KLINICKÝ OBRAZ CVI.....	13
1.2 KLASIFIKACE.....	14
1.3 KOMPLIKACE CVI.....	15
1.4 EPIDEMIOLOGIE VARIXŮ.....	16
1.5 ETIOPATOGENEZE VARIXŮ.....	16
1.6 TYPY VARIXŮ.....	17
1.7 DIAGNOSTIKA.....	17
2 TERAPIE VARIXŮ DOLNÍCH KONČETIN.....	20
2.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA.....	20
2.1.1 Kompresivní terapie.....	20
2.1.2 Medikamentózní léčba.....	23
2.1.3 Režimová opatření.....	24
2.1.4 Fyzikální léčba.....	26
2.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	27
2.2.1 Sklerotizace.....	27
2.2.2 Striping.....	28
2.2.3 Endovaskulární laser.....	30
2.2.4 Flebektomie.....	31
2.2.5 Kryochirurgie.....	32
2.2.6 Endovenózní termická ablace.....	32
2.2.7 Radiofrekvenční ablace.....	32
2.2.8 TIPP.....	33
2.2.9 CHIVA a ASVAL.....	33
2.2.10 Další operační metody.....	33
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	34
2.3.1 Předoperační příprava.....	34
2.3.2 Pooperační péče.....	35
2.3.3 Pooperační komplikace.....	37
2.3.4 Recidiva varixů.....	37
3 KVALITA ŽIVOTA.....	39
3.1 HISTORIE POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	39
3.2 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	40
3.3 KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVÍ.....	41
3.4 VÝZNAM MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	42
3.5 KVALITA ŽIVOTA S VARIXY.....	43
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	46

4.1	CÍLE PRÁCE	46
4.2	METODA VÝZKUMU.....	46
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	46
4.4	REALIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	46
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	47
5	VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	48
6	KAZUISTIKY 1-2	68
6.1	KAZUISTIKA 1	68
6.2	KAZUISTIKA 2	73
	DISKUZE	79
	ZÁVĚR	82
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	84
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	89
	SEZNAM OBRÁZKŮ	91
	SEZNAM TABULEK.....	92
	SEZNAM GRAFŮ	93
	SEZNAM PŘÍLOH.....	94

ÚVOD

V bakalářské práci se budeme věnovat kvalitě života s varixy dolních končetin. Toto onemocnění provází osobu mně blízkou a celou její rodinu. Následně jsem si začala všimnout častého výskytu onemocnění i během plnění odborné praxe a více jsem se začala zajímat o to, jakým způsobem toto onemocnění ovlivňuje jejich život.

Varixy postihují lidi v produktivním věku, častěji jsou to ženy. Výskyt tohoto onemocnění stoupá souběžně s věkem. Onemocnění se projevuje především neurčitým pocitem bolesti, tlakem, těžkostí a otoky dolních končetin, které v průběhu dne narůstají. Průběh onemocnění neohrožuje člověka přímo na životě, a možná i proto není varixům věnována taková pozornost, jakou by zasloužila. *Prevalence žilních chorob se v dospělé populaci odhaduje na 40-50% a prevalence varixů na 5-30%* (Karetová, 2011, s. 3). V četnosti onemocnění jsou žilní choroby hned po onemocnění kardiovaskulárního systému. Varixy mohou snižovat kvalitu života především kvůli bolesti, zhoršené tělesné funkci, negativním působením na psychiku či sociální izolaci jedince.

Kvalita života je v dnešní době hodně diskutovaným tématem. Přestože není přesně stanovena jednotná definice, stala se kvalita života ve zdravotnictví jedním z hlavních indikátorů posouzení kvality léčby. Rozdílnost ve vnímání objektivní a subjektivní kvality života může být obrovská. Ovlivňovat ji mohou sociální, ekonomické či psychické faktory. I prožívání nemoci za zdánlivě stejných podmínek mohou lidé pociťovat zcela odlišně. Proto je důležitý individuální přístup ke každému jedinci, kdy se snažíme o celistvý obraz i se zvážením všech faktorů, které by mohli kvalitu jeho života ovlivnit.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části práce se zabývám charakteristikou onemocnění, možnostmi jejího léčení a kvalitou života. V praktické části práce se snažím zjistit kvalitu života lidí trpících varixy dolních končetin a zjistit, v jaké oblasti jejich života je nejvíce toto onemocnění omezuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Chronická venózní insuficience (dále jen CVI) je onemocněním žilních stěn, které jsou méněcenné. Toto onemocnění vzniká progresí varixů dolních končetin. Další příčinou jejího vzniku může být stav po hluboké žilní trombóze nebo žilní anomálie. Vzhledem k charakteru onemocnění je důležité znát anatomii žil, abychom lépe pochopili problematiku tohoto onemocnění (Karetová, 2011, s. 3)

Stavba žil

Vény jsou podobné svou stavbou artériím. Skládají se ze tří vrstev – tunica intima (vrstva endotelu) tvoří chlopně, které zabraňují zpětnému toku krve, tunica media (hladký sval) a tunica adventitia (vazivo s kolagenními vlákny). Stěna žil je neelastická a obvykle tenčí než u stěny tepen (Čihák, 2016; Kala, 2011).

Žíly dolních končetin jsou tvořeny třemi navzájem propojenými systémy. Povrchový žilní systém se nachází nad fasciemi, dále hluboký žilní systém, který sbírá veškerou krev a odvádí ji zpět k srdci. Tyto dva systémy spolu komunikují pomocí spojek neboli perforátorů ((Novotný, 2014)

Povrchové žíly dolních končetin

Povrchový žilní systém se skládá z nesčetného počtu sběrných žil, které se napojují na některé z větších žilních kmenů – safén. Safény se poté napojují do hlubokého žilního řečiště. (Novotný, 2014) Vena saphena magna i vena saphena parva začínají v rete venosum jantare a rete venosum dorsale pedis (Herman, 2003).

Vena saphena magna (dále jen VSM) prochází přes vnitřní kotník a pokračuje přes přední stranu bérce kraniálním směrem až na mediální stranu stehna. VSM proniká fascií a vlévá se do v. femoralis (Herman, 2003). K VSM se přidává pod kolenním kloubem i nerv - nervus saphenus (Novotný, 2014, s. 11).

Vena saphena parva (dále jen VSP) prochází za zevním kotníkem, pokračuje na zadní straně bérce, kde prochází fascií a vlévá se do v. poplitea. VSP má celkem 5 chlopní (Herman, 2003). VSP doprovází nerv – nervus suralis, který vzniká spojením dvou větví (Novotný, 2014, s. 15).

Hluboké žíly dolních končetin

Žíly hlubokého žilního systému bývají doprovázeny tepnami. Žíly jsou obvykle zdvojené, artérie (většinou stejnojmenná jako žíla) probíhá mezi nimi. V lýtku se nachází žíly – v. tibialis posterior, anterior a fibularis. Tyto žíly se sbíhají do jedné žíly - v. poplitea, pod úrovní kolenního kloubu. Vena poplitea je zpočátku zdvojená, ale v úrovni kolenního kloubu se z ní stává jeden žilní kmen, který poté přechází do v. femoralis. Vena femoralis se spojuje s v. femoralis profunda. Tím vzniká vena femoralis communis, ze které se kranálním směrem nad tříselným vazem stává vena iliaca externa. Spojením v. iliaca externa a přítoku v. iliaca interna vzniká vena iliaca communis (Novotný, 2014, s. 18).

Spojky povrchového a hlubokého žilního systému dolních končetin

Na dolních končetinách existují spojky neboli perforátory, ty spojují hluboký a povrchový žilní systém. Perforátory prochází hlubokou fascií. Jejich počet se pohybuje okolo 150 na každé končetině. Za normálních okolností mají průměr 2 mm. V těchto spojkách se nachází chlopně zabraňující zpětnému toku krve, napojuje se na ně také četný počet žilních větví (Kala, 2011; Novotný, 2014, 18).“

1.1 Klinický obraz CVI

CVI může probíhat asymptomaticky a působit pouze kosmetický problém. Všechny obtíže, které činí toto onemocnění, působí žilní hypertenze. Při **subjektivních projevech onemocnění** se objevují pocity tíhy a únavy končetin, pocity pálení, píchání, bolesti a křeče dolních končetin, pocit napětí a neklidu končetin. Obstrukce hlubokého žilního řečiště může vést ke klaudikačním bolestem. Subjektivní potíže se zhoršují v odpoledních a večerních hodinách. Pro zmírnění subjektivních potíží napomáhá elevace končetin (Musil 2014; Eberthardt, Raffetto, 2014, s. 335). **Objektivní příznaky** nám ukazují intermitentní nebo trvající otoky (žilního či lymfatického původu), trofické změny na kůži, změny barvy a pigmentace, drobné kožní infarkty, celulitidu, podkožní záněty, ulcerace (vyhojené či aktivní), retikulární a uzlové varixy, žilní ekzém, změny šlach, kloubů a kloubních pouzder působením CVI (Češka, Štulc, Tesař a Lukáš, 2015, s. 232). Otoky při CVI nejsou nebezpečné, ale jsou zdrojem bolestí a pocitu tlaku v končetinách. Zpočátku se objevují kolem kotníků, později se přesouvají proximálně a postihují celá lýtka i stehna. Otoky narůstají

během dne a zmenšují se při elevaci dolních končetin (Hofírek, 2009, s. 289). V přílohách naleznete obrázky týkající se projevů varixů (příloha P I).

1.2 Klasifikace

Původní klasifikace z roku 1981 definována Widmerem, revidována v roce 1988, má i dnes stále využití. Popisuje tři stádia onemocnění.

Stadium I. se projevuje vystouplými žilami na nohou a otoky.

Stadium II. popisuje induraci podkoží, pigmentové skvrny a atrofii kůže.

Stadium III. - vzniká vážné poškození kůže (bércový vřed aktivní či zhojený) (Peňazová, 2007, s. 522).

Při klasifikaci se nyní nejčastěji používá tzv. systém CEAP (Clinic, Etiology, Anatomy, Pathophysiology).

Tabulka 1 CEAP klasifikace žilních onemocnění

Clinical	C0 - normální nález, C1- teleangiektázie, C2 – varixy, C3 – edém, C4 – hyperpigmentace nebo ekzém, C5 – zhojený vřed, C6 – aktivní vřed + S = symptomatický pacient nebo + A = asymptomatický
Ethiology	C – kongenitální P – primární (neznámá etiologie) S - sekundární
Anatomical	S – superficiální systém D – hluboký (deep) systém P - perforátory
Pathology	R – reflex O – obstrukce R+O – kombinace reflexu s obstrukcí

Zdroj: (Karetová, 2011, s. 5)

1.3 Komplikace CVI

Mezi komplikace CVI patří především kožní změny. Jednou z nejčastějších komplikací je kontaktní alergický ekzém nebo mikrobiální ekzém způsobený nošením bandáží či elastických punčoch z nevhodného materiálu, nevyhovujícího danému jedinci (Navrátilová, 2008, s. 449).

Tromboflebitida nebo také varikoflebitida je postižení varikózně změněné žíly flebitidou, doprovázený tvorbou trombů. Onemocnění vzniká při poranění, tlaku, po operaci a po porodu. Projevuje se zarudlou kůží, která je teplejší oproti okolí, s mírným edémem, je palpačně bolestivá a tuhá. Varikoflebitida postihuje nejčastěji kmeny VSM nebo VSP. Při rozsáhlé tromboflebitidě hrozí přesun onemocnění na hluboký žilní systém s rizikem embolizace (Karetová, 2011, s. 10; Češka, Štulc, Tesař a Lukáš, 2015, s. 234).

Infekce, především **erysipel**, je další možnou komplikací CVI. Vstupní bránou infekce je porušení kožní integrity. Inkubační doba je od několika hodin do dvou dnů. Projevuje se bolestmi hlavy, horečkou se zimnicí, celkovou vyčerpaností někdy doprovázenou nauzeou. Léčí se antibiotiky per os nebo intravenózně. Často dochází k recidivám onemocnění (Drlík, Škodová, 2008, s. 154).

Lymfedém vzniká při nedostatečném odtoku lymfy, ta se hromadí ve tkáni postižené končetiny. Sekundární lymfedém se objevuje z důvodu proběhlého erysipelu, nebo jako následek operace (Češka, Štulc, Tesař a Lukáš, 2015, s. 235).

Může se objevit i **krvácení z prasklého varixu**. K prasknutí může dojít po úrazu či samovolně následkem ztenčení stěny žíly. Zde je nutná komprese v místě krvácení a elevace končetiny. Pokud krvácení neustává nebo bývá opakované, je indikováno chirurgické řešení (Karetová, 2011, s. 10).

Nejzávažnější komplikací je **bércový vřed**, vznikající na základě trofických změn tkáně. Jedná je o chronickou ránu, která zasahuje různě hluboko do podkožních tkání. Doba hojení bývá nejméně 6 týdnů. Lokální léčba terapie spočívá i v odstranění nekrotické tkáně (Pospíšilová, 2008).

1.4 Epidemiologie varixů

Výskyt varixů se v dospělé populaci odhaduje na 5-30 %, s častějším výskytem u žen. Výskyt varixů stoupá s věkem, u žen mezi dvacátým a třicátým rokem v souvislosti s těhotenstvím, zejména po čtyřítátém roce života, po menopauze. Varixy se objevují u 70 % populace starší sedmdesáti let (Karetová, 2011, s. 3; Burešová a Straková, 2013, s. 143). Dle odborných prací docentky Horákové se varixy manifestují v 45 % před osmnáctým rokem života. Přítomnost žilního reflexu může být přítomna již od osmého až devátého roku dítěte. S narůstajícím věkem dítěte se projevy postupně zhoršují (Bartoš, 2012)

Hlavní faktory zapříčiňující vznik varixů je věk, dědičnost (při výskytu varikozit u obou rodičů je riziko vzniku varixů u potomka 40-70%), ženské pohlaví, s tím spojené těhotenství. V těhotenství kvůli zvětšující děloze jsou utlačovány žíly dutiny břišní a to napomáhá rozvoji křečových žil. Udává se: čím vyšší počet těhotenství, tím větší pravděpodobnost vzniku varixů. Dále je to vyšší tělesná výška, sedavý způsob života, obezita, nízká fyzická aktivita a také typ zaměstnání, kdy převažuje dlouhé stání nebo sezení, perorální antikoncepce, kouření. Nošení vysokých podpatků nad 5 cm, které omezí funkci lýtkových svalů, které jsou důležitou součástí žilně-svalové pumpy. Nošení korzetů, podvazků či těsného spodního prádla, které brání návratu krve zpět k srdci. Vzniku varixů napomáhají také dietní chyby, kdy se ve stravě nevyskytuje dostatek vlákniny, které zapříčiňují sklony k obstipacím (Šimečková, 2005; Burešová a Straková, 2013, s. 143).

1.5 Etiopatogeneze varixů

Žilní systém je nízkotlakým rezervoárem krve s chlopněmi, díky jimž je možný návrat krve zpět k srdci. Návratu napomáhá také činnost žilně-svalových pump. Počet bikuspidálních chlopní v povrchovém i hlubokém žilním systému dolních končetin narůstá směrem dolů (Karetová, 2011, s. 3).

Varixy vznikají porušením návratu krve, při kterém je vždy přítomna žilní hypertenze. Poškození chlopní povrchového systému vzniká při méněcennosti žilní stěny, kdy dojde k distenzi žíly s následnou nedomykavostí chlopní nebo jako následek proběhlé flebitidy, která zapříčinila poškození. Distenzi žil může způsobit hormonální změny, přetlak v dutých žilách u pravostranné srdeční nedostatečnosti, obstrukce žilního řečiště. Poškození hlubokého žilního systému vede k zvýšení žilních tlaků při ortostáze. Příčinou může být

následek trombózy. Další příčinou žilní nedostatečnosti bývá selhání žilně-svalové pumpy při nedostatečné funkci lýtkového svalstva. Hodnoty tlaku zůstávají neměnné oproti tlaku ve stoje, velmi časté u paraplegiků a morbidně obézních (Karetová, 2011, s. 4).

1.6 Typy varixů

Varixy můžeme rozdělit na základní typy. Rozdílnost mezi nimi je ve stupni postižení žilního systému (IC klinika cévní chirurgie).

Metličky neboli mikrovarixy jsou rozšířené intradermální žilky. Zbarvení mají obvykle červené až modrofialové. Pacienty obtěžují především z estetického hlediska. Bolestivé mohou být u žen během menstruace. Průsvit žil je 0,1-1 mm (Avicena - chirurgie s.r.o.).

Retikulární varixy vznikají dilatací subdermálního žilního plexu. Průsvit mají 1-4 mm (Novotný, 2014, s. 37).

Nekmenové varixy postihují větve VSM a VSP (Novotný, 2014, s. 37). Vyskytují se buďto samostatně nebo společně s kmenovými varixy (Avicena - chirurgie s.r.o.).

Kmenové varixy vznikají v průběhu žil VSM a VSP (Avicena - chirurgie s.r.o.). Jejich vzhled může být různý. Mohou tvořit tubulární varixy nebo velké uzly (Křečové-žily.cz, 2018).

Insuficientní perforátory jsou rozšířené spojky, které neplní svoji funkci mezi hlubokým a povrchovým žilním systémem. U tohoto typu varixů je velké riziko přetížení hlubokých žil a vzniku bércevého vředu (Křečové-žily.cz, 2018).

Chronická venózní insuficience je pokročilé stádium onemocnění. Vznikají zde změny na kůži (např. suchá kůže, pigmentace kůže, ekzémy na kůži, kožní defekty, až bérceový vřed), tvoří se otoky nohy a bérce, které se během dne zvětšují (IC klinika cévní chirurgie).

1.7 Diagnostika

Diagnostika varixů dolních končetin je více obtížná než diagnostika onemocnění tepen. Projevy žilního onemocnění jsou méně specifické a lze je zaměnit za příznaky jiného onemocnění, např. postižení páteře nebo artróza nosných kloubů dolních končetin (Herman a Musil, 2012)

Anamnéza

Základem diagnostiky je odebrání anamnézy. Lékař se cílenými dotazy ptá na rodinnou anamnézu, jaká onemocnění se v rodině vyskytovala. Důležité je zjistit, zda se nevyskytovala v rodině flebotrombóza, předčasné porody, náhlé úmrtí ve věku do 50 let. Zda je familiární predispozice pro vznik varixů. Pátráme po chorobách, které pacient prodělal. Zda neměl nějaký úraz na dolních končetinách. Jaké druhy operací podstoupil a po léčích, které užíval (např. hormonální antikoncepce). Zajímáme se také o pracovní vytížení a volnočasové aktivity pacienta. Velké zatížení končetin má predispozici pro vznik hluboké žilní trombózy. Při onemocnění žilního původu, se potíže budou objevovat spíše ve stoje. Pacient si bude stěžovat na pocity tíhy a únavy končetin (Herman a Musil, 2011, s. 16).

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření probíhá za pomoci našich smyslů. Nemocného lze vyšetřit pohledem (aspekci), pohmatem (palpace), poklepem (percuse) a poslechem (auskultace) (Eberthardt a Raffetto, 2014, s. 336).

Vyšetření **aspekci** je prováděné vstoje za dobrých světelných podmínek. Zkoumáme celé dolní končetiny z obou stran, včetně podbřišku a třísel až po nohu. Vyšetřujeme kůži, zejména v oblasti kotníků, se zaměřením na teplotu, barvu, turgor a kvalitu ochlupení. Sledujeme známky otoků, symetrii končetin, náplň žil, známky zánětu a kožní změny (hyperpigmentace, hypotrofie až atrofie, či jizvy naznačující již proběhlé vředové onemocnění) (Češka, Štulc, Tesař a Lukáš, 2015, s. 220).

Vyšetření **palpací** provádíme upravenýma, suchýma a teplýma rukama. Při vyšetření hodnotíme i reakci pacienta. Při palpaci mírným tlakem vyšetřujeme povrchové struktury, při větším tlaku hodnotíme hluboké struktury pacienta. V průběhu vyšetření si všímáme teploty kůže a zda pacient nereaguje bolestivě (Češka, Štulc, Tesař a Lukáš, 2015, s. 220).

Vyšetřovací metody

Dopplerova sonografie zobrazuje průtok krve cévami. Zaznamenává jak rychlost proudění krve, tak hloubku odrazu dané struktury. Jedná se o neinvazivní vyšetření, ke kterému není nutná žádná speciální příprava (Bachleba, 2012, s. 105)

Neinvazivní **duplexní sonografie** vyšetří jak hluboké tak povrchové struktury žilního systému. Vyšetřením zjistíme, zda je přítomna hypertenze, obstrukce či reflux (regurgitační čas) v žilním řečišti. Je možné zaměřit přesně místo reflexu i jeho velikost, to vše pomocí barevného kódování. Vyšetření probíhá v různých polohách a při různých provokačních manévrech. V poloze na zádech (obráčené Trendelenburgově poloze) se reflux vyšetřuje pouze v oblasti třísla. V poloze vstojе se začíná od třísla a postupně se vyšetřuje hluboký i povrchový žilní systém (Češka, Štulc, Tesař a Lukáš, 2015, s. 221).

Pletysmografie je vyšetření, kdy získáme záznam o pulzových vlnách pomocí čidla. Vyšetření trvá obvykle 20 minut. Na vyšetřovanou končetinu umístíme manžetu a čidla. Pletysmograf vydává infračervené záření, které prostupuje skrz tkáň a odráží se zpět. Díky čemuž hodnotíme kvalitu prokrvení tkání. Manžetu nafoukneme na 60 mmHg a ponecháme ji tak asi 3 minuty. Při vyšetření pacient zapojuje lýtkové svaly, čímž se vyprázdní náplň žil a dojde ke zmenšení objemu končetiny. Po cvičení se náplň žil opět naplní, tento čas se zaznamenává. U varikózně změněných žil bude čas kratší než 20 sekund (Češka, Štulc, Tesař a Lukáš, 2015, s. 221).

Magnetická rezonanční flebografie je nepříliš využívaná diagnostická metody a kvůli své nákladnosti. Jedná se o neinvazivní zobrazení žilního řečiště. Výhodou je kvalitního zobrazení žilního systému, díky čemuž je možné odhalit i jiné patologie (Češka, Štulc, Tesař a Lukáš, 2015, s. 221).

Funkční testy byly dříve považovány za spolehlivou diagnostickou metodu. Využíval se např. Trendelenburgův test, Perthesův test, Mayo test nebo Prattův test. V dnešní době již nejsou využívány. Byly nahrazeny Dopplerovou sonografií (Herman a Musil, 2011, s. 220).

CT flebografie je invazivní vyšetření, kdy je podána kontrastní látka intravenózní cestou. Výhodou je možnost kombinace s kontrastním CT vyšetřením plic, k vyloučení plicní embolie. Nevýhodou této metody je invazivnost, vysoká radiační zátěž a riziko alergické reakce na kontrastní látku. Výsledek je pak možný hodnotit díky kontrastní látce v prostorovém obrazu. Pro dobré zobrazení je nutné správné načasování vyšetření. Po podání kontrastní látky musí být přítomna odpovídající koncentrace kontrastní látky v místě vyšetření (Herman a Musil, 2011, s. 221).

2 TERAPIE VARIXŮ DOLNÍCH KONČETIN

Léčba varixů je většinou celoživotní, proto je nutné, aby byly dodržovány léčebné postupy, aby nedocházelo ke zhoršení stavu. Důležité je informovat pacienta o prospěšnosti léčby a možných následcích jejího nedodržování. Terapii lékař volí dle stadia a příčin onemocnění. Při pokročilém stádiu onemocnění volíme radikální postup. Léčba je většinou celoživotní. Během léčby se snažíme předcházet vzniku a fixaci hypertenze (Karetová, 2011, s. 6).

2.1 Konzervativní léčba

je neoperativní možností léčby. Konzervativní léčba varixy neodstraňuje, pouze zmírňuje projevy onemocnění a udržuje onemocnění stabilní, aby nedocházelo ke zhoršení stavu (Beneš, 2018).

2.1.1 Kompresivní terapie

Na podporu pro správnou činnost žilně svalové pumpy se používá zevní komprese, která sníží objem krve v dolních končetinách. Dochází ke snížení žilní hypertenze díky snížení objemu krve v dolních končetinách, redukci dilatovaných žil. Kompresie dolních končetin má pozitivní dopad na mnoho systémů. Žilní systém má lepší návrat krve, zmenší se tvorba otoků, odstraní se reflux a zrychlí se proudění žilní krve. Zlepší se mikrocirkulace tepenného systému. Účinky zevní komprese se projevují i na zlepšení transportu lymfy, snížení kapilární filtrace a zvýšení reabsorbce. Minimalizují se subjektivní potíže. Kompresivní terapie je důležitou součástí léčby varixů. V běžné praxi je přesto problém se zvládnutím aplikace navlékacích punčoch nebo bandáží (Peňázová, 2007, s. 84).

Zevní komprese má i své kontraindikace. Nesmí se přikládat, pokud pacient má dekompenzovanou srdeční insuficienci s projevy kardiálního edému, dekompenzovanou hypertenzi, trpí septickou flebitidou či flegmázií. Relativní kontraindikací může být nesnášenlivost nebo alergie na materiál bandáží a punčoch, akutní bakteriální onemocnění kůže (ekzém s puchýřky a mokváním) (Peňázová, 2007, s. 84).

Zásady aplikace kompresivní terapie

Důležité pro správnou funkci kompresivních pomůcek je rozložení působení tlaku. Největší tlak je vyvíjen v oblasti kotníků a směrem vzhůru postupně klesá. U varixů by se tlak kompresivní pomůcky měl pohybovat v rozmezí 35-45 mmHg vstoje. Výška komprese se volí vždy na základě vyšetření lékařem. Nikdy by neměla končit v místě varikozity nebo otoku. Materiál kompresivní pomůcky se volí individuálně dle nemocného, měla by být prodyšná, aby nedocházelo ke kontaktním alergiím. Na trhu jsou k dostání elastické punčochy s antimikrobiálním účinkem s obsahem stříbra (Navrátilová, 2008, s. 449-450).

Typy zevní komprese

Kompresivní bandáž využívá různé druhy obinadel s různými vlastnostmi. Obinadla se využívají nejčastěji v akutní fázi onemocnění, kdy je zapotřebí intenzivní léčba. Správné přiložení obinadel klade velké nároky na zkušenosti, jelikož je třeba správného rozložení tlaku, který postupně směrem nahoru klesá (Lepší, 2003, s. 61-62).

Elastická dlouhotažná obinadla jsou vhodná pro imobilní pacienty. Je pro ně typický vysoký klidový a nízký pracovní tlak. Což znamená, že působí nejvíce při nízké aktivitě (Navrátilová, 2008, s. 450).

Elastická krátkotažná obinadla naopak mají velký pracovní a nízký klidový tlak. Efekt tak nejvíce pocítíme při kontrakci svalu při pohybu, který působí proti tlaku bandáže. Výhodou je účinek na hluboký žilní systém a mikrocirkulaci (Navrátilová, 2008, s. 450).

Adhezivní obinadla jsou polotuhá. Hodí se pro silnou kompresi. Působí nejvíce v hlubokých vrstvách, kde napomáhá výraznému snížení otoku a zlepšení výživy pokožky. Používá se převážně při terapii rezistentních edémů a léčbě bérkových vředů (Lepší, 2003, s. 66).

Příkládání bandáží

Aplikace bandáží má svá pravidla. Jednoduchá bandáž se příkládá od prstů směrem nahoru. Nejlepší je příkládat bandáž ještě před svěšením nohou z lůžka z důvodu vyvarování se zvětšení otoku. Obinadlo odvíjíme přímo u pokožky. Na oblast nártu užijeme obinadlo o šířce 8 cm, na lýtko a stehno obinadlo o šířce 12-14 cm. Technika aplikace bandáží nebyla standardizována. Existuje jich celá řada, např. klasový a hoblinový (Navrátilová, 2008, s. 450). Bandáž aplikujeme od prstů u nohou směrem nahoru, kotník musí být ohnutý v 90°

úhlu. Silné komprese kotníku docílíme několikerými otáčky, kterými překryjeme i patu (Machovcová, 2009, s. 19). Tlak bandáže se postupně směrem nahoru zmírňuje. Obinadlo by se mělo překrývat alespoň z jedné poloviny předchozí otáčku. Nošení bandáží by mělo být příjemné, nemělo by nikde škrtit ani vyvolávat bolest. Pokud se objevují nepříjemné pocity, je nutné bandáž přiložit znovu (Navrátilová, 2008, s. 449).

Kompresivní elastické punčochy

známé také pod zkratkou KEP (dále jen KEP) se užívají jako prevence i u chronicky nemocných. Punčochy jsou dlouhotažné s nízkým pracovním tlakem, proto je nutné je na noc sundávat. Existují různé varianty punčoch, liší se intenzitou vyvíjeného tlaku na končetinu a svou výškou, např. pod koleno, polostehenní, elastické kalhoty sahající až do pasu. Mohou se lišit také tím, zda mají otevřenou špičku či uzavřenou. Pokud jsou patrné známky otoku nártu, je indikována uzavřená špičku punčoch (Peňázová, 2007, s. 85). KEP se také dělí dle typu pletení na kruhové a plošně (využití má u vyšších kompresivních tříd) pletené. Správně padnoucí KEP musí vyvíjet dostatečný tlak v oblasti kotníků, v oblasti stehů nesmí škrtit, naopak nesmí ani padat (Machovcová, 2009, s. 24). Ukázkou typů KEP nalezneme v příloze III. Stejně jako tabulku velikostí, kde je návod, ve kterých místech končetinu změřit pro určení velikosti KEP - příloha II.

Od II. třídy jsou punčochy hrazeny pojišťovnou. Všechny velikosti se vyrábí konfekčně, nebo je lze ušít na míru, vlivem atypicky tvarované končetiny. Velikost se určí přesným změřením končetiny a následným zasazením čísel do příslušné tabulky (každý výrobce má svoji). Pro obtížnost jejich nasazování je možno ušít punčochy i se zipem nebo objednat pomůcky pro usnadnění jejich navlékání (Navrátilová, 2008, s. 454)

Zásady oblékání KEP

Stejně jako u bandáží je vhodné oblékat KEP ráno, než vstaneme z lůžka, před rozvojem edému. Pro účinnost léčby je potřeba dodržovat nošení KEP i v horkých dnech. Je lepší nosit alespoň nízké KEP, které sice nepokryjí všechny varikozity, než vůbec žádné (Lepší, 2003).

Navlékají se lépe, pokud máte nasazenou na noze tenkou ponožku, kterou si poté volným prostorem u prstů vyvléknete, nebo gumové rukavice, které chrání punčochy před mecha-

nickým poškozením od nehtů. Obecně se lépe snášejí punčochy, které mají vetkané určité procento bavlny (Lepší, 2003, s. 70). Existují také speciální pomůcky pro snazší oblékání KEP. Jedná se o různé návleky či konstrukce, na které se punčocha navlékne. Návod na oblékání KEP nalezneme v příloze IV.

Péče o KEP

KEP časem ztrácí svou původní elasticitu, proto je nutné je měnit zhruba po 6 měsících. Pro zvýšení doby jejich životnosti je potřeba o ně pečovat. Při oblékání punčoch si musíme sundat prstýnky, nikdy netaháme za horní okraj punčochy, aby nedošlo k jejich poškození. Prát by se neměly při teplotě přesahující 40°. Nejlépe používat jen mýdlovou vodu. Neměly by se ždímat. Přebytečnou vodu vymačkejte suchým ručníkem. KEP by se neměly sušit na přímém zdroji tepla. Nejlépe nechat volně uschnout (Deonamedí, 2016).

Dle intenzity tlaku dělíme punčochy do tříd:

Třída I. vyvíjí tlak 18-21 mmHg. Využívá se jako prevence vzniku křečových žil v těhotenství a u pracujících lidí převážně vstoje.

Třída II. o intenzitě tlaku 23-32 mmHg se využívá po operacích a středně pokročilé chronické venózní insuficienci již viditelnými varixy.

Třída III. se využívá u těžších forem chronické insuficience s tvorbou otoků, u probíhajícího flebolymfedému. Zde je tlak 34-46 mmHg.

Třída IV. o tlaku nad 49 mmHg se užívá je výjimečně, při trvalých lymfatických otocích a přítomnosti lipodermatosklerózy (Peňázová, 2007, s. 85).

2.1.2 Medikamentózní léčba

Venofarmaka se užívají jako součást chronické venózní insuficience. Své využití mají i při léčbě akutní tromboflebitidy. Jedná se o přírodní, semisyntetické nebo syntetické produkty. Pozitivně působí na zmírnění hypertenze, zlepšení žilního tonu, mikrocirkulaci, zrychlení odtoku lymfy, mají protizánětlivý a antioxidační účinek. Přestože venofarmaka neslouží k léčbě chronické venonózní insuficience, mají vliv na odstranění nežádoucích subjektivních vjemů, včetně zlepšení kvality života postiženého. Zmírňují pocit tíhy, pálení,

bolesti a otoků dolních končetin (Češka, 2015, s. 233; Karetová, 2011, s. 7; Bachleba, 2012, s. 107).

Indikaci léčiv zvažujeme, nemá smysl je podávat u asymptomatických nekomplikovaných varixů. Naopak při kožních změnách a tvorbě edému je jejich užívání žádoucí. Účinek léčiv zhodnotíme v odstupech týdnů (Češka, 2015, s. 233).

Mezi **přírodní venofarmaka** se řadí výtažky z rostliny jako je Gingo biloba, hroznů, borůvek, semen pakaštanu koňského – escin. Jednotlivými skupinami jsou flavonoidy a glykosidy. Flavonoid s protiedémovým a protizánětlivým účinkem je rutosid, diosmin či hesperidin. Jsou i léky kombinované, obsahující více účinných látek (Karetová, 2011, s. 8).

Semisyntetické venofarmaka obsahují chemicky upravené látky přírodního původu. Účinnými látkami zde je např. tribenosid, troxerutin a hepraminol (Karetová, 2011, s. 8).

Synteticky vyrobená léčiva se užívají i k terapii hemoroidů a diabetické retinopatie. Látkami obsaženými v léčivech jsou kalcium dobesilát a heptaminol (Karetová, 2011, s. 8).

Dle nového systému GRADE, který byl aktualizovaný roku 2014, jsou léky rozděleny do tří tříd. Dále se třídy označují písmeny A, B a C dle kvality důkazů a čísla 1, 2 a 3 dle doporučení pro použití (Slonková, 2016, s. 64).

U pacientů s větší žilní hypertenzí či s potrombotickým syndromem je předepsána antikoagulační léčba (Češka, 2015, s. 234).

Léčbu je vhodné doplnit preparáty k zevnímu použití, jako jsou gely, masti a roztoky. Ty obsahují přírodní extrakty, které přináší zmírnění pocitu těžkých a unavených nohou s příznivým účinkem na žilní a lymfatický systém (Peňazová, 2007).

2.1.3 Režimová opatření

Výživa

Při léčbě chronické venózní insuficience musíme změnit životní styl. Zařadit do jídelníčku více vlákniny, abychom předcházeli vzniku zácpy. Mít vyvážený jídelníček, který bude obsahovat především vitamín C a E, zinek a magnézium prospěšné cévnímu systému. Vitamín E snižuje pocit tíhy nohou. Magnézium je potřebné pro svalovou činnost. Udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost. Dodržování pitného režimu předcházíme zhušťování krve, s tím její zvýšené srážlivosti. Můžeme si do vody přidat šťávu z citronu, který obsahuje

flavonoidy nebo častěji konzumovat potraviny, ve kterých se tyto látky vyskytují (Burešová, Straková, 2013, s. 143).

Pohyb

Ne všechny druhy pohybu jsou vhodné pro lidi s křečovými žilami. Při aktivitách, jako je jízda na koni, vzpírání, lyžování či squash, dochází ke zvýšení žilního tlaku a omezení žilní cirkulace. Omezení žilní cirkulace vzniká i při nesprávném sedu, kdy křížíme nohy přes sebe. Na cestách nebo v práci, kdy jsme nuceni dlouze sedět se doporučuje cvičit cviky na podporu žilně-svalové pumpy, tzv. žilní gymnastiku. Při dlouhém sezení je vhodné tyto cviky opakovat každé 2-3 hodiny. Principem žilní gymnastiky je intenzivní trénink s opakovanými krátkými stahy svalů. Pro napomáhání lepšímu fungování žilně-svalových pump je prospěšná chůze, plavání, jízda na kole, protahování se při dlouhém sezení aj. Preferovaná poloha při odpočinku je s elevací dolních končetin na úroveň srdce, při spánku je vhodné zvednutí dolní části lůžka v 10° úhlu (Burešová a Straková, 2013, s. 143). Neměli bychom vystavovat nohy přílišné zátěži, nosit kompresivní punčochy.

Hygiena

Při hygieně nepoužívat horkou vodu, ale spíše studenou. Nedoporučuje se návštěva termálních lázní a saun. Koupelí či sprchováním chladnou vodou předcházíme vazodilataci. Při péči o nohy se vyvarovat zranění, které by mohlo být vstupní branou infekce. Kůži pravidelně promazávat a udržovat v čistotě (Burešová, Straková, 2013, s. 143).

Oblékání

Při oblékání dbáme na to, aby oblečení nebylo těsné a nepohodlné. Ponožky nosíme dobře padnoucí, aby nás neškrtily. Kalhoty by nás při sezení neměly tlačit, rozepnutím pásku snížíme tlak v pánevní oblasti, jinak by docházelo ke snížení krevního toku v žilách (Burešová a Straková, 2013, s. 143).

2.1.4 Fyzikální léčba

Základy fyzikální léčby pochází ze staré Číny. V 19. století Vincenz Priessnitz proslavil fyzikální terapii svými úspěšnými metodami a získal jí tak místo i v moderních léčebných postupech. Metody, které jsou využívány při léčbě varixů, se zaměřují na obnovu či zlepšení funkce cévního a lymfatického řečiště. Příznivý efekt léčby bývá jen dočasný (Wikipedie, 2015).

Lymfatická drenáž

Je to nebolestivá masáž zaměřená na lymfatický systém. Provádí se malým tlakem okolo 40 mm Hg, pomalými, většinou krouživými nebo spirálovitými pohyby. Působením většího tlaku by mohlo vzniknout poškození lymfatických cév (Benda, 2007, s. 63). Délka působení tlaku se pohybuje v rozmezí od 1 do 4 sekund s opakováním 5krát až 7krát. Účelem lymfodrenáže je podpora lymfomotoriky, zvýšení odtoku lymfy a snížení bolestivého napětí. Na začátku každé lymfodrenáže je nutné ošetření krku, aby došlo ke zlepšení transportu lymfy do žilního systému. Poté ošetříme místa sběrných uzlin, která dokonale vyprázdníme. Tekutina se z distálních úseků posouvá více proximálně (Benda, 2007, s. 45). Celkové ošetření trvá zhruba 40 minut. Je vhodné jej doplnit intermitentní kompresivní léčbou a následnou aplikací zevní komprese (Zajícová, 2016, s. 30).

Intermitentní kompresivní léčba

Přístrojovou lymfodrenáž je vhodné provést po manuální lymfodrenáži. Jedná se o léčbu lymfedému pomocí návleku, který může být jednokomorový či vícekomorový. Jednokomorový systém má tvar boty a působí tlak pouze na chodidlo a hřbet nohy. Vícekomorový systém sahá až k tříslům. Komory se postupně nafukují a tím napodobují pohyb rukou při manuální drenáži. Postupně působící tlak vytváří vlnu, která nahoru posouvá lymfu, krev a intersticiální tekutinu směrem k srdci. Terapie probíhá 40 až 60 minut, poté je nutné přiložit zevní kompresi (Benda, 2007, s. 65-66).

Lymfotapin

Jedná se o speciální náplasti, které se nalepí přímo na tělo, kde mohou zůstat 1 až 5 dní. Mezi jednotlivými aplikacemi tapu na stejné místo je nutná pauza 24 hodin, je potřebná k regeneraci. Lymfotaping můžeme využít i při kompresivní terapii (Zajícová, 2016, s. 30).

Tapy má tvar vějíře, díky tomu pokryje co největší plochu otoku. Kotva se umísťuje nejlépe do oblasti mízní spádové uzliny. Při aplikaci tapu chceme dosáhnout co největšího napětí kůže a tím zvrásnění náplasti i kůže pod ní. Díky tomu vzniká tlak, který lépe posouvá lymfu směrem ke kotvě tapu, či-li ke spádové mízní uzlině.

2.2 Chirurgická léčba

Indikace k chirurgické léčbě nejčastěji bývá léčebná nebo kosmetická. Je žádoucí zmírnění subjektivních potíží pacienta a předejití komplikací varixů. Kosmetické hledisko zde hraje také velice důležitou roli (Bachleba, 2012; Novotný, 2014, s.57).

Kontraindikace, kdy pacient nemůže podstoupit operaci, jsou: závažné celkové onemocnění, akutní hluboká žilní trombóza, zánětlivý proces kůže DKK, ischemická choroba DKK, gravidita, kojení, věk nad 70 let, lymfedém, imobilita, morbidní obezita a porucha jaterních funkcí (Bachleba, 2012; Novotný, 2014, s. 58).

2.2.1 Sklerotizace

Principem sklerotizace je vpravení sklerotizačního roztoku či pěny do žíly. Cílem je poškození stěny cév (endotelu), vyvolat zánětlivou reakci, díky čemuž dojde k zvazivění vnitřní stěny cév. Úspěšnost zákroku závisí na zkušenosti lékaře, který musí správně odhadnout koncentraci sklerotizačního roztoku. Nízká koncentrace způsobí nedostatečné zvazivění cévy. Příliš vysoká koncentrace může způsobit poškození okolních struktur. Hrozí i zasažení hlubokého žilního řečiště. Při zákroku také záleží na poloze pacienta. Vleže dochází k vyprázdnění žil, tudíž dochází k menšímu ředění sklerotizačního roztoku. Poloha vleže dopřává pacientovi také více komfortu (Herman a Musil, 2011, s. 209).

Při sklerotizaci je na výběr z několika skupin roztoků: detergenní sklerotizační roztoky, hypertonické sklerotizační roztoky a chemické iritanty (Herman a Musil, 2011, s. 209).

Sklerotizace VSM nebo VSP probíhá v poloze na zádech s končetinou mírně zevně vytočenou či na břiše podložením končetin v místě nártu. Pod ultrazvukovou kontrolou je vpraven sklerotizační roztok přímo do místa refluxu. Poté se postupuje od distální strany, až se vyplní celý úsek varikózní žíly. Po zákroku se ihned nasadí kompresivní terapie, která se nechává 2 – 4 týdny. Díky využití ultrazvuku dochází v menší míře k recidivám (Herman a Musil, 2011, s. 211).

2.2.2 Striping

Je chirurgická metoda odstranění části nebo celé varikózní žíly. Pokud se jedná o odstranění celé žíly, mluvíme o totálním stripingu. Provádí se vysoký podvaz žíly, tzn. těsně před jejím vyústěním do hlubokého žilního řečiště. Podvázání před odstupem jejích větví má za následek recidivy onemocnění. Při zákroku je do žíly zavedena sonda, ta může být plastová nebo kovová. Sonda je na jednom konci rozšířena do tvaru olivy (Herman, 2003). Velikost olivky měníme dle rozsahu varikozit žíly (Novotný, 2014, s. 68).

Striping VSM

Před operací se zakreslí na končetinu nesmývatelným fixem průběh varikózní žíly, kterou chceme odstranit. Využívá se ultrazvuková kontrola. U obézních pacientů, kteří mají tlusté podkoží, může dojít ke změně umístění zakreslení vlivem změny polohy. Proto je lepší zakreslovat varixy ve stejné poloze, v jaké bude operace prováděna (Novotný, 2014, s. 70).

Operace se provádí v poloze na zádech s pokrčenými končetinami v kolenou, s mírnou zevní rotací kyčlí (Novotný, 2014, s. 70). Operační incize je vedena podle druhu operace, u totálního stripingu je řez umístěn na vnitřním kotníku a v tříslu. Řez v tříslu nesmí být proveden příliš nízko, proto je veden téměř v ohybové části třísla, nebo jde paralelně s ním. Sonda se může zavádět i od periferie, ale hrozí zde větší riziko průniku olivky do hlubokého žilního řečiště s poškozením jeho struktur. Uložení VSM sousedí s n. saphenus. Při operaci hrozí riziko jeho poškození s následnou parestezií v oblasti vnitřního kotníku. Sondu můžeme lokalizovat palpačně či vizuálně. Nejprve se provádí striping uzlů a malé safény, až poté se přechází na striping VSM s následným nasazením bandáží. Striping se provádí pomalým tahem buďto směrem k periferei nebo kraniálně. Uvádí se, že tahem směrem

k periférii dochází k menšímu počtu poranění n. saphenus. Naopak strippingu kraniálním směrem předcházíme tvorbě hematomů (Herman, 2003).

Při limitovaném strippingu je možné vést řez pod kolenním kloubem, díky čemuž je oblast lépe dostupná, tudíž je možné využít při odstranění uzlů Smetanův nůž (Herman, 2003). Využití velkého množství incizí pro odstranění varikózních uzlů se již dnes nepoužívá, protože kosmetický výsledek nebyl uspokojivý.

Striping VSP

Operační techniky jsou zpravidla stejné jako u strippingu VSM. Před operací se provádí vyšetření, kdy se punktuje VSP a aplikuje se kontrastní látka. Výsledek nám zobrazí ústí VSP. Důležité je odstranění všech jejích větví. Nízké vyústění je příčinou mnoha recidivit. Operace se provádí v poloze na břicho s elevací operované končetiny, která je podložena v oblasti nártu. Pokud se jedná o kombinovaný výkon, kdy je prováděn i striping VSM, je nutná změna polohy pacienta během operace s nezbytnou úpravou operačního pole - dezinfekce, přeroubování. Další možnou variantou je poloha pacienta na zádech, kdy je operovaná končetina po celou dobu výkonu v elevaci a udržována v jedné poloze (Herman, 2003, s. 68-69).

Invaginační striping

je šetrnější forma běžného stripingu. Operace je ale také více časově náročná. Rozdílnost výkonů spočívá v odlišné sondě. Tzv. Oeschův stipler má na konci nástroje oko, do kterého se umístí steh, kterým se upevní konec stripingované žíly (Novotný, 2014, s. 69). Varikózní žíla se neshruje před olivkou, nýbrž se její konec zasune do jejího lumen. Nedochozí tedy k poškození vnitřních struktur. Krvácení u tohoto výkonu bývá minimální. Stálým tahem odstraníme žílu a v incizi ji můžeme vyzvednout háčkem, protnout či pouze přetřhnout. Extirpaci můžeme provést peánem, kdy žílu navineme nebo Smetanovým nožem (Herman, 2003).

2.2.3 Endovaskulární laser

Laser produkuje vysokou energii vázanou na světlo o stejné vlnové délce. Díky tepelné složce laseru dochází k destrukci buněk cévy. Při přímém kontaktu laserového vlákna může dojít k perforaci žíly kvůli vysoké teplotě, kterou vydává. Tím dojde k tvorbě hematomů a poškození okolních struktur. Proto se konec laserového vlákna musel upravit. První změnou bylo zakulacení pracovního konce laseru. Dalším zlepšením, které se nazývá „never touch technique“, bylo nasazením krytu na konec vlákna z kovu či keramiky. Tím dochází k omezení kontaktu mezi cévní stěnou a laserem (Novotný, 2014, s. 83-84).

Před výkonem je nutné určit polohu varikózní žíly a zakreslit ji na kůži. Při ošetření VSM pacient leží na zádech a u VSP leží v poloze na břiše s podloženými končetinami. Provádí se punkce žilního řečiště pod ultrazvukovou kontrolou. Díky ultrazvukové kontrole se zlepšuje přesnost výkonu, protože si můžeme zobrazit jednotlivé cévy (Hissink et al., 2010, s. 404). Pro dobrou náplň žil je nutné, aby pacient byl dobře hydratovaný, nebo jej umístíme do antitendelenburgovy polohy, aby v místnosti bylo teplo, nebo alespoň pod pacientem byla vyhřívaná podložka. Žíly dolních končetin jsou totiž vleže vyprázdněny. Zaškrtíme končetinu a provedeme punkci jehlou číslo 19G nebo 21G. Laser se zavádí do žilního kmene. Lze jej zavést také do jeho přítoků, nevýhodou je vysoké riziko spasmu žíly. Někdy je operátor nucen punktovat žílu dvakrát a šetřit každý její úsek zvlášť. Žíla může být totiž hyponastická, tudíž nelze v tomto úseku protáhnout vodící drát jejím lumen. Zhoršený přístup vodícího drátu bývá také v úseku žíly, kde proběhla flebitida. V některých případech pomáhá masáž problematického úseku. Laserové vlákno před zavedením do žíly musí být na svém konci označeno. Laser se zasune do katétru tak, aby jeho pracovní konec přesahoval asi o 3 – 5 mm, druhý konec se označí nalepením náplasti. Přes vodící drát se do žíly zavede katétr, poté se vodící drát vytáhne. Proveďte se proplach katétru fyziologickým roztokem s následnou aspirací, abychom se ujistili, že je opravdu v žíle. Za pomoci ultrazvukové kontroly zavedeme do žíly laser až po označení na konci. V tomto stádiu operace se aplikují tumescenční anestezie. Tato anestezie zajistí vyprázdnění krve z žil, její větší přítomnost by mohla způsobit vznik trombu. Dále napomůže zmenšení průměru cévy, tudíž lepšímu přiléhání cévní tkáně k laseru. Tumescenční anestezie je velkoobjemná, je potřeba 100 – 300 ml roztoku, aplikace se provádí pod ultrazvukovou kontrolou do fasciálního oka safény (Novotný, 2014, s. 88-91).

Před zahájením laserového ošetření můžeme ještě upravit polohu pacienta elevací končetiny, či umístěním ho do Trendelenburgovy polohy, vhodné je také snížení teploty na sále

pro docílení ještě většího vyprázdnění žil. Následně po výkonu se ještě na operačním sále nasadí KEP II. třídy, které pacient bude nosit po dobu 3 týdnů. Komplikace, která se při tomto výkonu může vyskytnout, je trombóza při nedostatečném vyprázdnění žily (Novotný, 2014, s. 88-92).

2.2.4 Flebektomie

Jedná se o operační techniku prováděnou mikroincizí. Tato metoda je šetrnější a estetičtější. Projevuje se to i v pooperačním období, kdy nedochází k tvorbě bolestivých uzlů. Při hojení rány je každý milimetr důležitý. U flebotomie se vytváří 2 mm dlouhá incize, která téměř není vidět (Novotný, 2014, s. 74).

Před operací je důležité pečlivé zakreslení varikózních žil, obzvláště pokud se jedná o nárt. Vleže se náplň žil vyprázdní a poté jsou špatně lokalizovatelné. V této oblasti jsou senzitivní nervy, proto je třeba dbát opatrnosti, aby nedošlo k jejich poškození. Flebektomie se provádí v tumescenční anestezii, kdy je roztok vpraven do podkoží. Vlastní aplikace anestezie se může provést dlouhou jehlou nebo rigidní jehlou se zdrojem světla, která varixy podsvítí (Novotný, 2014, s. 75).

Během operace se provádí punkce hrotnatým skalpelem či širokou odběrovou jehlou. Při incizi by se měla kůže držet trochu napnutá, pokud jde o místo, kde je blízko podkoží kost, utvoříme kožní řasu a incizi vedeme na kožní řase. Incize se poté roztáhne. Pomocí speciálních nástrojů žílu zbavíme vaziva kolem a vytáhneme ji incizí na povrch a dle její velikosti a umístění ji podvážeme. Podvaz žíly není vždy nutný. Nástroje používané při operaci jsou specifické, používají se různé druhy háčku či malých peánků. Smyčku, kterou vytáhneme na povrch, zaklípujeme na obou koncích peány. Žílu uvolníme a jemným tahem ji poté navijíme na peán. Postupujeme po průběhu žíly a další vpich provedeme v místě, kde je žíla stále cítit jako napnutá struna. Až je žíla uvolněná a zaháčkovaná i v nové ráně, podvázanou žílu z první incize vtáhneme do nové, tím se ujistíme, že byla vytažena celá. Problematická je extrakce větví varixu. Menší se mohou oddělit samy, ale větší mohou způsobit přetržení operované žíly. Větev varixu je potřeba oddělit, snažíme se ji vtáhnout do incize, podvázat a odstříhnout. Vzdálenou větev je možné oddělit punkcí. Varikózní žílu namotáme na peán a necháme ji pod tahem, nahmatáme větev varixu a tu poté punkční jehlou opakovanými pohyby oddělíme (Novotný, 2014, s. 75-78).

2.2.5 Kryochirurgie

Kryochirurgie čili kryostripping odstraňuje žilní městky. Tato technika spočívá v zavedení sondy do VSM řezem, který je veden v třísele. Sonda se zavede žílou až ke kolennímu kloubu. Po umístění sondy na požadované místo se její pracovní konec ochladí na -85° , k tomu se nejčastěji používá NO_2 nebo CO_2 . Není nutný žádný další řez. I když tato metoda není příliš rozšířena, její výhodou je kosmetická šetrnost a časová nenáročnost (Novotný, 2014, s. 96-97).

2.2.6 Endovenózní termická ablace

Tato metoda byla v minulosti zavrhována pro četné komplikace, které způsobovala (popáleniny kůže, parestezie, infekce). Znovu se začala používat až s nástupem nových technologií, které jsou šetrnější. Za pomoci diodového laseru či radiofrekvenční koagulace dojde k tzv. zatavení cévní stěny. Po operaci se ze žíly postupně stává vazivový pruh. Operace je zahájena malým řezem, který se provádí v lokální anestezii (Novotný, 2014, s. 81-82).

Výběr pacientů vhodných k ošetření varixů touto operační technikou probíhá za pomoci duplexní sonografie. Pacient je nevhodný, pokud: prodělal flebitidu VSM, průběh VSM jde těsně pod kůží (není zde ani 1 cm silná tuková vrstva), má anatomické anomálie (zdvojení VSM, neobvyklé zvlnění žíly), které nedovolí průniku sondy jejím lumen (Novotný, 2014, s. 82).

2.2.7 Radiofrekvenční ablace

Provádí se v celkové anestezii, v některých případech je možné využití periferní anestezie. Elektroda se zavádí přes malý řez. Využívá toho, že se stěna žíly přímo dotýká elektrody. Teplo vyzařované elektrodou vzniká elektrickým odporem cévní stěny, kterou prochází vysokofrekvenční proud. Teplo zapříčiní zničení endotelu a zatavení cévy. Tuto metodu lze využít při ošetření jak kmenových varixů, tak i perforátorů. Nemusí se zde podávat tumescenční anestezie, neboť zde je riziko poškození okolních tkání minimální (Novotný, 2014, s. 93-94).

2.2.8 TIPP

TIPP, zkratka z anglického transilluminated powered phlebectomy, je nová operační technika, která vychází z flebektomie. Výhoda TIPP je menší počet incizí nutných k provedení výkonu, také minimalizace komplikací, jako je poškození nervů a hematomy. Nevýhodou je vysoká pořizovací cena přístroje (Novotný, 2014, s. 95).

Před operací se provádí zakreslení varixů, specifikací zde je, že zakreslení varixů se nachází paralelně vedle nich. Inkoust by při operaci bránil prosvícení žil. Anestezie se podává tumescenční. Proveďte se malá incize 2-3 mm, kterou je následně zavedeno endoskopické zařízení, to prosvěcuje varikózní žíly. Druhou incizí se zavede „resektor“ přímo pod varixy. Nástroj slouží k rozřezání varixů na kousky a jejich odsátí. Pro snížení počtu podlitin se po odsátí aplikuje další dávka tumescenční anestezie (Novotný, 2014, s. 95-96).

2.2.9 CHIVA a ASVAL

Tato metoda zachovává zdravé žilní řečiště. Technika CHIVA spočívá v odstranění reflexních míst a zrušení přetlaku (Hofírek, 2015). Na základě vyšetření duplexní sonografií se zjistí, o jaký typ reflexu se jedná. Poté se rozhodne, jaký typ operace se zvolí. Existuje prozatím šest typů varixů a k nim šest příslušných operačních technik. Operace se provádí ponecháním kmene VSM a podvazem cév na určitých místech povrchového žilního řečiště (Novotný, 2014, s. 97-98).

Operační technika ASVAL spočívá v odstranění všech varikózních přítoků VSM bodovými incizemi. Jedná se spíše o kosmetický zákrok, který je vhodný pro pacienty, u kterých varix nepřesahuje rozměr 8 mm (Novotný, 2014, s. 98).

2.2.10 Další operační metody

V USA byla vynalezena metoda **CleriVein – mechanická endovenózní ablace**. Jedná se o metodu, kdy dochází k poškození endotelu za pomoci rotujícího katétru a sklerotizační pěny, která je vstříkována do blízkosti rotujícího katétru. Tato metoda je velice šetrná a rychlá, aplikuje se jen lokální anestetikum, nehrozí poškození tkání a nervů (Novotný, 2014, s. 98-99).

Další metodou je **lepení povrchových žilních kmenu kyanakrylátem**. Kyanakrylát je bezbarvá, nízko viskózní tekutina, která se do žil aplikuje pomocí hydrofobního katétru. Zákrok se provádí pod ultrazvukovou kontrolou. Při zákroku dochází díky kyanakrylátu k mírnému poškození endotelu a dochází k lokální zánětlivé reakci a postupné fibrotizaci celé cévní stěny (Novotný, 2014, s. 106-109).

Ablace parou se provádí od roku 2006. Jedná se o metodu, kdy je velmi tenkým katétreem do cévy přiváděna pára, která si díky průměru katétru uchová svůj vysoký tlak i teplotu (120 °C). Pára se do žíly pouští v několika intervalech, tam se ochladí a zkondenzuje. Uvolněné teplo zahřeje žilní stěnu a poškodí endotel. Po zákroku je vhodné nosit kompresivní punčochy alespoň jeden týden (Novotný, 2014, s. 111-112).

2.3 Ošetřovatelská péče

je soubor odborných činností, zaměřených na udržení podpory a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb jedince změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu (vyhláška 55/2011).

2.3.1 Předoperační příprava

Předoperační přípravu můžeme rozdělit na tři období – dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Během dlouhodobé přípravy pacienta k operaci dochází mezi pacientem a lékařem k rozhovoru, kde zvolí typ operačního výkonu, který nejlépe bude vyhovovat pacientovi. Lékař pacienta informuje o postupu výkonu, o možných komplikacích a nechá pacienta podepsat informovaný souhlas (Janíková a Zeleníková, 2013).

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy pacient podstoupí řadu vyšetření. Interní vyšetření zahrnuje získání anamnézy od pacienta, fyzikální vyšetření, zhodnocení fyziologických funkcí a natočení EKG. Pacientovi se odebere krev a moč na screeningové vyšetření. Dále je pacient odeslán na RTG vyšetření srdce a plic a k anesteziologovi, který zhodnotí rizika spojená s anestezií a zvolí nejvhodnější typ anestezie. K hodnocení anesteziologického rizika se používají validované klasifikace. Nejčastěji se používá klasifikace ASA (American Society of Anesthesiologists). Platnost vyšetření bývá nejčastěji 14 dní až měsíc (Janíková a Zeleníková, 2013).

Krátkodobá předoperační příprava navazuje na dlouhodobou. Odehrává se 24 hodin před plánovaným operačním výkonem. Pacient přijde na chirurgickou ambulanci, kde je sepsána na příjmová zpráva a kde pacient předá předoperační vyšetření lékaři, který výsledky zhodnotí. Poté jde na chirurgické oddělení, kde jej sestra přijme. Sestra upevní pacientovi na horní končetinu identifikační náramek. Pacient při příjmu podepisuje souhlas s hospitalizací, souhlas s poskytováním informací osobám jemu blízkým a informovaný souhlas s anestezií. Sestra vyplní s pacientem ošetrovatelskou anamnézu a zhodnotí u něj riziko pádu, stav nutriční, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, vyplní se také Barthelův test základních všedních činností – ADL. Den před operací pacient provede celkovou hygienu. Před operací sestra musí zajistit PŽK, který zavede do horní končetiny, vyholí operační pole a poté mu lékař zakreslí na dolní končetiny varixy, které se budou operovat. Pokud je potřeba, sestra odlakuje lak z nehtů, aby byly čisté. Edukuje pacienta o nutnosti být lačný od půlnoci a o zákazu kouření. Dle ordinace lékaře sestra podá medikaci (Janíková a Zeleníková, 2013).

Příprava pacienta v den operace, přibližně 2 hodiny před plánovanou operací, se nazývá bezprostřední předoperační příprava. V tomto období kontrolujeme operační pole (zda je vyholené a jsou-li zakresleny varixy), dokumentaci, zda jsou podepsány všechny náležité dokumenty. Dále zda byl pacient lačný, podáme premedikaci, infuzní terapii dle ordinace lékaře, zajistíme, aby pacient sundal veškeré šperky, vyjmul zubní náhradu. Provedeme měření vitálních funkcí. Pokud je pacient diabetik, měl by být v operačním plánu umístěn mezi prvními. Místo inzulínu či PAD pacient dostane dle ordinace lékaře infuzi glukózy s inzulínem, který pokryje jeho momentální hladinu glykémie. Těsně před odvezením pacienta na operační sál by se měl jít pacient vymočit, zkontrolujeme totožnost pacienta, poté jej můžeme odvést na operační sály (Janíková a Zeleníková, 2013).

2.3.2 Pooperační péče

Pacientovi je na operačním sále končetina opláchnuta fyziologickým roztokem a osušena rouškami. Operační rány se nešijí, ale jsou zalepeny steri-stippy tak, aby kůže svými okraji naléhala k sobě. Pokud je operační rána větší, podkoží se sešije k sobě, ale kůži opět lepíme k sobě steri-stippem. Na rány přiložíme hydrofilní čtverce gázy, savé čtverce a dále obalíme buničitou vatou. Poté končetinu elevujeme a přikládáme bandáž. Použijeme krátkotažná obinadla. Začínáme na nártu, prsty jsou volné, nesmí být vynechána pata. Bandáž

vedeme až k tříslu. Obinadlo by mělo přesahovat nejvýše položenou operační ránu přibližně o 10 cm. Předchází se tím tvorbě otoku a hematomů. Komprese končetiny musí být příjemná a nebolestivá. Pokud bandáž vyhovuje, ponecháváme ji 48 hodin po operačním výkonu (Novotný, 2014).

Pacient je po operaci odvezen na tzv. dospávací pokoj, kde sestra intenzivně sleduje celkový stav pacienta. Měří fyziologické funkce a naměřené hodnoty zaznamenává do dokumentace, tzv. akutní karty. Sleduje případné pooperační komplikace, bolesti a operační ránu, zda nedochází k prosakování obvazu. Medikace podáváme dle ordinace lékaře. Po hodině je pacient převezen na standardní oddělení. Sestra provede záznam do dokumentace s časem, kdy pacienta převzala. Zkontroluje aktuální stav pacienta. Na standardním oddělení se i nadále pokračuje v zaznamenávání naměřených fyziologických hodnot do akutní karty. Monitorujeme bolest škálami měřící bolest dle zvyklostí oddělení. Pacient by měl být poučen o technikách měření bolesti. Vedeme záznam o bilanci tekutin, je důležité, aby se pacient spontánně vymočil do 8 hodin po operaci. Jestliže se pacient nevymočí do 8 hodin, je nutné podpořit močení fyzikálními prostředky, či provést jednorázovou katetrizaci močového měchýře. Pokud nedochází k prosakování rány či febrilním stavům, převaz se provede až druhý pooperační den. Po převazu opět přiložíme bandáže či KEP II. kompresivní třídy. Týden po operaci by měl nosit kompresi 24 hodin denně, následujících 14 dní během dne. Věnujeme i péči o invazivní vstupy (dále jen PŽK). Každý den provádíme převaz, pokud se nejedná o transparentní krytí. Transparentní krytí můžeme ponechat 3 dny. Okolí vpichu hodnotíme denně dle Madonnovi škály. PŽK ponecháváme maximálně 3 – 4 dny dle zvyklostí oddělení. Důležitá je vertikalizace a rehabilitace pacienta. Včasná vertikalizace slouží jako prevence trombembolické nemoci (dále jen TEN) a prospívá také psychické stránce pacienta. K prevenci TEN připojujeme i aplikaci nízkomolekulárních heparinů. Jak dlouho bude profylaxe trvat záleží na typu operace a rizikovosti pacienta. Zda již prodělal hlubokou žilní trombózu, není-li obézní, nebo nemá věk nad 50 let (Janíková a Zeleníková, 2013; Novotný, 2014).

U ambulantních výkonů se pacient propouští domů poté, co prokáže, že je schopný soběstačnosti v oblékání, co se spontánně vymočil, jestliže zvládá bolest a nevyskytují se u něj pooperační komplikace. Pacient je propuštěn domů po zákroku v doprovodu jiné osoby, která je poučena, že pacient nesmí být bez dozoru dalších 24 hodin (Janíková a Zeleníková, 2013).

Po operačním výkonu je potřeba omezit sportovní aktivity alespoň na 2 týdny, po 3-4 týdnech je možné plné sportovní nasazení. Pracovní neschopnost se odvíjí od typu povolání. U sedavého zaměstnání je možný návrat 2. pooperační den. U fyzicky náročných povolání je nutná pracovní neschopnost 2-3 týdny (Novotný, 2014).

2.3.3 Pooperační komplikace

Hematom se nejčastěji vyskytuje v průběhu safény. Malé hematomy se vstřebávají bez problémů. Větší jsou bolestivé s rizikem vzniku infekce. Ošetřují se aplikací mastí, v některých případech je nutná incize a evakuace hematomu (Bachleba, 2012, s. 114).

Mezi **neurologické komplikace** patří parestézie, nejčastěji v oblasti vnitřního kotníku. Vznikají v důsledku poškození n. saphenus. Procento vzniklých neurologických komplikací je nižší u limitovaného stripingu než u kompletního, kdy je operace vedena až po tříslu. Vyšší procento poškození nervu se uvádí také při stripingu, kdy se postupuje distálním směrem (Bachleba, 2012, s. 114).

Lymfatická píštěl se může objevit u reoperací v oblasti třísla. Píštěl se sešije v lokální anestezii nebo pacient musí dodržovat klidový režim s přiloženou kompresí v třísle (Bachleba, 2012, s. 115).

Lymfedém je velice vzácná komplikace vznikající při obtížném odstranění varixů, které jsou pozánětlivě změněny, kdy dojde k poškození podkoží (Novotný, 2014).

Dehiscence rány se může častěji vyskytnout u pacientů, u kterých jsou přítomny trofické změny DKK. Prodlužuje se délka hojení ran. (Bachleba, 2012, s. 115).

Tromboflebitida se projevuje zarudnutím, napětím, otokem, bolestivostí, subfebriliemi. Může vzniknout po nedokonale odstraněných kmenových varixech či důsledku snížení nebo úplného zastavení toku krve po odstranění varixů (Novotný, 2014).

2.3.4 Recidiva varixů

Jako recidivu můžeme označit přítomnost varixů na končetině, která již byl operována. Z dlouhodobého sledování pacientů po operaci varixů se zjistilo, že recidiva se objeví u 80% z nich. Rozlišujeme několik druhů recidiv varixů, které vznikají z odlišných příčin. Krajíček a Vaněk je dělí na **reziduální městky**, tzn. úseky, které byly ponechány při operaci,

pravé recidivy, které jsou způsobené nedomykavostí spojky a **nepravé recidivy**, které jsou v důsledku progresu onemocnění (Bachleba, 2012, s. 115). Rizikovým faktorem pro recidivu varixů je obezita. Příčinou recidivy může být nedostatečné předoperační vyšetření, nedokonale provedená operace, kdy je pahýl varikózní žíly ponechán příliš dlouhý, progresu onemocnění a neovaskulizace (Herman a Musil, 2011).

U pacientů s recidivou varixů, kteří plánují jít na další chirurgický zákrok, se většinou objevuje otok končetiny, u některých dokonce trofické kožní změny. U mužů dochází většinou k progresi onemocnění, mají vyšší stupeň v CEAP klasifikaci (Herman a Musil, 2011). Při reoperaci se využívají různé operační metody, skleroterapie či jejich kombinace (Bachleba, 2012, s. 116).

3 KVALITA ŽIVOTA

V běžném životě lidé hovoří spíše o délce trvání života, čili o kvantitě. Kvantitu života měříme pomocí let. Kdežto kvalitu života nelze změřit tak snadno. Jedná se totiž o mnoho-rozměrný fenomén, zahrnující materiální, duchovní, společenský či individuální rozměr. Přesné definování kvality života je velice obtížné, vyžaduje integraci a syntézu hledisek z oblasti filozofie, sociologie, ekonomie, politologie, ekonomie, etiky, psychologie a dalších vědeckých disciplín (Dvořáčková, 2012, s. 56-57).

Ve slovníku pojem kvalita vyjadřuje jakost, hodnotu (Gurková, 2011, s. 21). Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) můžeme kvalitu života definovat jako: *vnímání jedince, jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotného systému, v němž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům*. Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy – ve vztahu na prostředí (Dvořáčková, 2012, s. 58).

Kvalita života by měla být zkoumána v rámci holistického přístupu. Musschenga (odborník na problematiku kvality života) hovoří o rozdělení kvality života do třech oddílů, které se navzájem prolínají. *Pojednává o kvalitě života jako stupni normálního fungování, o kvalitě života jako stupni spokojenosti se životem, o kvalitě života jako stupni lidského rozvoje*. Dle Křížové můžeme kvalitu života rozdělit do tří hlavních složek - na *fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem* (Dvořáčková, 2012, s. 56-58).

3.1 Historie pojmu kvalita života

Kvalitou života se lidé zabývali od pradávna. Již v antickém Řecku je možné postřehnout úvahy o tom, jaké jsou hlavní složky blaha. Snažili se i o komplexnější pohled, kdy se zabývali strategií zvládnutí a postojů, potřebou nezávislosti jedince a spirituálními potřebami. Ve středověku navazovali ve filozofii na Aristotela. Upřednostňovali rozum před vůlí a tvrdili, že vrcholem poznání a štěstí je poznání Boha. V 18. století je kladen důraz na jedince, jeho seberealizaci a štěstí. Smyslem života se stává život sám. V 19. století se filozofie zabývá vnitřním dialogem, kdy je zapotřebí nejen hledat svou silnou stránku, ale i slabou. Hledali partnera na dialog, kterému by odkryli své nitro (Dvořáčková, 2012, s. 59-60).

Ve 20. letech 20. století se začala hojně rozebírat kvalita života, ve smyslu ekonomického rozvoje a sociální podpory chudších vrstev obyvatelstva. Po druhé světové válce Světová zdravotnická organizace přišla s nově rozšířenou definicí zdraví, o níž říká, že je to stav fyzické, duševní i sociální pohody. Rozšířila se diskuze o měřitelnosti takového pojmu. Od této doby se začal pojem kvalita života dostávat i do jiných vědeckých oborů. V 60. letech 20. století se tento termín začal hojně používat v politické sféře, poté pronikl také do sociologie, kde se tento termín poprvé začal používat pro výzkumné účely. První celostátní výzkum kvality života obyvatel se uskutečnil ve Spojených státech amerických. Projevilo se, že na vnímání kvality života jednotlivce je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které nemusí být v přímé úměře se socioekonomickým statutem člověka a s biologickým zdravím. Pokud člověk dosáhne určité hranice zlepšení socioekonomických podmínek života, kvalitu života u něj ovlivňuje převážně jeho subjektivní a emoční prožívání (Heřmanová, 2012, s. 14-18).

I v současné době se při zkoumání kvality života především zaměřujeme na subjektivní aspekty. Výzkumy kvality života se zaměřuje především na celkovou spokojenost se životem, spokojenost s dílčími oblastmi života, na hledání nejvýznamnějších faktorů, které podmiňují vznik subjektivního pocitu kvalitativního a smysluplného života a na hledání souvislostí mezi těmito faktory. Nejnovějším pojetím kvality života je holistický dynamický model kvality života, který poprvé uvedli na evropském kongresu psychologie v Praze roku 2007. Hodnocení kvality života dělí na čtyři základní části. Mezi ně patří kontext a zázemí, prostředí, osobní charakteristiky a zpracování informací a regulace. Tento model pracuje s variabilitou a individuálností každého jedince. Bere v potaz objektivní faktory prostředí i osobní kvality a zkušenosti jedince (Heřmanová, 2012, s. 17-18).

3.2 Dimenze kvality života

Dimenze kvality života se obecně dělí do dvou kategorií, na objektivní a subjektivní (Dvořáčková, 2012, s. 69). Důvodem proč měříme zvlášť objektivní a subjektivní kvalitu života je proces adaptace. Některé studie dokazují jen velmi malý vztah mezi objektivní kvalitou života a tím jak ji jedinec subjektivně hodnotí. Existuje i tzv. paradox spokojenosti, kdy vztah mezi vnímáním fyzického zdraví nekoresponduje s jeho subjektivním prožíváním. Setkáváme se s tím například ve zdravotnické praxi, kdy pacient, který má závažné chro-

nické onemocnění, udává dobrou kvalitu života, i když výsledky objektivního zkoumání svědčí o jejich nesnesitelné denní existenci (Gurková, 2011, s. 60).

Objektivní kvalita života má široké zaměření v rámci různých vědeckých oborů. Zkoumá životní úroveň, jaké je materiální zabezpečení a sociální požadavky (dostupnost zdravotní péče, dostupnost služeb, průměrnou mzdu, dostupnost bydlení), ale také fyzické zdraví a funkční stav jedince. Objektivní kvalita života se dá zjistit pozorováním, je měřitelná a srovnatelná s ostatními (Heřmanová, 2012, s. 47; Faťunová, 2007, s. 13).

Subjektivní kvalita života zkoumá celkovou spokojenost jedince se svým životem, s jeho pocitem pohody zasazenou do jednotlivých zkoumaných oblastí. Zjišťuje, co ovlivňuje to, jak moc se lidé cítí být šťastní. Subjektivní kvalitu života ovlivňuje věk jedince, jeho životní zkušenosti, stupeň vzdělání, typ povolání, ale také jeho osobnostní rysy, očekávání, zájmy a životní hodnoty (Heřmanová, 2012, s. 48; Gurková, 2011, s. 57; Dvořáčková, 2012, s. 62).

V současné době je více rozšířené zkoumání subjektivní kvality života a to včetně zdravotnictví, kde dlouho spoléhali na objektivní ukazatele zdraví. Pro celkové zhodnocení kvality života jedince je důležité zkoumání objektivní i subjektivní kvality života, protože výzkumy udávají rozdílnost výsledných dat (Dvořáčková, 2012, s. 69).

3.3 Kvalita života a zdraví

Můžeme mluvit také o kvalitě života vzhledem ke zdraví - Health Related Quality of Life (také známé pod zkratkou HRQoL). Zdraví je důležitou složkou plnohodnotného života. Jedná se o schopnost být soběstačný, nezávislý na něčí pomoci. Spousta lidí má zdraví zařazeno vysoko ve svém žebříčku hodnot. WHO definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Dá se definovat také jako „dynamická rovnováha organismu ve vztahu k endogenním a exogenním podmínkám, která zajišťuje jeho optimální fungování“ (Heřmanová, 2012, s. 63).

V minulém století bylo prvním důvodem zkoumání kvality života zjištění finanční náročnosti a efektivity léčby. Tyto údaje byly potřebné při rozdělování finančních zdrojů. Poté se začali zajímat o dopad léčby na zdravotní stav pacienta. Subjektivnímu vnímání pacienta je kladen větší důraz než jen samotnému onemocnění, od prodlužování délky života ke zlepšení jeho kvality (Gurková, 2011, s. 41).

Významný podíl na vnímání kvality života má psychika jedince, jak se dokáže vyrovnat se stresovými situacemi, jaké je jeho místo ve společnosti, jak na něj okolí reaguje (Heřmanová, 2012, s. 63). Rozdílně mohou lidé také chápat pojem zdraví a nemoc, což ve výsledku ovlivní i vnímání jejich spokojenosti se svým životem. Nezáleží jen na fyzickém stavu, ale především na psychospirituálním rozpoložení jedince. Co pro jiného může být omezující a handicapuje ho to, pro druhého je to běžný stav, na který je zvyklý a se kterým se naučil fungovat v běžném životě.

Ve zdravotnictví hodnotíme kvalitu života, často neuvědoměle, na základě onemocnění a zachování funkcí, kdežto pacient ji vnímá za základě toho, co je schopen dělat v běžném životě, jak moc jej jeho onemocnění limituje i ve spojitosti se sociálními vazbami a plány do budoucna. Snahou zlepšení zdraví může být mnohdy zhoršena kvalita života, z důvodu změny životního stylu, například kdy pacient nemůže jíst, co má rád, či musí omezit své sportovní aktivity, protože jsou nevhodné v rámci jeho onemocnění (Gurková, 2011, s. 53).

Důležitým prvkem v hodnocení kvality života je i adaptace jedince. Člověk, který má skvělé životní podmínky, může hodnotit negativně kvalitu svého života. Oproti tomu člověk, který je chronicky nemocný nebo je v tíživé finanční situaci, je se svým životem spokojený. Nemoc může člověka ovlivnit nejen negativně, ale i pozitivně a to díky časovému úseku, ve kterém onemocní. Onemocněním lze získat i určité benefity (prostor pro osobní růst, utužení rodinných vazeb). Díky adaptaci jedinec přizpůsobí své životní hodnoty a postoje k okolnostem, které nastali, tzv. smíří se svým onemocněním a najde cestu, jak kvalitně žít i s určitými omezeními. Vnímání určitých fyzických projevů onemocnění se časem mění, např. změny pigmentace jsou pro pacienty méně důležité než na začátku. Každé zlepšení funkčního stavu pacienti vnímají jako obrovské zlepšení kvality života, kdežto menší progresi stavu je pro ně zanedbatelná (Gurková, 2011, s. 60-65).

3.4 Význam měření kvality života

Vyhodnocování kvality života získává na důležitosti především u pacientů, kteří se potýkají s chronickým onemocněním. Pro tato onemocnění je typické, že pacient musí přizpůsobit svůj styl života onemocnění, musí dodržovat režimová opatření, aby zamezil nebo alespoň zmírnil progresi onemocnění, která ho často omezují v běžném životě. V ošetrovatelské péči se snažíme věnovat pozornost nejen fyzickým projevům nemoci, ale také jeho psy-

chické podpoře, aktivizace, aby byl schopný běžných denních aktivit (Gurková, 2011, s. 139-140).

Dosavadní výzkumy kvality života s chronickým onemocněním se zaměřují na oblasti:

- *subjektivní vnímání dopadu onemocnění, resp. léčby na jednotlivé oblasti kvality života pacientů,*
- *interní a externí determinanty kvality života (faktory kvality života) pacientů s chronickým onemocněním,*
- *hodnocení efektivnosti konkrétní terapeutické intervence v rámci klinických prospektivních studií (Gurková, 2011, s. 141).*

Nástroje měření

Pro měření kvality života existuje nespočet nástrojů. Dělíme je podle obecnosti, objektivnosti a podle jejich zaměření. Nejrozšířenější metodou pro měření kvality života jsou dotazníky (Fařunová, 2007, s. 40). Jedním z nich je i dotazník WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), vypracovaný WHO v roce 1991. Je zaměřený i na subjektivní vnímání zdraví respondenta. Tento dotazník má i své upravené verze (např. WHOQOL-BREF je zkrácená verze dotazníku a WHOQOL-OLD je dotazník upravený pro osoby starší 65 let). Dotazník je konstruován tak, aby pojal pacienta holisticky (Heřmanová, 2012, s. 64). Existuje také dotazník kvality života podmíněný zdravím, tzv. HRQoL. I zde existují zkrácené verze, jako je např. Short Form (36) Health Survey (SF-36). Kvalitu života můžeme měřit nástroji, které vyplňuje sestra během rozhovoru s pacientem anebo pacient sám. Pokud vyplňuje dotazník s pacientem sestra, měla by se vyhnout podsouvání odpovědí na otázky (Gurková, 2011, s. 141-142).

3.5 Kvalita života s varixy

Varixy jsou onemocnění chronické, s kterým se pacient bude muset potýkat již po zbytek života. Toto onemocnění nelze zcela vyléčit, lze jen potlačit projevy onemocnění. Ani operační techniky nejsou trvalým řešením. Často dochází k recidivám onemocnění. Projevy onemocnění se nejvíce promítají do socioekonomické sféry. Progrese onemocnění přispívá jak sedavé zaměstnání, tak také zaměstnání, kde musíte celý den stát na nohou. Po dni stráveném v práci lidé trpí bolestmi a otoky DKK. Výběr vhodného povolání je proto dů-

ležitý, stejně tak jako dodržování léčebných opatření, jako je zevní komprese dolních končetin, která výrazně pomáhá ve zvládnání těchto stavů. Onemocnění může ovlivnit i volnočasové aktivity, kdy dávají lidé přednost určitým aktivitám před ostatními, které by jim mohli činit bolesti dolních končetin. Vyhledávají např. jízdu na kole, která je pro toto onemocnění vhodná, protože podporuje i žilně-svalovou pumpu. Vzhled dolních končetin trápí především ženy, které se stydí, a proto si jisté druhy oblečení raději odepřou. Kvalitu života výrazně zhoršují komplikace varixů, které často vyžadují pracovní neschopnost (Burešová a Straková, 2013, s. 143)

Ve světě se k měření kvality života využívá více kvantitativních metod, jako je dotazník. Nejčastěji je využíván dotazník Short Form (36) Health Survey (SF-36), CIVIQ-20 a CIVIQ-14. *Dotazník CIVIQ-20 byl vytvořen ve Francii roku 1996. Dotazník se skládá celkem z 20 otázek, které jsou rozděleny do čtyř oblastí, dle svého zaměření na fyzickou oblast (4 otázky), psychickou oblast (9 otázek), sociální oblast (3 otázky) a na bolest (4 otázky)* (Launouis, Mansilha a Jantet, 2010). Dotazník CIVIQ-14 byl navržen tak, aby byl vylepšením a zkrácením dotazníku CIVIQ-20. Došlo k vynechání sociální oblasti a celkem 6 otázek. Dotazník se zaměřuje na tři oblasti: bolest (3 otázky), fyzickou (5 otázek), psychickou (6 otázek) (Le Moine et al., 2016).

V Holandsku proběhla studie, kde porovnávali hodnotící nástroje při léčbě varikózních žil. Zjistili, že dotazník CIVIQ a SF-36 spolu korelují ve dvou oblastech: fyzické a psychické. Na základě výsledků studie doporučují používat obecný dotazník kvality života související se zdravím (HRQOL), jako je např. SF-36 ve spojení s dotazníkem CIVIQ. Díky tomu získáme lepší informace o vlivu křečových žil na léčbu (Biemans et al., 2011).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Cíle práce

Hlavní cíl č. 1

Zjistit, jak respondenti hodnotí kvalitu života s varixy dolních končetin.

Dílčí cíle

Zjistit, zda varixy dolních končetin ovlivňují život respondentů ve fyzické oblasti.

Zjistit, zda varixy dolních končetin ovlivňují život respondentů v psychické oblasti.

Zjistit, zda varixy dolních končetin ovlivňují život respondentů v sociální oblasti.

Zjistit, jak respondent hodnotí své všeobecné zdraví.

4.2 Metoda výzkumu

Průzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou. Sběr dat byl realizován technikou dotazníku. Vycházeli jsme z validovaného dotazníku SF-36. Dotazník byl doplněn pouze otázky o základních údajích respondenta. Dotazník nalezneme v příloze V.

V úvodu dotazníku jsou respondenti seznámeni s autorkou výzkumného šetření, s jeho účelem a také o dobrovolnosti a anonymitě jeho vyplnění. Otázky č. 1,2 a 3 zjišťují demografická data. Otázky č. 4, 7, 8, 11 a 12 zjišťují data o tom, jak varixy ovlivňují respondenta ve fyzické oblasti. Otázky č. 9 a 13 zjišťují data k dílčímu cíli č. 2, a to jak ovlivňuje onemocnění respondenta v psychické oblasti. Otázky č. 10 a 14 zjišťují data, jak je respondent ovlivněn v sociální oblasti a otázky č. 5, 6 a 15 zjišťují respondentův pohled na jeho zdraví.

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Cílovou skupinou respondentů průzkumného šetření, byli lidé trpící varixy dolních končetin starší 18 let. Na pohlaví, typu a délce léčby nezáleželo. Jiná kritéria pro průzkumné šetření nebyla stanovena.

4.4 Realizace průzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo ve čtyřech zařízeních, a to v ambulanci praktického lékaře, cévní ambulanci a dvou interních odděleních nemocnice Přerov. Všechna tato zařízení se

nachází v Přerově. Průzkumné šetření bylo realizováno od začátku února do začátku května 2018. Před zahájením průzkumu byly se všemi zařízeními sepsány žádosti o umožnění dotazníkového šetření a s cévní ambulancí byla sepsána žádost o kvalitativní šetření (přílohy VI-IX). Za spolupráce sester byl dotazník distribuován pouze osobám starších 18. let. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků. Zpět se nám vrátilo 118 dotazníků. K celkovému zvracování jsme použili 115 dotazníků. Celkem 3 dotazníky byly vyřazeny z důvodu nekompletního vyplnění.

4.5 Zpracování získaných dat

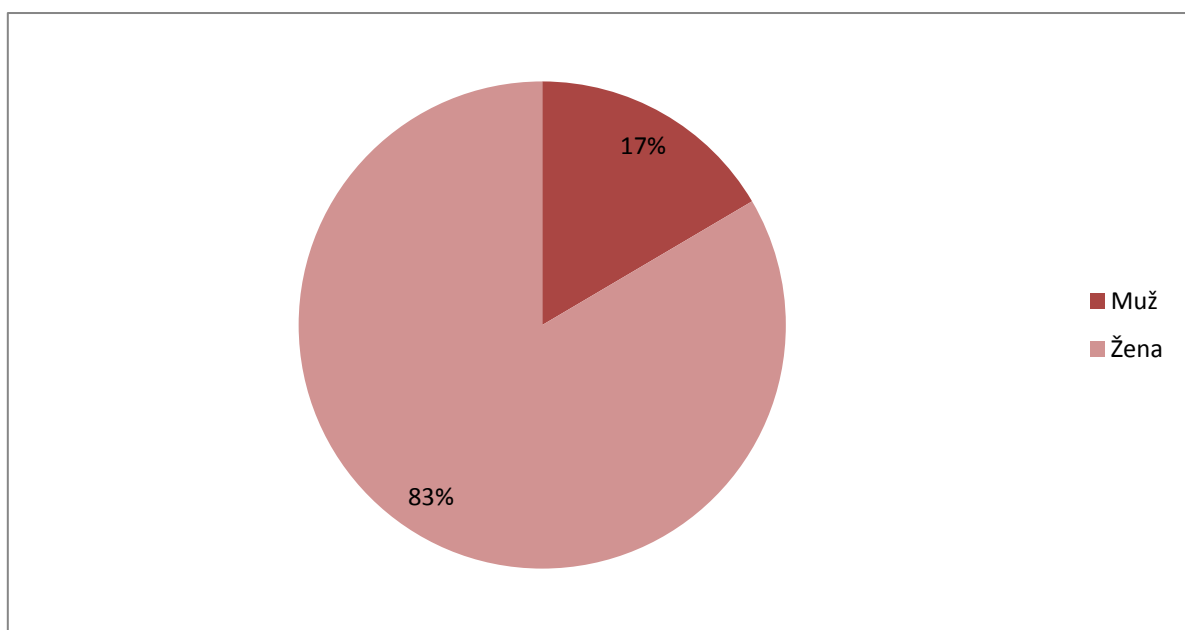
Získaná data jsme zpracovali pomocí programů Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. Data byla vyhodnocena a pro lepší přehlednost uspořádána do tabulek, která obsahuje data v relativní (f_i) absolutní četnosti (n_i). Grafy položek č. 1-7, 10, 12 a 14 zobrazují získaná data v relativní četnosti (f_i), výjimkou jsou položky č. 7-9, 11, 13 a 15, které zobrazují data ve sloupcovém grafu a absolutní četnosti (n_i). Pro ucelení pohledu na problematiku byly zpracovány dvě kazuistiky.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Položka č. 1: Pohlaví:

Tabulka 2 Pohlaví respondenta

Odpoď	n_i	f_i
Muř	19	16,52 %
řena	96	83,48 %
Celkem	115	100,00 %



Graf 1 Pohlaví respondenta

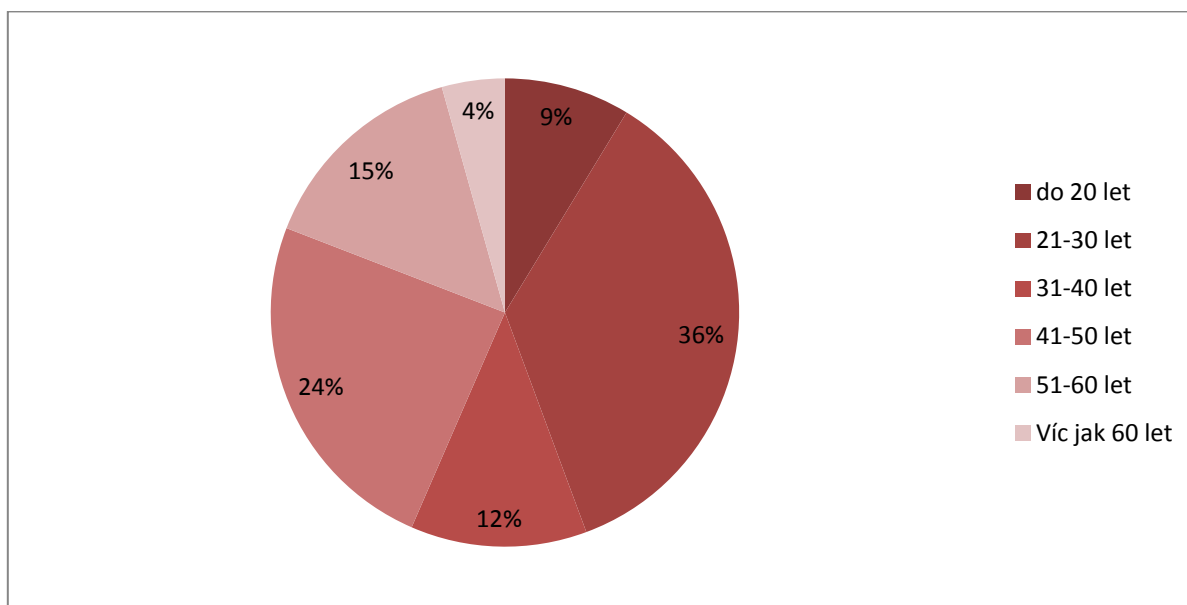
Komentář:

Z celkového počtu 115 respondentů (100,00 %) vyplnilo dotazník 19 mužů (16,52 %) a 96 žen (83,48 %).

Položka č. 2: Do jaké věkové kategorie patříte?

Tabulka 3 Věková kategorie respondenta

Odpo věď	n_i	f_i
Do 20 let	10	8,70 %
21-30 let	41	35,65 %
31-40 let	14	12,17 %
41-50 let	28	24,35 %
51-60 let	17	14,78 %
Víc jak 60 let	5	4,35 %
Celkem	115	100,00 %



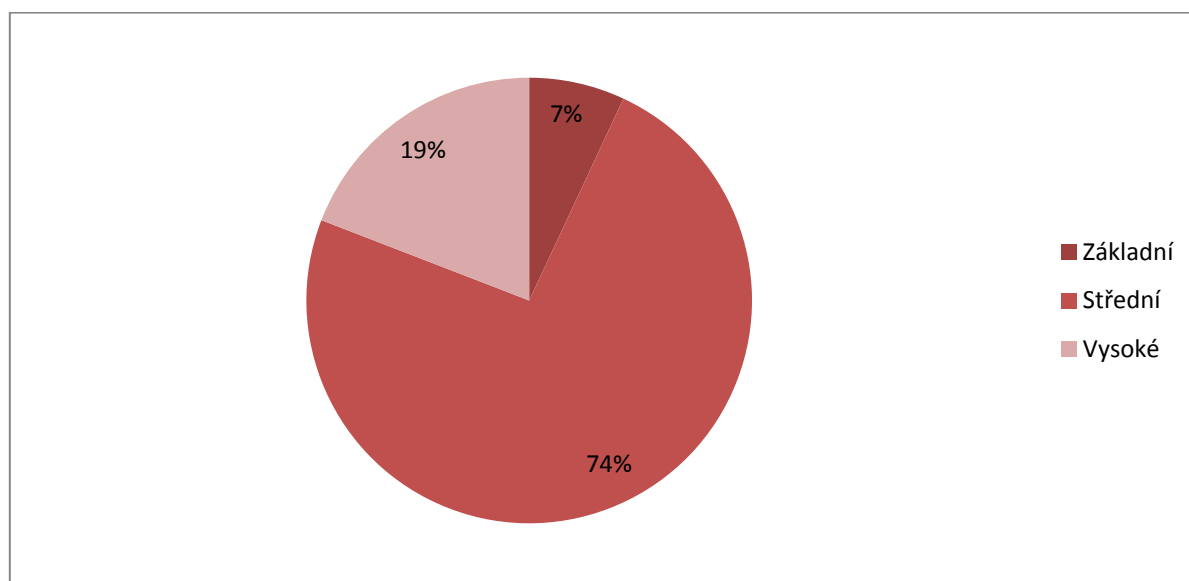
Graf 2 Věková kategorie respondenta

Komentář:

Věkové kategorie byly rozděleny do šesti kategorií. Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) byla nejvíce zastoupena věková kategorie 21-30 let, a to 41 respondenty (35,65 %). Další nejpočetnější kategorií byla věková skupina 41-50 let, a to 28 respondenty (24,35 %). Do věkové kategorie 51-60 let spadá 17 respondentů (14,78 %), do kategorie 31-40 let spadá 14 respondentů (12,17 %) a do kategorie do 20 let spadá 10 respondentů (8,70 %). Nejméně zastoupená je kategorie ve věku víc jak 60 let s 5 respondenty (4,35 %).

Položka č. 3: Dosažené vzdělání?*Tabulka 4 Vzdělání respondenta*

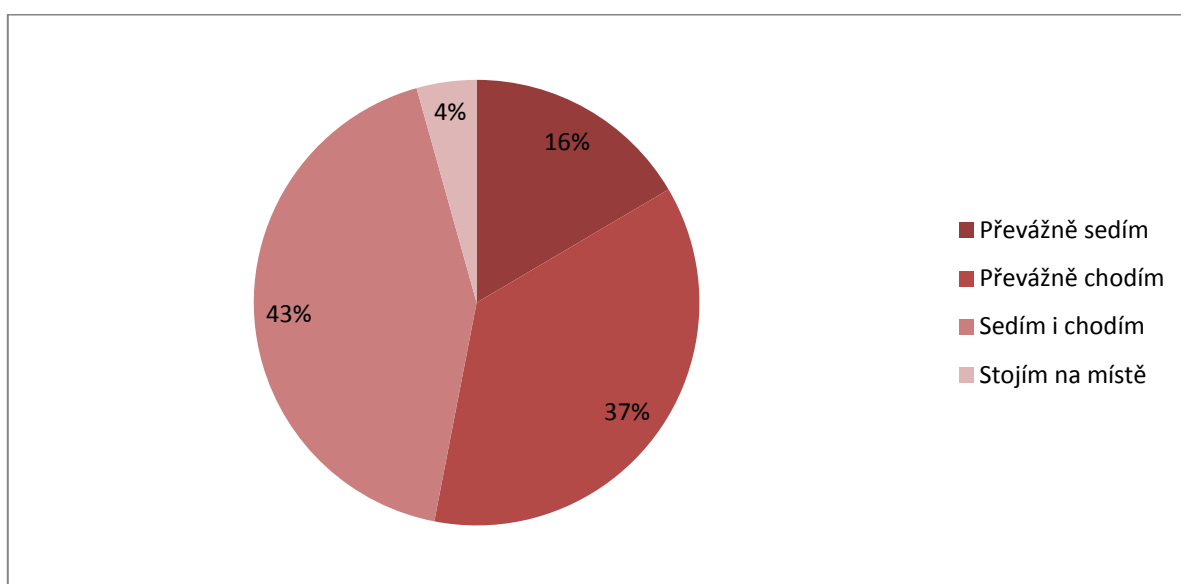
Odpověď	n_i	f_i
Základní	8	6,96 %
Střední	85	73,91 %
Vysoké	22	19,13 %
Celkem	115	100,00 %

*Graf 3 Vzdělání respondenta***Komentář:**

Z položky č. 3 vyplývá, že 85 respondentů (73,91 %) má středoškolské vzdělání. Vysokoškolské vzdělání má celkem 22 respondentů (19,13 %) a vzdělání základní školy má 8 respondentů (6,96 %).

Položka č. 4: Při činnosti Vašeho zaměstnání:*Tabulka 5 Při činnosti zaměstnání respondent*

Odpověď	n_i	f_i
Převážně sedím	19	16,52 %
Převážně chodím	42	36,52 %
Sedím i chodím	49	42,61 %
Stojím na místě	5	4,35 %
Celkem	115	100,00 %

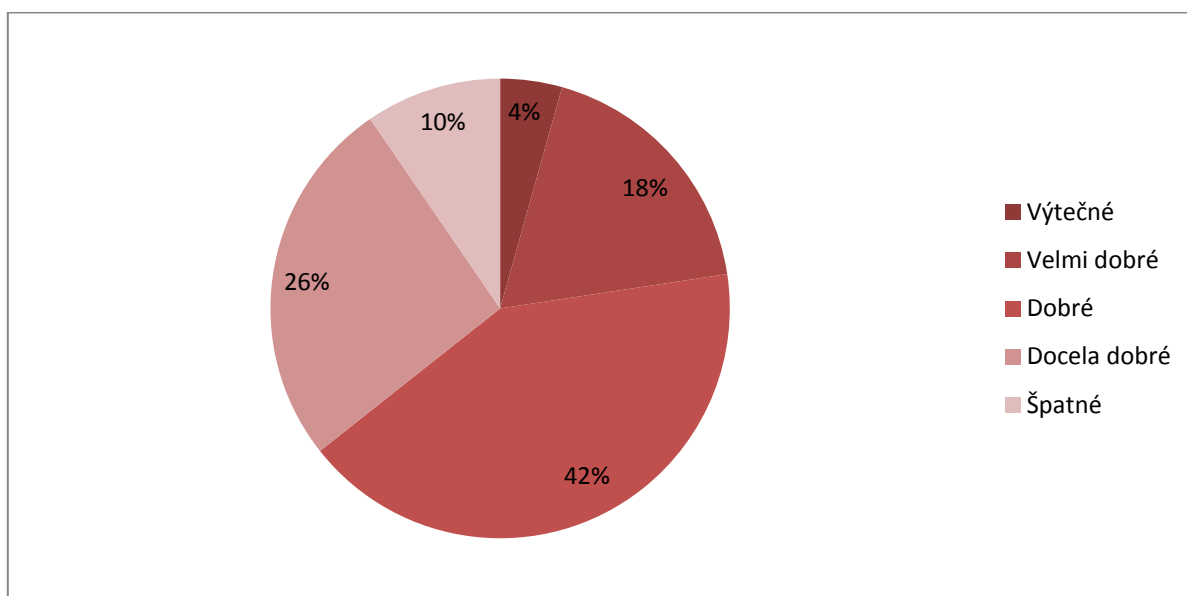
*Graf 4 Při činnosti zaměstnání respondent***Komentář:**

Při výkonu zaměstnání celkem 49 respondentů (41,61 %) sedí i chodí, 42 respondentů (36,52 %) převážně chodí a 19 respondentů (16,52 %) převážně sedí. Pouze 5 respondentů (4,35 %) vykonává své zaměstnání stáním na místě.

Položka č. 5: Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

Tabulka 6 Respondentovo subjektivní hodnocení zdraví

Odpověď	n_i	f_i
Výtečné	5	4,35 %
Velmi dobré	21	18,26 %
Dobré	48	41,74 %
Docela dobré	30	26,07 %
Špatné	11	9,57 %
Celkem	115	100,00 %



Graf 5 Respondentovo subjektivní hodnocení zdraví

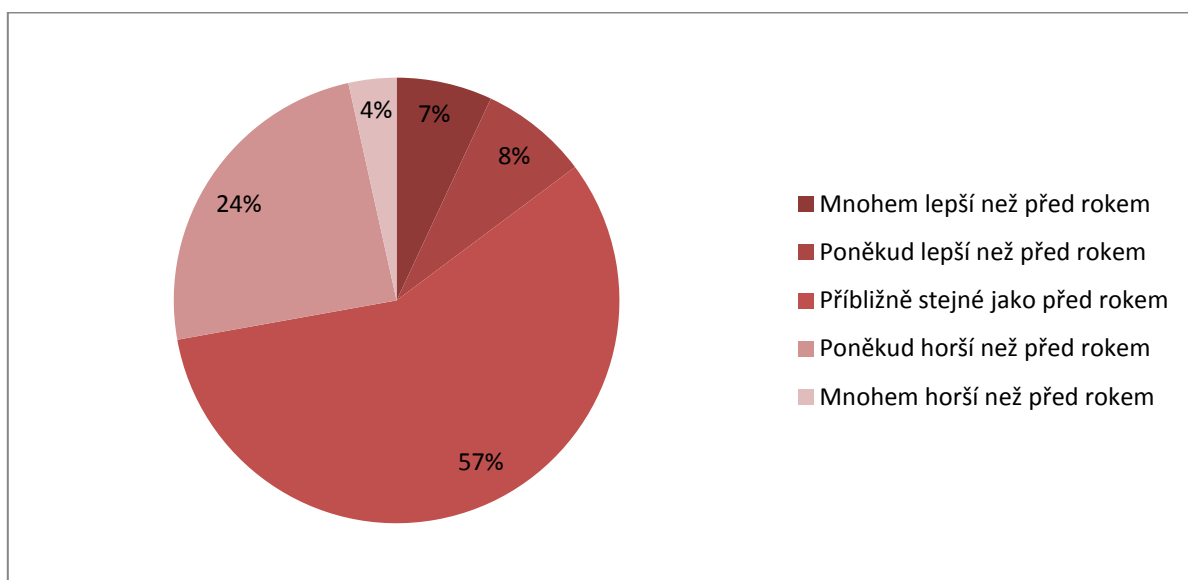
Komentář:

Své zdraví nejvíce respondentů, celkem 48 (41,74 %), hodnotí jako dobré. Dále 30 respondentů (26,07 %) své zdraví vnímá jako docela dobré, 21 respondentů (18,26 %) jako velmi dobré, 11 respondentů (9,57 %) jako špatné a 5 respondentů (4,35 %) jako výtečné.

Položka č. 6: Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

Tabulka 7 Respondentovo subjektivní srovnání zdraví nyní a před rokem

Odpověď	n_i	f_i
Mnohem lepší než před rokem	8	6,96 %
Poněkud lepší než před rokem	9	7,83 %
Přibližně stejně jako před rokem	66	57,39 %
Poněkud horší než před rokem	28	24,35 %
Mnohem horší než před rokem	4	3,48 %
Celkem	115	100,00 %



Graf 6 Respondentovo subjektivní srovnání zdraví nyní a před rokem

Komentář:

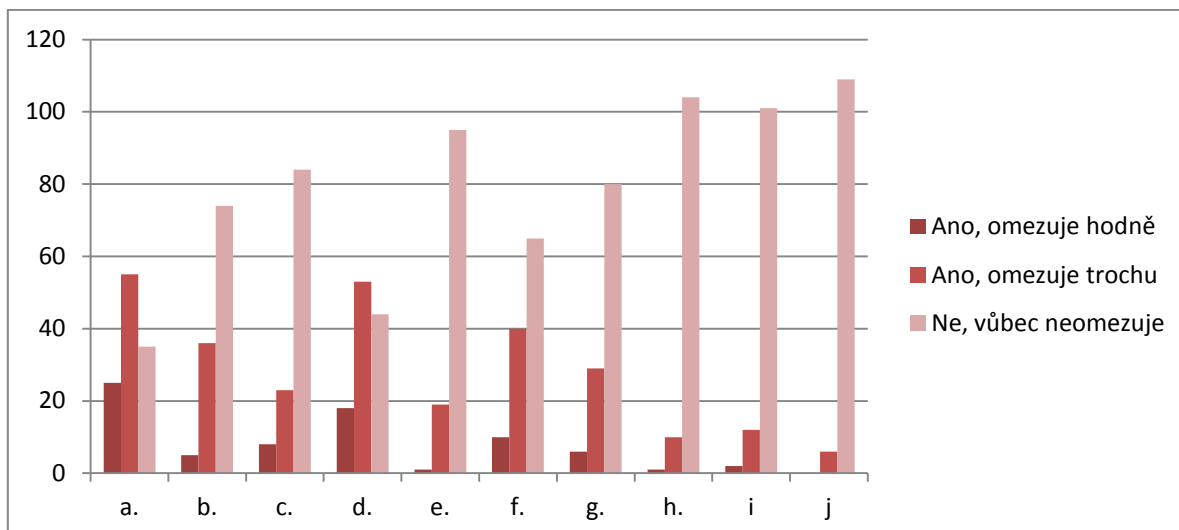
Položka č. 6 srovnává zdraví respondentů nyní a před jedním rokem. Celkem 66 respondentů (57,39 %) hodnotí své zdraví jako přibližně stejné, jako před rokem. Dále 28 respondentů (24,35 %) vnímá své zdraví jako poněkud horší, než před rokem. Mezi méně zastoupené odpovědi patří hodnocení zdraví „poněkud lépe než před rokem“ s 9 respondenty (7,83 %), dále „mnohem lepší než před rokem“ s 8 respondenty (6,96 %) a „mnohem horší než před rokem“ s 4 respondenty (3,48 %).

Položka č. 7: Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

- a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů
- b. Středně namáhavé činnosti jako posouvání stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole
- c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu
- d. Vyjít po schodech několik pater
- e. Vyjít po schodech jedno patro
- f. Předklon, shýbání, poklek
- g. Chůze asi jeden kilometr
- h. Chůze po ulici sto metrů
- i. Chůze po ulici několik desítek metrů
- j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci

Tabulka 8 Zvládání běžných denních činností

	Ano, omezuje hodně		Ano, omezuje trochu		Ne, neomezuje vůbec		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a.	25	21,74 %	55	47,83 %	35	30,43 %	115	100,00 %
b.	5	4,35 %	36	31,30 %	74	64,35 %	115	100,00 %
c.	8	6,96 %	23	0,20 %	84	73,43 %	115	100,00 %
d.	18	15,65 %	53	43,09 %	44	38,26 %	115	100,00 %
e.	1	0,87 %	19	16,52 %	95	82,61 %	115	100,00 %
f.	10	8,70 %	40	34,78 %	65	53,52 %	115	100,00 %
g.	6	5,22 %	29	25,22 %	80	69,57 %	115	100,00 %
h.	1	0,87 %	10	8,70 %	104	90,43 %	115	100,00 %
i.	2	1,74 %	12	10,43 %	101	87,83 %	115	100,00 %
j.	0	0,00 %	6	5,22 %	109	94,78 %	115	100,00 %



Graf 7 Zvládání běžných denních činností

Komentář:

Položka č. 7 se zabývá zvládáním fyzických aktivit různé náročnosti. U otázky a. zodpovědělo „ano, omezuje hodně“ celkem 25 respondentů (21,71 %), „ano, omezuje trochu“ zodpovědělo celkem 55 respondentů (47,83 %), odpověď „ne, neomezuje vůbec“ zvolilo 35 respondentů (30,43 %). Na otázku b. odpovědělo 5 respondentů (4,35 %) „ano, omezuje hodně“, 36 respondentů (31,30 %) „ano, omezuje trochu“ a 74 respondentů (67,35 %) „ne, neomezuje vůbec“. Na otázku c. odpovědělo 8 respondentů (6,96 %) „ano, omezuje hodně“, 23 respondentů (20,00 %) „ano, omezuje trochu“ a 84 respondentů (73,43 %) odpovědělo „ne, neomezuje vůbec“. U otázky d. 18 respondentů (15,65 %) odpovědělo „ano, omezuje hodně“, 53 respondentů (43,09 %) „ano, omezuje trochu“ a 44 respondentů (38,26 %) „ne, neomezuje vůbec“. Na otázku e. odpovědělo „ano, omezuje hodně“ pouze 1 respondent (0,87 %), 19 respondentů (16,52 %) „ano, omezuje trochu“ a „ne, neomezuje vůbec“ odpovědělo 95 respondentů (82,61 %). Celkem 10 respondentů (8,70 %) odpovědělo u otázky f. „ano, omezuje hodně“, 40 respondentů (34,78 %) odpovědělo „ano, omezuje trochu“ a 65 (53,52%) odpovědělo „ne, neomezuje vůbec“. U otázky g. 6 respondentů (5,22 %) odpovědělo „ano, omezuje hodně“, „ano, omezuje trochu“ odpovědělo 29 respondentů (25,22 %) a „ne, neomezuje vůbec“ zvolilo celkem 80 respondentů (69,57 %). U otázky h. odpověděl „ano, omezuje hodně“ pouze 1 respondent (0,87 %), „ano, omezuje trochu“ odpovědělo 10 respondentů (8,70 %) a „ne, neomezuje vůbec“ odpovědělo 104 respondentů (90,43 %). Dva respondenti odpověděli u otázky i. „ano, omezuje hodně“, 12 (10,43 %) odpověděli „ano, omezuje trochu“ a „ne, neomezuje vůbec“ 101 (87,83 %). Na otázku j. žádný z respondentů nezvolil odpověď „ano, omezuje hodně“, 6 respondentů zvo-

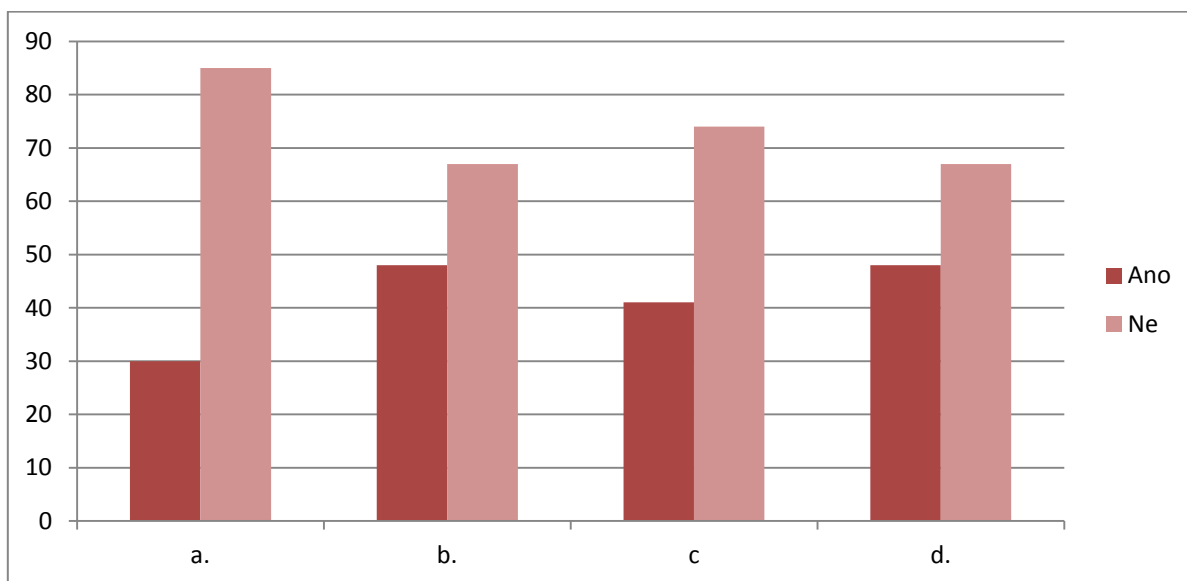
lilo „ano, omezuje trochu“ a „ne, neomezuje vůbec“ zvolilo celkem 109 respondentů (94,78 %).

Položka č. 8: Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

- Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?
- Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?
- Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činnostech?
- Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?

Tabulka 9 Zdravotní obtíže respondentů projevujících se při práci či běžných denních činnostech

	Ano		Ne		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a.	30	26,09 %	85	73,91 %	115	100,00 %
b.	48	41,74 %	67	58,26 %	115	100,00 %
c.	41	35,65 %	74	64,35 %	115	100,00 %
d.	48	41,74 %	67	58,26 %	115	100,00 %



Graf 8 Zdravotní obtíže respondentů projevujících se při práci či běžných denních činnostech

Komentář:

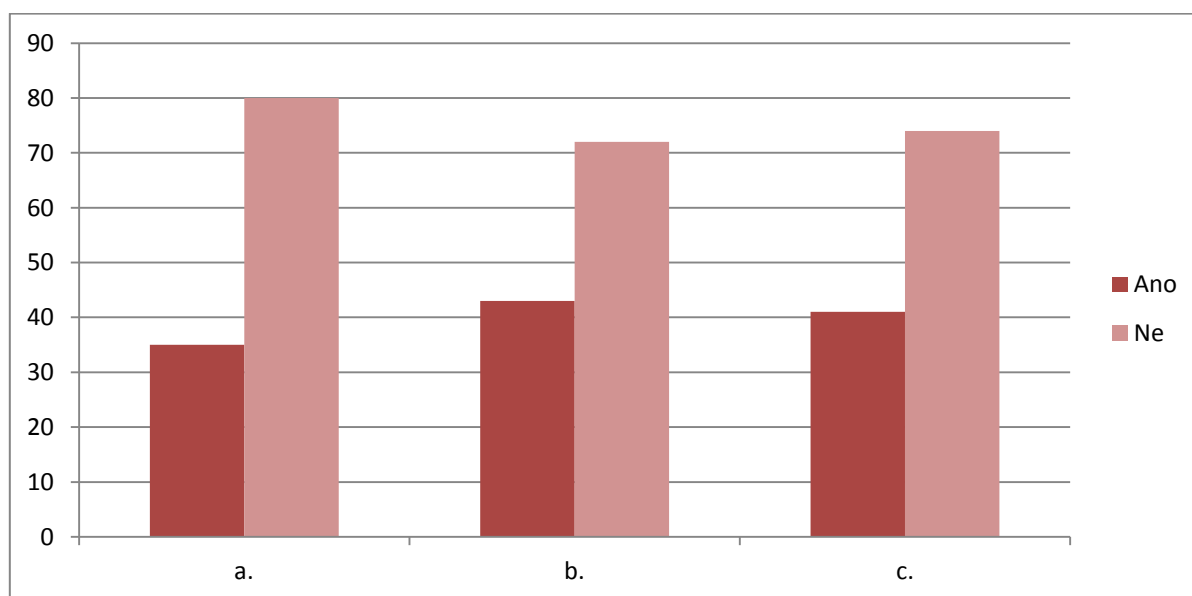
Tato položka se zabývá omezením při denních činnostech či práci, které vyplývají ze zdravotního stavu respondentů. Respondenti mají na výběr z odpovědí „ano“, „ne“ a odpovídají podle toho, zda je zdravotní stav při této činnosti omezuje. Na otázku a. odpovědělo 85 respondentů (73,91 %) „ne“ a 30 respondentů (26,09 %) „ano“. U otázky b. 67 respondentů (58,26 %) odpovědělo „ne“ a 48 respondentů (41,74 %) „ano“. Celkem 74 respondentů (64,35 %) u otázky c. odpovědělo „ne“ a „ano“ odpovědělo 41 respondentů (35,65 %). Na otázku d. odpovědělo 67 respondentů (58,26 %) „ne“ a 48 respondentů (41,74 %) „ano“.

Položka č. 9: Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

- Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?
- Udělal(a) jste méně, než jste chtěla?
- Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?

Tabulka 10 Vliv emocionálních potíží na výkon v práci a běžné denní činnosti

	Ano		Ne		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a.	35	30,43 %	80	69,57 %	115	100,00 %
b.	43	37,39 %	72	62,61 %	115	100,00 %
c.	41	35,65 %	74	64,35 %	115	100,00 %



Graf 9 Vliv emocionálních potíží na výkon v práci a běžné denní činnosti

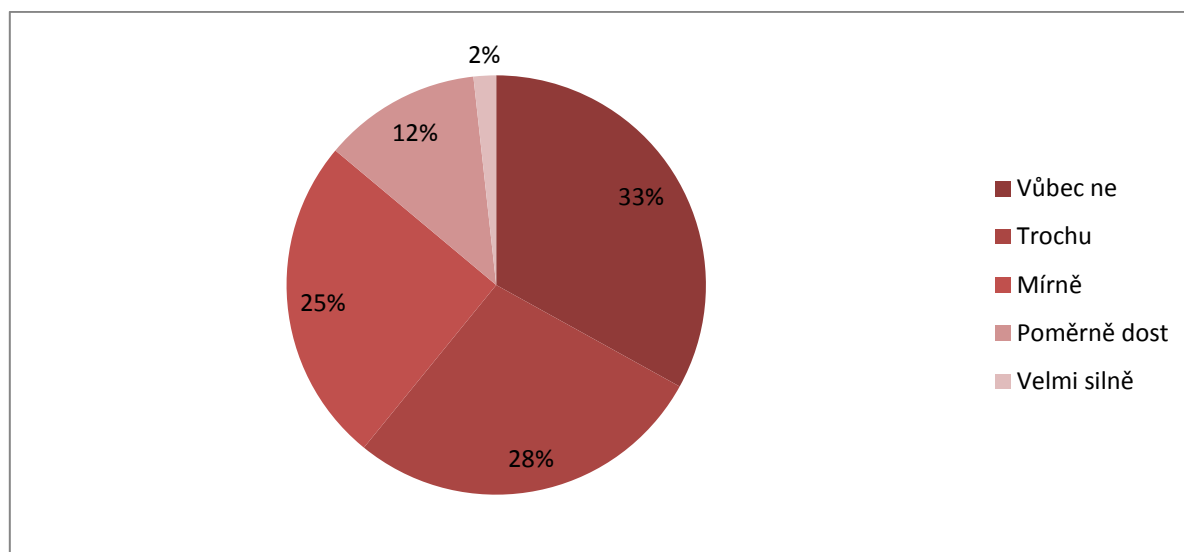
Komentář:

U této položky se hodnotí, zda ovlivňují emocionální vlivy výkon při práci a běžných denních činnostech. Respondent má na výběr ze dvou odpovědí „ano“ a „ne“. Celkem 80 respondentů (69,57 %) odpovědělo u otázky a. „ne“ a 35 respondentů (30,43 %) odpovědělo „ano“. Na otázku b. odpovědělo 72 respondentů (62,61 %) „ne“ a 43 (37,39 %) „ano“.

Položka č. 10: Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo širší společnosti v posledních 4 týdnech?

Tabulka 11 Emocionální vlivy v sociální rovině

Odpořed'	n_i	f_i
Vřbec ne	38	33,04 %
Trochu	32	27,83 %
Mřrnř	29	25,22 %
Pomřrnř dost	14	12,17 %
Velmi silnř	2	1,29 %
Celkem	115	100,00 %



Graf 10 Emocionální vlivy v sociální rovině

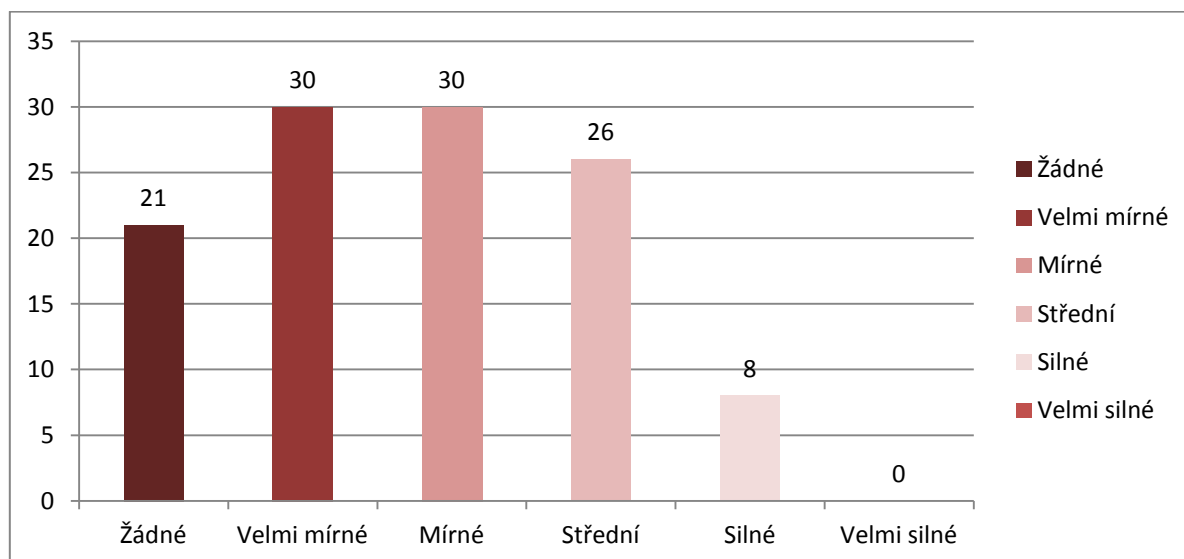
Komentář:

Celkem 38 respondentů (33,04 %) odpovřdřlo, ře emocionální vlivy vřbec neovlivnřj jejich společenský řivot. Dřle 32 respondentřm (27,83 %) odpovřdřlo „trochu“. Celkem 29 respondentů (25,22%) odpovřdřlo, ře emocionální potřze ovlivnřj jejich společenský řivot mřrnř, 14 respondentů (12,17 %) odpovřdřlo „pomřrnř dost“ a pouze 2 respondenti (1,29 %) odpovřdřli „velmi silnř“.

Položka č. 11: Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

Tabulka 12 Míra bolestí u respondentů

Odpoověď	n_i	f_i
Žádná	21	18,26 %
Velmi mírné	30	26,09 %
Mírné	30	26,09 %
Střední	26	22,61 %
Silné	8	6,96 %
Velmi silné	0	0,00 %
Celkem	115	100,00 %



Graf 11 Míra bolestí u respondentů

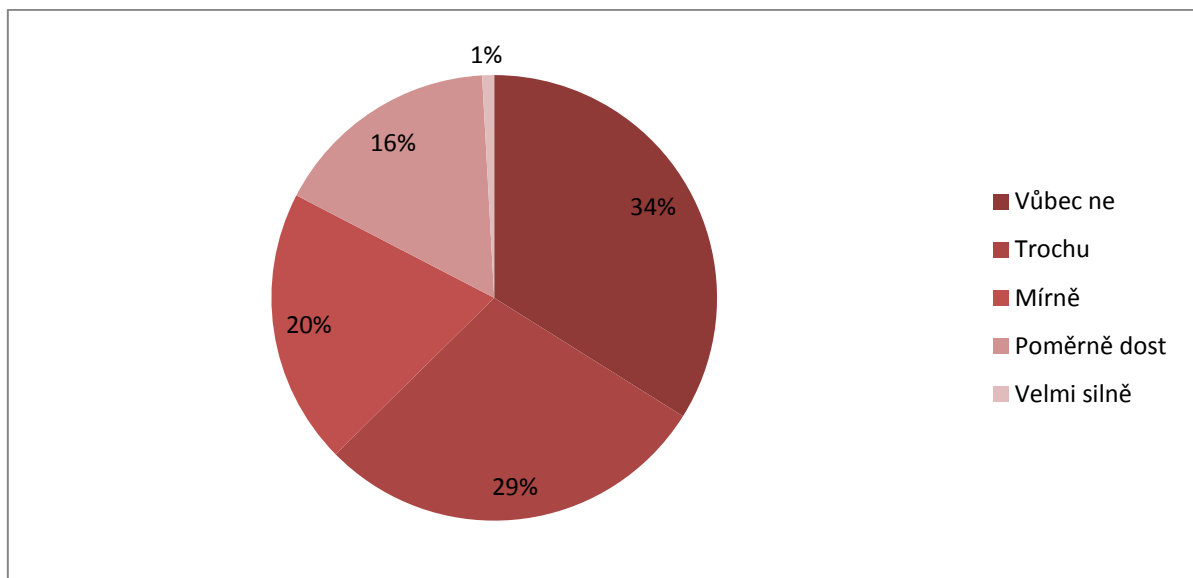
Komentář:

Tato položka hodnotí, jaké měl respondent bolesti v posledních 4 týdnech. Nejpočetnější byly dvě odpovědi, a to „velmi mírné“ a „mírné“, zodpovězené totožným počtem, 30 respondenty (26,09 %). Odpověď „střední“ zvolilo celkem 26 respondentů (22,61 %), „žádné“ zvolilo 21 respondentů (18,26 %) a „silné“ odpovědělo 8 respondentů (6,96 %). Odpověď „velmi silné“ nikdo nezvolil.

Položka č. 12: Do jak velké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

Tabulka 13 Míra toho jak bolest ovlivňuje pracovní i soukromý život respondentů

Odpověď	n_i	f_i
Vůbec ne	39	33,91 %
Trochu	33	28,70 %
Mírně	23	20,00 %
Poměrně dost	19	16,52 %
Velmi silně	1	0,87 %
Celkem	115	100,00 %



Graf 12 Míra toho jak bolest ovlivňuje pracovní i soukromý život respondentů

Komentář:

Položka č. 12 hodnotí, jak moc bolesti ovlivňují pracovní i běžné činnosti respondentů. Odpověď „vůbec ne“ vybralo 39 respondentů (3,91 %), odpověď „trochu“ zvolilo 33 respondentů (28,70 %), „poměrně dost“ vybralo 19 respondentů (16,52 %)

Položka č. 13: Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

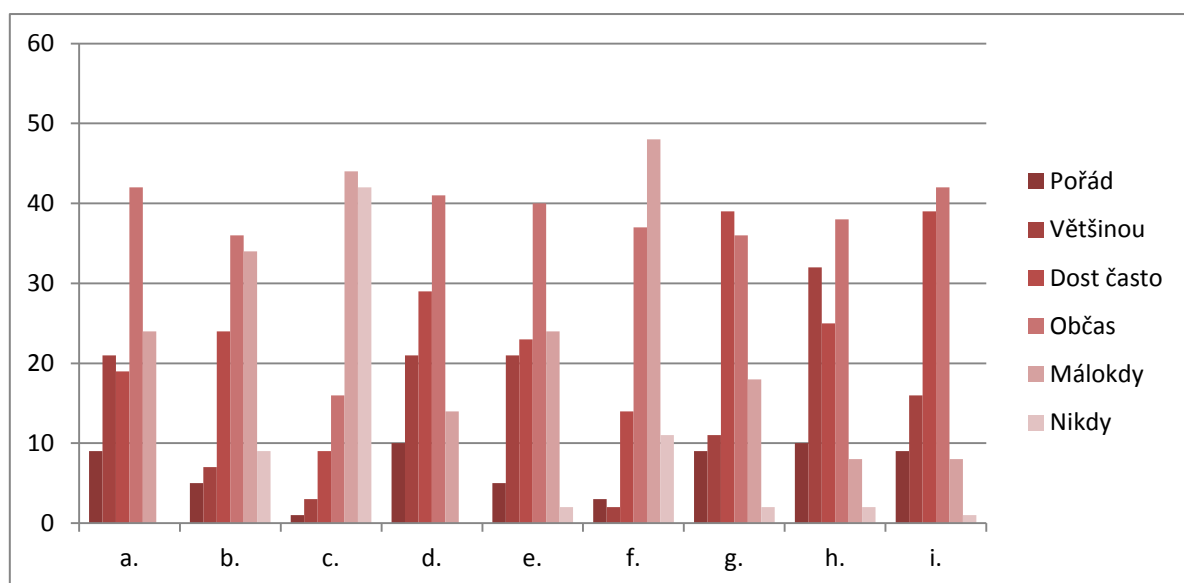
- a. jste se cítil(a) pln(a) elánu?
- b. jste byl(a) velmi nervózní?
- c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?
- d. jste pociťoval(a) klid a pohodu?
- e. jste byl(a) pln(a) energie?
- f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?
- g. jste se cítil(a) vyčerpan(a)?
- h. jste byl(a) šťastný(á)?
- i. jste se cítil(a) unaven(á)?

Tabulka 14 Psychologické rozpoležení respondentů za poslední 4 týdny 1

Odpověď	Pořád		Většinou		Dost často	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a.	9	7,83 %	21	18,26 %	19	16,52 %
b.	5	4,35 %	7	6,09 %	24	20,87 %
c.	1	0,87 %	3	2,61 %	9	7,83 %
d.	10	8,70 %	21	18,26 %	29	25,22 %
e.	5	4,35 %	21	18,26 %	23	20,00 %
f.	3	2,61 %	2	1,74 %	17	14,78 %
g.	9	7,83 %	11	9,57 %	39	33,91 %
h.	10	8,70 %	32	27,83 %	25	21,74 %
i.	9	7,83 %	16	13,91 %	39	33,91 %

Tabulka 15 Psychologické rozpoležení respondentů za poslední 4 týdny 2

Odpověď	Občas		Málokdy		Nikdy		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a.	42	36,52 %	24	20,87 %	0	0,00 %	115	100,00 %
b.	36	31,30 %	34	29,57 %	9	7,83 %	115	100,00 %
c.	16	13,91 %	44	38,26 %	42	36,52 %	115	100,00 %
d.	41	35,66 %	14	12,17 %	0	0,00 %	115	100,00 %
e.	40	34,78 %	24	20,87 %	2	1,74 %	115	100,00 %
f.	37	32,17 %	48	41,74 %	11	9,57 %	115	100,00 %
g.	36	31,30 %	18	15,65 %	2	1,74 %	115	100,00 %
h.	38	33,04 %	8	6,96 %	2	1,74 %	115	100,00 %
i.	42	36,52 %	8	6,96 %	1	0,87 %	115	100,00 %



Graf 13 Psychologické rozpoležení respondentů za poslední 4 týdny

Komentář:

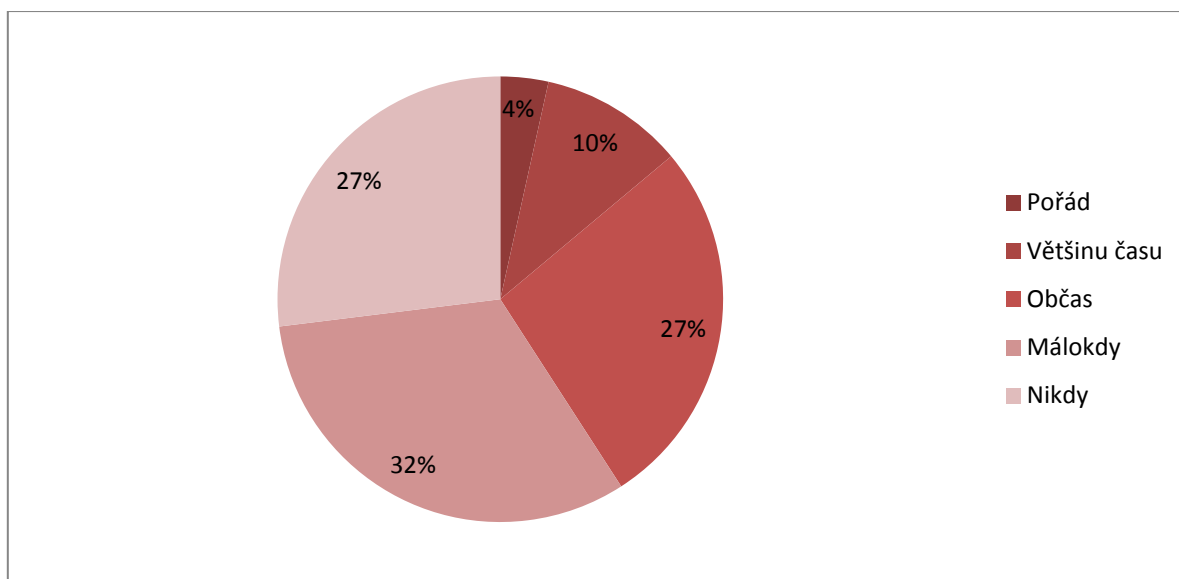
V této položce se hodnotí, jak se respondentům dařilo a jejich psychické rozpoležení za poslední 4 týdny. Na otázku, zda se cítili plni elánu, odpovědělo 42 respondentů (36,52 %) „občas“, 24 respondentů (20,87 %) „málokdy“, 21 respondentů (18,26 %) „většinou“, 19 respondentů (16,52 %) „dost často“, 9 respondentů (7,83 %) „pořád“. Odpověď „nikdy“ nikdo nezvolil. Na otázku, zda byli nervózní v posledních 4 týdnech, odpovědělo 36 respondentů (31,30 %) „občas“, 34 respondentů (29,57 %) „málokdy“, 24 respondentů (20,87 %) „dost často“, 9 respondentů (7,83 %) „nikdy“, 7 respondentů (6,09 %) „větši-

nou“ a 5 respondentů (4,35 %) „pořád“. Nejčtenější odpovědí na otázku, zda měli takovou depresi, že je nemohlo nic rozveselit, bylo „málokdy“ s počtem 44 respondentů (38,26 %), dále s odpovědí „nikdy“ 42 respondentů (36,52 %), 16 respondentů (13,91 %) odpovědělo „občas“, 9 respondentů (7,83 %) „dost často“, 3 respondenti (2,61 %) zvolili „většinou“. Odpověď „pořád“ zvolil 1 respondent (0,87 %). Na otázku, zda pociťovali klid a pohodu nejčastěji zvolili odpověď „občas“, a to 41 respondentů (35,66 %), dále 29 (25,22 %) zvolilo odpověď „dost často“, odpověď „většinou“ zvolilo 21 respondentů (18,26 %), 14 respondentů (12,17 %) odpovědělo „málokdy“ a 10 respondentů (8,70 %) odpovědělo „pořád“. Odpověď „nikdy“ žádný z respondentů nezvolil. Na otázku, zda byli plni energie, odpovědělo 40 respondentů (34,78 %) „občas“, 24 respondentů (20,87 %) vybralo odpověď „málokdy“, 23 respondentů (20,00 %) odpovědělo „dost často“, 21 respondentů (18,26 %) zvolili „většinou“, pouze 5 respondentů (4,35 %) zvolilo odpověď „pořád“. Na otázku, zda pociťovali pesimismus a smutek, odpovědělo 48 respondentů (41,74 %) „málokdy“, druhou nejpočetnější odpovědí bylo „občas“ s 37 respondenty (32,17 %), dále „dost často“ se 17 respondenty (14,78 %), 11 respondentů (9,57 %) zvolilo „nikdy“, 3 respondenti (2,61 %) zvolili „pořád“ a 2 (1,74 %) zvolili „většinou“. Na otázku, zda se cítili vyčerpaní, odpovědělo 39 respondentů (33,91 %) „dost často“, možnost „občas“ zvolilo 36 respondentů (31,30 %), 18 respondentů (15,65 %) odpovědělo „málokdy“, 11 respondentů (9,57 %) zvolilo „většinou“, 9 respondentů (7,83 %) vybralo odpověď „pořád“ a pouze 2 respondenti (1,74 %) zvolili odpověď „nikdy“. Na otázku, zda byli šťastní v posledních 4 týdnech, nejvíce odpovědělo 38 respondentů (33,04 %) „občas“, druhou nejčtenější odpovědí bylo „většinou“. Zvolilo ji 32 respondentů (27,83 %). Dále 25 respondentů (21,74 %) odpovědělo „dost často“, 10 respondentů (8,70 %) zvolilo „pořád“, 8 respondentů (6,96 %) odpovědělo „málokdy“ a 2 (1,74 %) zvolili odpověď „nikdy“. Poslední otázkou v této položce bylo, zda se cítili unavení, 42 respondentů (36,52 %) odpovědělo „občas“, 39 respondentů (33,91 %) zvolilo „dost často“, dále 16 respondentů (13,91 %) volilo odpověď „většinou“, 9 respondentů (7,83 %) odpovědělo „pořád“, 8 (6,96 %) zvolilo „málokdy“ a 2 (1,74 %) zvolilo „nikdy“.

Položka č. 14: Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

Tabulka 16 Projevy onemocnění ve vztahu k sociálnímu životu respondenta

Odpověď	n_i	f_i
Pořád	4	3,48 %
Většinu času	12	10,43 %
Občas	31	26,96 %
Málokdy	37	32,17 %
Nikdy	31	26,96 %
Celkem	115	100,00 %



Graf 14 Projevy onemocnění ve vztahu k sociálnímu životu respondenta

Komentář:

Položka č. 14 hodnotí, jak moc ovlivňují emocionální a zdravotní potíže společenský život respondentů. Nejvíce respondentů odpovědělo „málokdy“, a to 37 (32,17%). Mezi druhou nejpočetnější odpověď se řadí „občas“ a „nikdy“, s totožným počtem odpovědí 31 (26,96%). Celkem 12 respondentů (10,43 %) odpovědělo „většinu času“ a 4 respondenti (3,48 %) odpověděli „pořád“.

Položka č. 15: Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

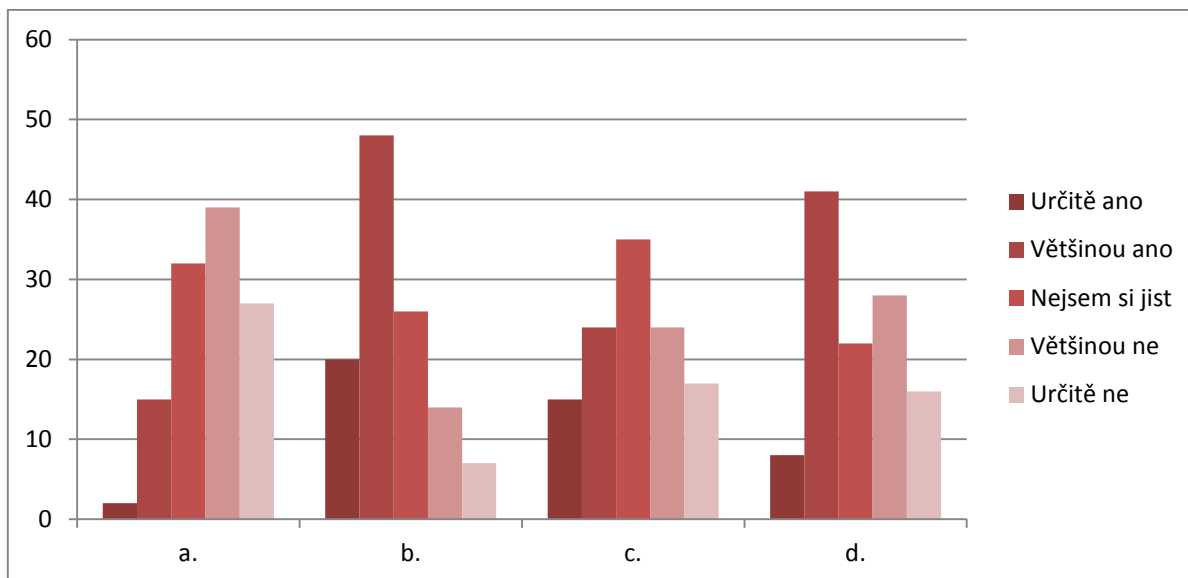
- Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé
- Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný
- Očekávám, že se mé zdraví zhorší
- Mé zdraví je perfektní

Tabulka 17 Mínění respondentů o jejich zdravotním stavu 1

Odpověď	Určitě ano		Většinou ano		Nejsem si jist	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a.	2	1,74 %	15	13,04 %	32	27,83 %
b.	20	17,39 %	48	41,74 %	26	22,61 %
c.	15	13,04 %	24	20,87 %	35	30,43 %
d.	8	6,96 %	41	35,65 %	22	19,13 %

Tabulka 18 Mínění respondentů o jejich zdravotním stavu 2

Odpověď	Většinou ne		Určitě ne		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a.	39	33,91 %	27	23,48 %	115	100,00 %
b.	14	12,17 %	7	6,09 %	115	100,00 %
c.	24	20,87 %	17	14,78 %	115	100,00 %
d.	28	24,35 %	16	13,91 %	115	100,00 %



Graf 15 Míňení respondentů o jejich zdravotním stavu

Komentář:

Položka č. 15 vyzívá respondenty k zhodnocení svého zdravotního stavu. Na otázku, zda si mají pocit, že onemocní snadněji, než jiní lidé odpovědělo 39 respondentů (33,91 %) „většinou ne“, 32 respondentů (27,83 %) zvolilo „nejsem si jist“, 27 respondentů (23,48 %) odpovědělo „určitě ne“, 15 respondentů (13,04 %) vybralo odpověď „většinou ano“ a pouze 2 (1,74 %) zvolilo „určitě ano“. Na otázku, jestli jsou zdraví jako kdokoliv jiný nejvíce odpověděli „většinou ano“ celkem 48 respondentů (41,74 %), dále 26 respondentů (22,61 %) zvolilo „nejsem si jist“, odpověď „určitě ano“ zvolilo 20 respondentů (17,39 %), 14 respondentů (12,17 %) odpovědělo „většinou ne“ a variantu „určitě ne“ vybralo 7 respondentů (6,09 %). Na otázku, zda očekávají, že se jejich zdraví zhorší, odpovědělo 35 respondentů (30,43 %) „nejsem si jist“, dále se stejným počtem 24 respondentů (20,87 %) zvolili odpovědi „většinou ne“ a „většinou ano“, 17 respondentů (14,78 %) odpovědělo „určitě ne“ a 15 respondentů (13,04 %) vybralo odpověď „určitě ano“. Na poslední otázku, zda je jejich zdraví perfektní, odpovědělo 41 respondentů (35,65 %) „většinou ano“, 28 respondentů zvolilo odpověď „většinou ne“, 22 respondentů (19,13 %) odpovědělo „nejsem si jist“, 16 respondentů (13,91 %) zvolilo „určitě ne“ a odpověď „určitě ano“ zvolilo 8 respondentů (6,96 %).

6 KAZUISTIKY 1-2

Pro úplné dokreslení problematiky nemoci je vhodný individuální přístup k jedinci. Získání dat pomocí rozhovoru a následné jejich zpracování do kazuistiky. Kazuistiky je možné použít při výuce v ošetrovatelství (např. sestavení edukačního plánu, stanovení ošetrovatelských diagnóz). Jedná se o pohled na nemoc za poslední dva měsíce nemocného.

6.1 Kazuistika 1

Tabulka 19 Základní údaje o pacientovi ke kazuistice č. 1

Jméno a příjmení: iniciály T.V.		
Pohlaví: muž	Věk: 34	
Státní příslušnost: česká	Stav: svobodný	
Výška: 180 cm	Váha: 72 kg	BMI: 22,22

Tabulka 20 Kazuistika č.1

Anamnéza	
Osobní anamnéza	<p>Pan T.V. se léčí s varixy. Varixy se vyskytují na obou DKK již od dětství. Na PDK se po námaze vytváří výrazný otok (především kotníku, po velké námaze se otok přesouvá i na celé lýtko).</p> <p>Operace:</p> <p style="padding-left: 40px;">2001 – LDK varixy</p> <p style="padding-left: 40px;">2002 – PDK varixy</p> <p>Úrazy:</p> <p style="padding-left: 40px;">1995 – urologický úraz</p> <p>Infekční onemocnění:</p> <p style="padding-left: 40px;">2016 – erysipel PDK</p> <p style="padding-left: 40px;">2017 – erysipel PDK</p>
Rodinná anamnéza	Matka se léčí s varixy dolních končetin a štítnou žlázou. Otec se léčí

	s hypertenzí. Sestra trpí roztroušenou sklerózou.
Katamnéza	
<p>Varixy jsou u pacienta dědičným onemocněním. Onemocnění se u něj objevilo již v dětství. Projevy onemocnění začaly být výrazné v 10 letech. Do 15 let se varixy zvětšovaly, byly nevzhledné. V 17 letech podstoupil operaci LDK, o rok později i PDK. Po operaci byl poučen o nošení kompresivních punčoch, které ovšem nosil jen občas při fyzické zátěži v povolání. V odstupu jednoho roku po operaci byli patrné mírné známky recidivy onemocnění. Roku 2016 prodělal erysipel PDK. Byla nutná hospitalizace na infekčním oddělení. Po vyléčení erysipelu se u T.V. po námaze objevil výrazný otok PDK. Otok je především v oblasti kotníků. Po výrazné námaze se přesouvá na lýtko. Podstoupil fyzioterapii (přístrojovou lymfodrenáž a vodoléčbu). Po fyzické námaze byl otok stále přítomný. Roku 2017 opětovný erysipel v PDK s léčbou v domácím prostředí. Docházel na lymfodrenáž ruční a přístrojovou. Po prvním erysipelu T.V. začal nosit kompresivní punčochy každý den. Nyní je jeho zdravotní stav stejný. Onemocnění neprogreduje.</p>	
Vnímání zdraví a snaha udržení zdraví	
1. měsíc	<p>Pan T.V. chodí na pravidelné kontroly k lékaři. Svě zdraví hodnotí jako ani dobré ani špatné, ale spokojený s ním není. Nestoná příliš často. Obává se zhoršení zdraví. Zdravotní stav v porovnání před rokem a dnes hodnotí jako stejný. V dětství často trpěl záněty středního ucha, kvůli tomu hůře slyší na levé ucho. Alergický není. Varixy trpí již od dětského věku. Onemocnění je dědičné, trpí jím matka i její matka. Prodělal operace varixů obou dolních končetin. LDK v roce 2001 a PDK v roce 2002. KEP dříve nenosil pravidelně, ale po prodělání erysipelu v roce 2016 je nosí každý den. Nasazuje si KEP ihned poté, co provede ranní hygienu. Kouří od 17 let. Nyní vykouří asi 10 cigaret za den. Alkohol pije příležitostně, po práci si dá někdy pivo. Užívá Detralex 2 tbl. ráno poslední 4 roky. Udává, že mu Detralex velmi pomáhá od projevů onemocnění. Když si jej někdy zapomene vzít má nohy více těžké a více mu otékají. Fyziologické funkce: tělesná teplota 36,6 °C, krevní tlak 120/80, pulz 73/min.</p>

2. měsíc	Nyní kvůli vyššímu pracovnímu vytížení DKK otékají více. KEP nosí stále pravidelně každý den. Pokud má volný den, nasazuje si je až několik hodin poté co vstane (prý aby si nohy odpočinuly). Kvůli vyšší míře stresu nyní kouří více cigaret, asi 15-20 kusů za den. Detralex se snaží užívat pravidelně, ale přiznává, že kolikrát zapomene.
Výživa a metabolismus	
1. měsíc	V jídle se nijak neomezuje, jí vše na co má chuť. V práci jí velice nepravidelně a málo, protože nemá na jídlo čas. Doma se snaží jíst pravidelně a větší porce. Často jí těsně před spaním. Denně vypije 1,5-2 litry. Pije jak vodu, tak slazené nápoje. Kávu pije každý den, 3-4 šálky. Chrup má trvalý, zdravý. Obtíže se žvýkáním či polykáním nemá. Kůže je hydratovaná. Na dolních končetinách má puchýřky, které ošetřuje mastí proti plísním. Dolní končetiny vykazují známky změny pigmentace, nehty mají atrofické změny. Pán je upravený, čistý.
2. měsíc	Nyní jí v práci velice málo. Tvrdí: „Jsem najezenej z toho smradu.“ V podstatě nesnídá a nají se až večer. Zhubl na 70 kg. Tekutin pije dostatečně. Nyní někdy až 3 litry za den. V práci pije hlavně vodu s plátkem citrónu. Doma si dává slazené limonády. Kožní turgor v normě. Kávu pije každý den, 3-4 šálky.
Vylučování	
1. měsíc	Problémy s vylučováním nemá. Stolicí nemá pravidelnou. Občas trpí průjmy s příměsí krve. Byly mu diagnostikovány hemoroidy. Moč je bez patologických příměsí, světle žlutá, bez zápachu. Pocení je v normě.
2. měsíc	Stav nezměněn.
Aktivita a cvičení	
1. měsíc	Aktivně neprovozuje žádný sport. Ale rád lyžuje, pokud má možnost. V posledních týdnech se cítí unavený a vyčerpaný. Má málo elánu. Po námaze má těžké a oteklé dolní končetiny. Je soběstačný, zvládá běžné denní činnosti. V práci je celý den na nohou. Neudává,

	že by mu onemocnění nějak ztěžovalo práci. Chůze do schodů mu nečiní potíže. Bolest se objevuje při chůzi na dlouhé vzdálenosti. Subjektivně příliš nepocítuje omezení způsobené onemocněním dolních končetin.
2. měsíc	Nyní v práci tráví více času. Někdy má směnu dlouhou až 17 hodin. Je teď hodně vyčerpaný, unavený. Více si stěžuje na bolesti DKK.
Spánek a odpočinek	
1. měsíc	Chodí spát obvykle kolem 23 hodiny. Občas má problémy s usínáním. Často se v noci budí a jde se napít. Od těžkých nohou mu pomáhá elevace končetin. Používá mazání na žíly, také si končetiny často masíruje a nosí KEP. Chodíval dříve na lymfodrenáž.
2. měsíc	Nyní chodí spát později. Někdy až o půl 1 ráno. Často v noci budí a nyní má i potíže s usínáním. Říká, že má moc starostí a vše se mu před spánkem honí hlavou. Uvažuje znovu o lymfodrenáži, protože otoku trvá více času, než se vstřebá. Končetiny si vždy po práci namaže mastí na žíly.
Vnímání, poznávání	
1. měsíc	Vidí dobře. Kvůli častým zánětům středního ucha slyší hůře, hlavně na levé ucho. Svě vnímání hodnotí kladně, potíže s pamětí neudává. Udává problémy s rozhodováním, často dlouho váhá a nad vším moc přemýšlí. Je komunikativní, mluví zřetelně a otevřeně. Bolest snáší dobře. O svém zdravotním stavu je dobře informovaný.
2. měsíc	Kvůli zvýšenému stresu více zapomíná a má problémy se soustředit.
Sebepojetí, sebeúcta	
1. měsíc	Pacient své myšlení hodnotí jako spíše optimistické, udává, že bývá cholerický. Je společensky založen. Má rád společnost. Ve stresových situacích mu pomáhá sledování televize, kouření cigarety a společnost přátel a rodiny, kterým se může svěřit. Onemocnění ho ovlivňuje ve výběru oblečení. Nemůže nosit upnuté kalhoty. Onemocnění ovlivňuje i jeho výběr bot. Obuv musí mít široký lem, ji-

	nak se mu okraj bot zařezává do nohy. Se svým onemocněním je smířený. Je se svým životem spokojený. Dodává, že jen to zdraví by mohlo být lepší.
2. měsíc	Stav nezměněn.
Plnění rolí, mezilidské vztahy	
1. měsíc	Bydlí na okraji města v panelovém domě se svou přítelkyní. Se svým bydlením je spokojený. Je bezdětný. Vystudoval střední školu gastronomie a služeb. Pracuje jako kuchař. Onemocnění jej nijak neomezuje v práci ani v domácích činnostech. Onemocnění jej limituje pouze při výletech, kdy je nutné dlouho chodit a kdy není dostatečně odpočinut po práci. Finančně je dobře zajištěn. Má hodně kamarádů. Jednou týdně se s nimi schází v oblíbené hospůdce. Na rozvíjení svých zájmů nemá dostatek času kvůli pracovní vytíženosti.
2. měsíc	Nyní kvůli změně v zaměstnání, kdy mu přibyly povinnosti a musí se starat o zásobování kuchyně a organizování provozu, je více ve stresu. Má méně času za rodinu, přátele a volnočasové aktivity. I doma se musí věnovat práci.
Sexualita a reprodukční schopnost	
1. měsíc	Měl urologický úraz v roce 1995, který vyžadoval operaci (circumcise). Na pravidelné kontroly nechodí. Se svým sexuálním životem je spokojený.
2. měsíc	Stav nezměněn.
Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance	
1. měsíc	Se stresem se vyrovnává dle svých slov dobře. V zaměstnání, které je hektické, si umí dobře zorganizovat práci. Ve stresové situaci umí zachovat klid, ale pokud je ve stresové situaci dlouho, projeví se jeho cholerická povaha. V osobním životě mu je oporou především rodina a přítelkyně. Negativním emocím propadá zřídka. Je spíše pozitivně naladěný.

2. měsíc	Nyní kvůli práci je více ve stresu. Bývá někdy podrážděný. Pokud má čas, rád si zajde za kamarády do hospody, kde se může odreagovat. Rodina a přítelkyně jsou pro něj oporou, ale radí mu změnu zaměstnání, kde bude méně zatěžovat nohy.
Víra, životní hodnoty	
1. měsíc	Je ateista. Na prvním místě má rodinu. Udělal by pro ni cokoli. Jeho zdraví je až na druhém místě.
2. měsíc	Stav nezměněn.

Diskuze a závěr

Pacient č. 1 je muž ve věku 34 let, pracuje jako kuchař. Projevy varixů má již od dětství. Špatným dodržováním režimových opatření u něj došlo i přes operace DKK k opětovnému zhoršení varixů. Po prodělání erysipelu, dvakrát během dvou let na PDK, u něj došlo k rozvoji lymfedému. Doporučení pro zlepšení zdravotního stavu je změna povolání, kde nebude tolik vystavovat DKK zátěži. Také je vhodná pohybová aktivita, jako je jízda na kole a cvičení, vedoucí ke zlepšení žilně-svalové pumpy. Zcela nevhodné je lyžování, které má rád, a které pravidelně provozuje. Tato kazuistika může sloužit jako materiál pro výuku, při tvorbě edukačního plánu (edukace pacienta o nošení KEP a dodržování zásad jejich aplikace, o škodlivosti kouření, o pravidelném užívání předepsaných léků, o vhodné pohybové aktivitě) nebo při tvorbě ošetřovatelských diagnóz.

6.2 Kazuistika 2

Tabulka 21 Základní údaje o pacientovi ke kazuistice č. 2

Jméno a příjmení: iniciály J.V.		
Pohlaví: žena	Věk: 55	
Státní příslušnost: česká	Stav: vdaná	
Výška: 158 cm	Váha: 80 kg	BMI: 32

Tabulka 22 Kazuistika č. 2

Anamnéza	
Osobní anamnéza	<p>Pacienta již od dětství trpěla varixy obou dolních končetin. Onemocnění si začala všimnout asi tak v 10 letech. Léčí se s hypofunkcí štítné žlázy.</p> <p>Operace:</p> <p>1981 – operace cysty na vaječniku</p> <p>19xx – operace varixů</p> <p>2017 – operace kolene</p> <p>Úrazy:</p> <p>2016 – přetržený vaz v koleni</p>
Rodinná anamnéza	Matka zemřela na demenci. Otec trpěl diabetem II. typu. Bratr je zdravý. Syn se léčí s chronickou venózní insuficiencí.
Katamnéza	
<p>Pacientka již od dětství trpěla varixy obou dolních končetin. Onemocnění si začala všimnout asi tak v 10 letech. Postupně onemocnění progredovalo a v 17 letech byla indikována operace varixů. Operatér paní operaci rozmluvil s tím, že by bylo vhodné jít na operaci až po těhotenství. Poté podstoupila operaci varixů obou dolních končetin. V odstupe let byla nutná reoperace levé dolní končetiny. Od té doby se onemocnění příliš nezhoršuje.</p>	
Vnímání zdraví a snaha udržení zdraví	
1. měsíc	<p>Své zdraví hodnotí jako špatné a má pocit, že je poněkud horší než před rokem. Chodí na pravidelné kontroly k lékaři. Je alergická na prach a plísně. Alergie se u ní projevuje sennou rýmou. Nekouří, alkohol pije příležitostně. Léčí se s hypofunkcí štítné žlázy. Užívá Euthyrox 100 µg 1 tbl. ráno na lačno, Detralex 2 tbl. ráno asi 8 let. Udává, že Detralex jí velmi pomáhá zmírnit příznaky, jako jsou těžké nohy a zmírnění otoků dolních končetin. V roce 1981 prodělala operaci, kdy jí byla odstraněna cysta na</p>

	vaječníku. Podstoupila operaci varixů obou dolních končetin, ve kterém roce si nevzpomíná. U levé končetiny byla nutná reoperace po několika letech. Kompresivní punčochy nenosí. V roce 2016 měla úraz, přetrhla si vazy v kolenu, na operaci šla roku 2017. Fyziologické funkce: tělesná teplota 36,5 °C, krevní tlak 130/80, pulz 80/min.
2. měsíc	Nyní asi týden nebrala Detralex, zapomněla si vyzvednout recept. Došlo ke zhoršení projevů varixů, více ji DKK boleli, nohy byly těžké a více otékaly. Poté co jej začala opět užívat, došlo ke zlepšení stavu.
Výživa a metabolismus	
1. měsíc	Pije 1-2 šálky kávy za den. Vypije 1 litr tekutin za den. Preferuje vodu, slazené nápoje nemá ráda. Snaží se jíst pravidelně. Žádné dietní omezení nemá. Nyní má váhu 80 kg. Chtěla by zhubnout, ale nedaří se jí to, má ráda sladké. Chrup má trvalý, zdravý. V dětství se jí zuby často kazily, v těhotenství jí několik zubů vytrhli. Má mírně snížený kožní turgor. Dolní končetiny jsou trochu oteklé. Paní je upravená, čistá, dbá na svůj vzhled.
2. měsíc	Snaží se jíst pravidelně, kvůli práci to občas poruší. Pít tekutiny zapomíná, musí si na to myslet a nutit se pít. Váha 79,4 kg.
Vylučování	
1. měsíc	Moč má tmavě žlutou barvu, bez příměsí a zápachu. Na stolici chodí pravidelně, občas s příměsí krve. Paní podstoupila koloskopické vyšetření a byly jí diagnostikovány hemeroidy. Dříve trpěla často zácpou. V noci trpí občas návaly horka, hodně se zpotí. Přes den je pocení v normě.
2. měsíc	Stav nezměněn.
Aktivita a cvičení	
1. měsíc	Pacientka má sedavé zaměstnání. Chodí jednou týdně na kurzy tance. V zimě ráda lyžuje. Dolní končetiny má vždy večer těžké a

	bolavé, často i oteklé, při stlačení se jí tvoří na kůži dolíky. Onemocnění dolních končetin ji v chůzi neomezuje, ale udává, že u náročnějších sportů nebo zvedání těžkých věcí pociťuje bolest a napětí v dolních končetinách. Poslední dobou se cítila více unavená.
2. měsíc	Při slunečném dni a teplém počasí pracuje téměř každý den na zahrádce. Stěžuje si více na bolest v lýtkách, kterou pociťuje, když na zahrádce klečí a okopává.
Spánek a odpočinek	
1. měsíc	Po práci ráda chodí na zahrádku, kde jak říká, „si pročistí hlavu“. Od těžkých nohou jí pomáhá jejich zvednutí. Spát chodí kolem 22:00 hodiny. Problémy s usínáním obvykle nemá, jen někdy pokud zažívá stres, nebo je hodně vyčerpaná. V noci se občas probouzí a někdy má křeče dolních končetin. V lůžku má zvednutou spodní část postele, aby měla končetiny výše.
2. měsíc	Nyní bývá více unavená, přičítá to zvýšené fyzické aktivitě a stresu v práci. Ráda si napustí teplo vanu, kde relaxuje. Problémy s usínáním nemá.
Vnímání, poznávání	
1. měsíc	Pacientka vidí hůře do dálky a na střední vzdálenost, ale brýle nenosí. Problémy se sluchem nemá. Pacienta je komunikativní, mluví o všem otevřeně. Většinou je rozhodná, ale činí ji potíže prosadit svůj názor. Bolest snáší dobře.
2. měsíc	Nyní zkouší nosit kontaktní čočky, ale ty jí nevyhovují, protože kvůli nim vidí hůř na krátkou vzdálenost.
Sebepojetí, sebeúcta	
1. měsíc	Pacientka bývá často pesimistická. Má ráda společnost, často chodí se svými kamarádkami na kávu. Varixy ji omezovaly ve výběru oblečení již v mládí. Styděla se za své končetiny. Často nosí kalhoty, šaty jen výjimečně.

2. měsíc	Stav nezměněn.
Plnění rolí, mezilidské vztahy	
1. měsíc	Bydlí v rodinném jednopodlažním domku, který momentálně se svým manželem rekonstruuje. Se svým bydlením je spokojená. Má dvě děti. Má vystudovanou vysokou školu. Nyní pracuje na Úřadu práce v Olomouci, kde podala žádost o ukončení pracovního poměru. Další měsíc má nastoupit na nové pracovní místo.
2. měsíc	Nyní pracuje na Úřadu práce v Hranicích. Zvyká si na novou práci a kolektiv. S manželem má nyní vypjatější vztah. Manžel je nezaměstnaný a pracuje plně na rekonstrukci domu, ale práci na ní odkládá až na večer, což vede ke konfliktům mezi nimi.
Sexualita a reprodukční schopnost	
1. měsíc	Menarche ve 14 letech. Menstruaci měla pravidelně do klimakteria v 51 letech. Byla dvakrát těhotná. Dvakrát také porodila. V roce 1981 byla na operaci s cystou na vaječniku. Chodí na pravidelné prohlídky jedenkrát ročně. Dříve se vždy před menstruací zhoršily projevy varixů, především na pravé končetině, kdy pacientka pocítovala bolest uvnitř nohy. Se svým sexuálním životem je spokojená.
2. měsíc	Stav nezměněn.
Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance	
1. měsíc	Často bývá negativně naladěná a smutná. Nejvíce stresových situací zažívá v práci. Pomáhá jí, když se svěří rodině a přátelům. Od stresu jí také pomáhá zahradničení, četba a sledování televize. Pokud dochází ke konfliktu v rodině, odchází a vrátí se, až se uklidní.
2. měsíc	Nyní je více stresována, kvůli novému zaměstnání a také kvůli konfliktům mezi ní a jejím manželem. Pomáhají jí návštěvy kamarádek a dětí, kterým se může svěřit.

Víra, životní hodnoty	
1. měsíc	V Bohu věří, ale nechodí do kostela. Když je v úzkých, obrací se k Bohu a prosí ho, aby jí pomohl. Na prvním místě má rodinu a její zdraví. S manželem sdílí stejné hodnoty.
2. měsíc	Stav nezměněn.

Diskuze a závěr

Pacient č. 2 je žena ve věku 55, pracuje na Úřadu práce, má sedavé zaměstnání. Varixy se u ní vyskytují již od dětského věku. Podstoupila po porodu operaci varixů DKK. Po několika letech byla nutná opětovná operace LDK. Nyní je její stav stabilní, nedochází k progresi onemocnění. K zmírnění projevů onemocnění pomáhá užívání Detralexu a elevace končetin. Zhoršení projevů onemocnění pociťuje hlavně po fyzické zátěži. Doporučení pro zlepšení zdravotního stavu je začít nosit KEP, které jí pomohou od pocitu těžkých nohou a zmírnění otoků DKK. Také dodržování režimových opatření, jako je vhodná pohybová aktivita (nevhodné je lyžování) a sprchování končetin vlažnou vodou. Tato kazuistika může sloužit jako materiál pro výuku, při tvorbě edukačního plánu (edukace pacienta o nošení KEP a dodržování zásad jejich aplikace, o pravidelném užívání předepsaných léků, o vhodné pohybové aktivitě, redukci váhy) nebo při tvorbě ošetřovatelských diagnóz.

DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce, bylo zjistit kvalitu života pacientů trpící varixy dolních končetin. Byly stanoveny dílčí cíle, které nám pomohly zhodnotit kvalitu života v různých oblastech, o kterých jsme si mysleli, že jsou nejvíce ovlivněny tímto onemocněním.

Demografické údaje

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 115 respondentů. Z toho 96 žen (83,48 %) a 19 mužů (16,52 %). Nejmenší zastoupení měli kategorie ve věku víc jak 60 let (4,35 %) a do věku 20 let (8,70 %). Největší zastoupení měla věková kategorie 21-30 let s celkovým počtem 41 respondentů (35,65 %). Největší zastoupení (73,91 %) měli respondenti se středoškolským vzděláním, následně vysokoškolským vzděláním (19,13). Z těchto zjištěných údajů můžeme vyvodit zvýšený výskyt varixů, který je spojený s nástupem do zaměstnání, jeho vykonáváním a se středoškolských studií.

Dílčí cíl č. 1 se zabývá ovlivněním fyzické oblasti, spojené s výskytem varixů dolních končetin. Položka č. 4 se zabývá činností při zaměstnání. Z průzkumu vyplývá, že 42,61 % respondentů při výkonu svého povolání sedí i chodí a 36,52 % převážně chodí. Celkem se tedy varixy vyskytují u 79,13 % respondentů, kteří během výkonu svého povolání chodí. Položka č. 7 zkoumá, při jakých činnostech jsou respondenti omezeni varixy. Celkem 47,83 % respondentů trochu pocítuje omezení při provozování náročných sportů a 30,43 % nejsou omezeni vůbec, při středně namáhavých činnostech jako je jízda na kole nebo posouvání stolu 64,35 % respondentů nepocítuje žádné omezení. Zvedání a nošení běžného nákupu vůbec neomezuje 73,43 % respondentů. Vyjít po schodech několik pater omezuje trochu 43,09 % a vůbec neomezuje 38,26 % respondentů. Zde mohlo dojít ke zkreslení dat, kvůli špatné fyzické kondici či jiným zdravotním potížím respondenta. Vyjít po schodech jedno patro neomezuje vůbec 82,61 % respondentů. Při předklonu, shýbání a pokleku pocítuje mírné omezení 34,78 % respondentů a žádné omezení 53,52 % respondentů. V chůzi asi jeden kilometr vůbec neomezují varixy 69,57 % respondentů. Chůzi po ulici asi sto metrů vůbec nepocítuje omezení 90,43 % respondentů a chůze několik desítek metrů vůbec neomezuje 87,83 % respondentů. V závislosti na snižování ujitých metrů se zvyšoval počet respondentů, kterým tato činnost nečinila žádné potíže. Nevysvětlitelně se zvýšil počet respondentů, které trochu omezuje chůze několik desítek metrů po ulici na 10,43 %, přestože trochu omezení při chůzi sto metrů po ulici pocítovalo pouze 8,70 % respondentů. Stejně tak se zvýšil počet respondentů, kteří odpověděli „ano, hodně omezuje“ při chůzi po ulici několik desítek metrů na dva (1,74 %). Přestože u předchozí otázky, zda je omezuje

zdravotní stav při chůzi po ulici sto metrů, odpověděl pouze jeden respondent (0,87 %). Při oblékání vůbec nepocítuje omezením 94, 78 % respondentů. Položka č. 8 se věnuje problémům, které by se mohli u respondentů vyskytnout při práci nebo běžných denních činnostech kvůli zdravotním potížím. Prvním z těchto problémů je, zda se zkrátil čas, který respondent věnoval práci nebo jiné činnosti. Celkem 73,91 % respondentů odpovědělo „ne“. Dalším z problémů je, zda udělali méně, než chtěli, kvůli zdravotním potížím. Na to odpovědělo celkem 58,26 % respondentů „ne“. Celkem 64,35 % respondentů odpovědělo „ne“ také na otázku, zda byli omezeni v druhu práce nebo jiných činností. Na otázku, zda museli např. vynaložit zvláštní úsilí při práci nebo jiných činnostech, odpovědělo 58,26 % respondentů „ne“. Položka č. 11 zjišťuje, jak velké měl respondent v průběhu posledních 4 týdnů bolesti. Zde odpovědělo 52,18 % respondentů „velmi mírné“ nebo „mírné“ a „žádné“ bolesti odpovědělo 18,26 % respondentů. Celkem 22,61 % odpovědělo „střední“ bolesti. Položka č. 12, která zjišťuje, do jaké míry respondentům bránili bolesti při práci, odpovědělo 33,91 % „vůbec ne“ a odpověď „trochu“ nebo „mírně“ zvolilo dohromady 48,70 % respondentů. Z těchto zjištěných dat vyplynulo, že při běžných denních činnostech většinu respondentů nijak varixy neomezují. Výjimku tvoří pouze provozování náročných sportů a vyjití po schodech několik pater, kde většina respondentů pocítuje trochu omezení. Varixy nijak neomezují ani nadpoloviční většinu respondentů při výkonu povolání. Jaké mají bolesti, odpovědělo celkem 70,44 % respondentů, že nepocítují žádné, velmi mírné nebo mírné bolesti, což nijak výrazně nezhoršuje kvalitu života.

Dílčí cíl č. 2 se zabývá, do jaké míry ovlivňují varixy respondenta v psychické oblasti. Položka č. 9 zjišťuje, zda v posledních 4 týdnech ovlivnili emocionální potíže jejich výkon při práci nebo denních činnostech. Zda se zkrátil čas, který věnovali práci nebo jiné činnosti odpovědělo „ne“ 69,57 % respondentů. Zda udělali méně, než chtěli, odpovědělo „ne“ 62,61 % respondentů. Na otázku, zda byli méně pozorní při práci nebo jiných činnostech než obvykle, odpovědělo „ne“ 64,35 % respondentů. Položka č. 13 zkoumá, psychické rozpoložení respondenta v posledních 4 týdnech. Plni elánu se cítili „dost často“, „většinou“ nebo „pořád“ celkem 42,61 % respondentů, „občas“ nebo „málokdy“ 57,39 % respondentů. Nervózní se cítilo „občas“, „málokdy“ nebo „nikdy“ 68,70 % respondentů. Depresi, že je nemohlo nic rozveselit, mělo „občas“, „málokdy“ nebo „nikdy“ 88,69 % respondentů. Klid a pohodu pocítovalo „dost často“, „většinou“ nebo „pořád“ 52,18 % respondentů. Zda byli plni energie, pocítovali „občas“ nebo „málokdy“ 55,65 % respondentů a „dost často“, „většinou“ nebo „pořád“ 42,61 % respondentů. Zda pocítovali pesi-

mismus a smutek odpovědělo „občas“, „málokdy“ nebo „nikdy“ 83,48 % respondentů. Zda se cítili vyčerpaní, odpovědělo „občas“ nebo „málokdy“ 46,95 % respondentů a „dost často“ nebo „většinou“ 43,48 % respondentů. Zda byli šťastní, odpovědělo „dost často“ nebo „většinou“ 47,57 % respondentů a „občas“ nebo „málokdy“ 40,00 % respondentů. Jestli se cítili unavení, odpovědělo „dost často“ nebo „většinou“ 47,85 % respondentů a „občas“ nebo „málokdy“ 43,48 % respondentů. Z výsledku průzkumu vyplynulo, že většina respondentů se nenechá emočními problémy ovlivňovat v práci. Stejně jako většina respondentů za poslední 4 týdny nepropadala negativním emocím, jako je např. deprese, smutek, nervozita a pesimismus. V ostatních otázkách, kde především figuruje unavenost a elán respondenta, se odpovědi rozcházejí na polovinu.

Dílčí cíl č. 3 se zabývá, jak moc je respondent ovlivněn svým onemocněním v sociální oblasti. Položka č. 10 zkoumá, do jaké míry brání zdravotní nebo emocionální potíže normálnímu společenskému životu. Celkem 86,09 % respondentů uvádí, že jejich společenskému životu zdravotní a emocionální potíže nebrání vůbec, trochu nebo mírně. Položka č. 14 zkoumá, jak často bránily zdravotní nebo emocionální potíže jejich společenskému životu. „Nikdy“ nebo „málokdy“ celkem odpovědělo 59,13 % respondentů, „občas“ odpovědělo 26,96 % respondentů a „většinu času“ nebo „pořád“ odpovědělo 13,91 % respondentů. Výzkum dokázal, že respondenti se nenechávají ovlivnit svůj společenský život zdravotními či emocionálními problémy.

Dílčí cíl č. 4 zjišťuje, jak respondent vnímá své všeobecné zdraví. Na otázku, jak by své zdraví zhodnotili, 67,81 % respondentů odpovědělo „dobré“ nebo „docela dobré“ a 22,61 % respondentů odpovědělo „velmi dobré“ nebo „výtečné“. Jak by hodnotili své zdraví dnes ve srovnání před rokem, odpovědělo 57,39 % jako přibližně stejné jako před rokem a 24,35 % jako poněkud horší než před rokem. Na otázku, zda onemocní poněkud snadněji než jiní lidé, odpovědělo 85,22 % respondentů „určitě ne“, „většinou ne“ nebo „nejsem si jist“. Zda jsou zdraví jako kdokoliv jiný, odpovědělo 81,74 % „určitě ano“, „většinou ano“ nebo „nejsem si jist“. Zda očekávají, že se jejich zdraví zhorší, odpovědělo 66,08 % respondentů „určitě ne“, „většinou ne“ nebo „nejsem si jist“. A zda si myslí, že je jejich zdraví perfektní, odpovědělo 61,74 % respondentů „určitě ano“, „většinou ano“ nebo „nejsem si jist“.

ZÁVĚR

Pro každého člověka je důležitá jeho úroveň kvality života. Pokud není taková, jakou si jí vysní, cítí se poté deprimovaný a omezený, že nemůže dělat věci, které ho baví a naplňují. Proto je důležité, obzvláště v dnešní době, kdy se klade důraz na zvyšování kvality života v různých odvětvích, zjišťování její úrovně u nejrůznějších druhů onemocnění, abychom mohli zjistit, v jaké oblasti člověk strádá a zaměřit se na to, jakým způsobem by mohlo dojít ke kompenzaci.

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života s varixy dolních končetin, které jsou předstupněm chronické venózní insuficience. Cílem této práce bylo zjistit, jak moc varixy ovlivňují celkové zdraví a život pacientů v oblasti fyzické, psychické a sociální.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části práce se zabýváme charakteristikou, etiologií, etiopatogenezí onemocnění, diagnostikou, možnostmi léčby a kvalitou života. V praktické části se zabýváme analýzou dat kvantitativního výzkumu, které byl proveden pomocí dotazníku. Výzkumu se zúčastnilo celkem 115 respondentů ze čtyř různých zdravotnických zařízení. Stanoveny byly čtyři dílčí cíle.

První dílčí cíl měl zjistit, do jaké míry ovlivňují varixy kvalitu života ve fyzické oblasti. Z průzkumu bylo zjištěno, že fyzicky méně náročné aktivity zvládá 53,52–94,78 % respondentů bez jakéhokoliv omezení. Středně náročné aktivity zvládá bez jakého kolik omezení 64,35-90,43% respondentů a fyzicky náročné aktivity, jako jsou náročné sporty a chůze do schodů několik pater, zvládá bez omezení 30,43-38,26 % respondentů. Čas, po který se respondent věnuje práci či jiné činnosti, se v závislosti na zdravotní potíže nezkrátil celkem 73,91 %. Na tři otázky, zda byli nějak omezeni při činnosti, zda udělali méně práce, než chtěli nebo zda museli vynaložit zvláštní úsilí při práci vlivem zdravotních potíží, odpovědělo 58,26-64,35 % „ano“. Celkem 70,44 % respondentů uvádí, že nemá žádné bolesti nebo jen mírné a celkem 82,61 % respondentů bolest nijak neomezuje při práci nebo jen mírně. Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Druhý dílčí cíl zkoumá vliv onemocnění na psychickou oblast respondenta. Na soubor tří otázek, týkajících se ovlivnění pracovního výkonu emocionálními potížemi odpovědělo 62,61-69,57 % respondentů, že emocionální potíže u nich nemá vliv na míru soustředění, množství odvedené práce ani na čas, po který se práci věnují. Průměrně 2/3 (68,70-88,69 %) respondentů v průběhu posledních 4 týdnů „občas, málokdy nebo nikdy“ nepodléhali nervozitě, depresím a pesimismu. Nadpoloviční většina respondentů (55,39-55,65 %) ob-

čas nebo málokdy cítila plna energie a elánu. Necelá polovina respondentů uvádí, že se dost často nebo většinou cítí unavení a vyčerpaní. Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Třetí dílčí cíl se zabývá, zjištěním vlivu onemocnění na sociální oblast. Průzkumným šetřením jsme zjistili, že celkem 86,09 % respondentům zdravotní či emocionální potíže v průběhu posledních 4 týdnů nebrání vůbec nebo jen trochu jejich společenskému životu. Na otázku, jak často za poslední 4 týdny bránily jejich zdravotní či emocionální potíže jejich společenskému životu, odpovědělo 59,13 % respondentů nikdy nebo málokdy. Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Čtvrtý dílčí cíl zjišťuje, jak vnímá sám respondent své zdraví. Celkem 67,81 % respondentů si myslí, že jejich zdraví je dobré nebo docela dobré. Dále 57,39 % respondentů si myslí, že jejich zdraví je přibližně stejné jako před rokem. Průměrně 83,48 % respondentů si myslí, že ne onemocní snadněji než ostatní lidé a že jsou zdraví jako kdokoliv jiný. Průměrně 63,91 % respondentů si neočekávají, že se jejich zdravotní stav zhorší a myslí, že je jejich zdraví do určité míry perfektní. Dílčí cíl č. 4 byl splněn.

Výzkumem jsme zjistili, že respondenti nejsou svým onemocněním po fyzické stránce omezeni při běžných denních činnostech. Omezení trochu pociťují pouze při náročných fyzických aktivitách, jako je sport či chůze několik pater do schodů. Subjektivně, ale více jak polovina respondentů uvedla, že je jejich zdravotní stav omezuje při výkonu práce. Většina respondentů není ani nijak limitována bolestí. Více jak polovina respondentů uvedla, že se cítí vyčerpaní a unavení, což nejspíš můžeme přičítat dnešnímu životnímu stylu a vysokému pracovnímu nasazení. Onemocnění nemá žádný nebo jen velmi malý vliv na jejich společenský život. Obecně si respondenti myslí, že jejich zdraví dobré a stejné jako u jiných lidí.

I když kvalita života u lidí trpících varixy dolních končetin je vysoká, není radno podceňovat závažnost onemocnění. Je třeba dbát o své zdraví a jeho udržování.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BACHLEBA, Petr, 2012. *Cévní chirurgie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3233-5.

BARTOŠ, Petr, 2012. *Žilní onemocnění u dětí mladších 15 let*. Frýdek Místek. Dostupné také z: http://www.phlebology.cz/data/program_XXXVII_FD2.pdf

BENDA, Karel, 2007. *Lymfedém: komplexní fyzioterapie, lymfodrenáže a doplňující léčebná péče*. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-455-9.

BENEŠ, Karel, 2018. Konzervativní léčba křečových žil. *KB klinika* [online]. Hradec Králové [cit. 2018-05-16]. Dostupné z: <https://www.kbclinika.cz/konzervativni-lecba.html>

BIEMANS et al., 2011. Validation of the Chronic Venous Insufficiency Quality of Life Questionnaire in Dutch Patients Treated for Varicose Veins. *European Society for Vascular Surgery* [online]. no. 42, 246-253 [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: [http://www.ejves.com/article/S1078-5884\(11\)00207-3/pdf](http://www.ejves.com/article/S1078-5884(11)00207-3/pdf)

BUREŠOVÁ, Jana a Jana STRAKOVÁ, 2013. Problematika primární prevence varixů dolních končetin očima laické veřejnosti. *Dermatologie pro praxi* [online]. vol.7, no.3, p. 143-144 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2013/03/13.pdf>

ČEŠKA, Richard, ŠTULC, Tomáš, Vladimír TESAŘ a Milan LUKÁŠ, ed., 2015. *Interna*. 2., aktualizované vydání. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-895-5.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.

DEONA MEDI, 2016. *Velikostní tabulka*. Valašské Meziříčí.

DRLÍK, Lubomír a Hana ŠKODOVÁ, 2008. Erysipel se závažnými interními komplikacemi. *Dermatologie pro praxi*. vol. 2, no. 3, p. 154 - 155. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/03/10.pdf>

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

EBERHARDT, Robert T. a Joseph D. RAFFETTO, 2014. Chronic Venous Insufficiency. *Circulation* [online]. vol. 130, no. 4, p. 333 - 346 [cit. 2017-10-06]. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006898. ISSN 0009-7322. Dostupné z: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006898>

FAŤUNOVÁ, Zuzana, 2007. *Kvalita života*. Praha. Diplomová práce. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy. Vedoucí práce Tamara Hrachovinová.

Fyzikální terapie, 2015. In: *Wikipedie* [online]. [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Fyzik%C3%A1ln%C3%AD_terapie

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

HERMAN, Jiří a Dalibor MUSIL, 2012. Diagnostika a léčba varixů dolních končetin. *Speciální chirurgie*[online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2018-05-16]. Dostupné z: http://portal.chirurgie.upol.cz/portal_final/?page_id=2958

HERMAN, Jiří a Dalibor MUSIL, 2011. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3335-7.

HERMAN, Jiří, 2003. *Chirurgie varixů dolních končetin*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0252-5.

HERMAN, Jiří, 2003. Nové trendy v léčbě chronické žilní insuficience. *Interní medicína pro praxi* [online]. vol. 5, no. 11, p. 530-534 [cit. 2017-12-02]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2003/11/02.pdf>

HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.

HISSINK et al., 2010. Innovative Treatments in Chronic Venous Insufficiency: Endovenous Laser Ablation of Perforating Veins: A Prospective Short-term Analysis of 58 Cases. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* [online]. no. 40, p. 403-406 [cit. 2018-04-15]. DOI: 10.1016/j.ejvs.2010.04.019. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1078588410003047>

HOFÍREK, Ivo, 2015. Současné možnosti léčby chronické žilní nedostatečnosti. *Dermatologie pro praxi* [online]. vol. 9, no. 2, p. 54-57 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2015/02/02.pdf>

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

KALA, Zdeněk, 2011. *Perioperační péče o pacienta v cévní chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-536-5.

KARETOVÁ, Debora, 2011. *Chronická žilní onemocnění: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-52-7.

LAUNOIS, MANSILHA a JANTET, 2010. International Psychometric Validation of the Chronic Venous Disease Quality of Life Questionnaire (CIVIQ-20). *European Society for Vascular Surgery* [online]. vol. 3, no. 40, p. 783-789 [cit. 2018-04-18]. DOI: 10.1016/j.ejvs.2010.03.034. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1020.3837&rep=rep1&type=pdf>

LE MOINE et al., 2016. Psychometric Validation of the 14 items Chronic Venous Insufficiency Quality of Life Questionnaire (CIVIQ-14): Confirmatory Factor Analysis. *European Society for Vascular Surgery* [online]. no. 51, p. 268-274 [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: http://www.researchgate.net/publication/283573811_Psychometric_Validation_of_the_14_it

ems_Chronic_Venous_Insufficiency_Quality_of_Life_Questionnaire_CIVIQ-14_Confirmatory_Factor_Analysis

LEPŠÍ, Petr, 2003. *Křečové žíly*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-381-4.

MACHOVCOVÁ, Alena, 2009. *Bandážování a kompresivní léčba*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-1980-4.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Vyhláška č. 55/2011 Sb. [online]. 2011. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.info/wiki/osetrovatelska-pece/>

MUSIL, Dalibor, 2016. *Ultrazvukové vyšetření žil dolních končetin*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024755977.

MUSIL, Dalibor, 2014. Chronické žilné onemocnění dolních končetin - diagnostika a konzervativní léčba. *Kardiologická revue – Interní medicína*. vol. 16, no. 4, p. 71- 75. Dostupné z: <http://www.kardiologickarevue.cz/kardiologicka-revue-clanek/chronicke-zilni-onemocneni-dolnich-koncetini-diagnostika-a-konzervativni-lecba-49528>

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana, 2008. Kompresivní terapie u žilních onemocnění. *Interní medicína pro praxi*[online]. vol. 10, no. 10, p. 449-455 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/10/04.pdf>

NOVOTNÝ, Karel, 2014. *Ambulantní operace křečových žil: miniinvazivní a endovaskulární přístupy*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-363-3.

PEŇÁZOVÁ, Veronika, 2007. Chronická žilní insuficience, varixy. *Dermatologie pro praxi* [online]. vol. 1, no. 2, p. 83-86 [cit. 2017-11-12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2007/02/11.pdf>

POSPÍŠILOVÁ, Alena, 2008. Bércový vřed. *Dermatologie pro praxi* [online]. vol. 2, no. 2, p. 79-83 [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/02/08.pdf>

SLONKOVÁ, Veronika, 2016. Nová klasifikace venoaktivních léků. *Dermatologie pro praxi* [online]. vol. 10, no. 4, p. 178-180 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2016/04/05.pdf>

ŠIMEČKOVÁ, Alena, 2005. *Péče o klienta s varixy dolních končetin*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Karel Šauer.

Typy křečových žil, 2018. *Křečové-žily.cz* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: <https://www.krecove-zily.cz/typy-krecovych-zil>

Typy varixů, *AVICENA- CHIRURGIE s.r.o.* [online]. Praha [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: <https://www.avicenachirurgie.cz/krecove-zily/typy/>

Typy varixů (křečových žil), *IC klinika cévní chirurgie* [online]. Brno [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: <http://www.icklinika.cz/cz/cevni-chirurgie/krecove-zily-varixy/typy-varixu-krecovych-zil/>

ZAJÍCOVÁ, Sylva, 2016. Lymfedém - novinky v léčbě. *Dermatologie pro praxi* [online]. vol. 10, no. 1, p. 28-31 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2016/01/07.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activity daily living
ASA	American Society of Anesthesiologists
ASVAL	Ablation selective des varices sous anesthésie locale
CEAP klasifikace	Klinická, etiologická, anatomická, patologická klasifikace
CIVIQ	Chronic Venous Insufficiency Quality of Life Questionnaire
CHIVA	Cure conservatrice et hemodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire
CT	počítačová tomografie
CVI	chronická venózní insuficience
DKK	dolní končetiny
EKG	elektrokardiografie
HRQoL	kvalita života související se zdravím
KEP	kompresivní elastické punčochy
LDK	levá dolní končetina
mm	milimetr
mmHg	milimetry rtuťového sloupce
n. saphenus	nesvus saphenus
např.	například
PAD	perorální antidiabetika
PDK	pravá dolní končetina
PŽK	periferní žilní katétr
RTG	rentgen
tbl.	tableta
TEN	trombembolická nemoc
TIPP	Transilluminated powered phlebectomy

tzv.	tak zvaný
tzn.	to znamená
v.	vena (žíla)
VSP	vena saphena parva
VSM	vena saphena magna
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Assessment

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 Varixy DKK</i>	95
<i>Obrázek 2 Jednostranný otok</i>	95
<i>Obrázek 3 Změna pigmentace kůže</i>	95
<i>Obrázek 4 KEP stehenní s otevřenou špičkou</i>	97
<i>Obrázek 5 KEP lýtková s uzavřenou špičkou</i>	97

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 CEAP klasifikace žilních onemocnění</i>	14
<i>Tabulka 2 Pohlaví respondenta</i>	48
<i>Tabulka 3 Věková kategorie respondenta</i>	49
<i>Tabulka 4 Vzdělání respondenta</i>	50
<i>Tabulka 5 Při činnosti zaměstnání respondent</i>	51
<i>Tabulka 6 Respondentovo subjektivní hodnocení zdraví</i>	52
<i>Tabulka 7 Respondentovo subjektivní srovnání zdraví nyní a před rokem</i>	53
<i>Tabulka 8 Zvládání běžných denních činností</i>	54
<i>Tabulka 9 Zdravotní obtíže respondentů projevujících se při práci či běžných denních činnostech</i>	56
<i>Tabulka 10 Vliv emocionálních potíží na výkon v práci a běžné denní činnosti</i>	58
<i>Tabulka 11 Emocionální vlivy v sociální rovině</i>	59
<i>Tabulka 12 Míra bolestí u respondentů</i>	60
<i>Tabulka 13 Míra toho jak bolest ovlivňuje pracovní i soukromý život respondentů</i>	61
<i>Tabulka 14 Psychologické rozpoležení respondentů za poslední 4 týdny 1</i>	62
<i>Tabulka 15 Psychologické rozpoležení respondentů za poslední 4 týdny 2</i>	63
<i>Tabulka 16 Projevy onemocnění ve vztahu k sociálnímu životu respondenta</i>	65
<i>Tabulka 17 Mínění respondentů o jejich zdravotním stavu 1</i>	66
<i>Tabulka 18 Mínění respondentů o jejich zdravotním stavu 2</i>	66
<i>Tabulka 19 Základní údaje o pacientovi ke kazuistice č. 1</i>	68
<i>Tabulka 20 Kazuistika č. 1</i>	68
<i>Tabulka 21 Základní údaje o pacientovi ke kazuistice č. 2</i>	73
<i>Tabulka 22 Kazuistika č. 2</i>	74
<i>Tabulka 23 Návod oblékání KEP</i>	98

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Pohlaví respondenta</i>	48
<i>Graf 2 Věková kategorie respondenta</i>	49
<i>Graf 3 Vzdělání respondenta</i>	50
<i>Graf 4 Při činnosti zaměstnání respondent</i>	51
<i>Graf 5 Respondentovo subjektivní hodnocení zdraví</i>	52
<i>Graf 6 Respondentovo subjektivní srovnání zdraví nyní a před rokem</i>	53
<i>Graf 7 Zvládání běžných denních činností</i>	55
<i>Graf 8 Zdravotní obtíže respondentů projevujících se při práci či běžných denních činnostech</i>	56
<i>Graf 9 Vliv emocionálních potíží na výkon v práci a běžné denní činnosti</i>	58
<i>Graf 10 Emocionální vlivy v sociální rovině</i>	59
<i>Graf 11 Míra bolestí u respondentů</i>	60
<i>Graf 12 Míra toho jak bolest ovlivňuje pracovní i soukromý život respondentů</i>	61
<i>Graf 13 Psychologické rozpoložení respondentů za poslední 4 týdny</i>	63
<i>Graf 14 Projevy onemocnění ve vztahu k sociálnímu životu respondenta</i>	65
<i>Graf 15 Mínění respondentů o jejich zdravotním stavu</i>	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I	Projevy varixů dolních končetin
Příloha P II	Tabulka velikostí – firma DEONAMEDI
Příloha P III	Kompresivní elastické punčochy
Příloha P IV	Návod navlékání KEP
Příloha P V	Dotazník kvality života s křečovými žilami
Příloha P VI	Žádost o umožnění dotazníkového šetření – praktický lékař
Příloha P VII	Žádost o umožnění přístupu k informacím – cévní ambulance
Příloha P VIII	Žádost o umožnění kvalitativního šetření – cévní ambulance
Příloha P IX	Žádost o umožnění dotazníkového šetření – interní oddělení

PŘÍLOHA P I: PROJEVY VARIXŮ DOLNÍCH KONČETIN

Obrázek 1 Varixy DKK



Zdroj: vlastní

Obrázek 2 Jednostranný otok



Zdroj: vlastní

Obrázek 3 Změna pigmentace kůže



Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA P II: TABULKA VELIKOSTÍ – FIRMA DEONAMEDI

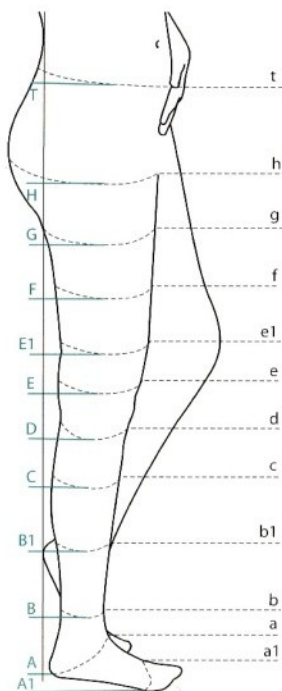
Velikostní tabulky

Typ	Velikost	a1	b	b1	c	d	e	f	g
Kompresivní punčochy - stehenní s upínáním v pase (A-T) - stehenní (A-G)	1	22-24	22-24	28-31	37-40	34-37	36-39	46-51	50-56
	1+							52-57	57-62
	2	24-26	24-26	30-33	39-43	37-40	39-43	49-54	55-61
	2+	25-27	25-27					55-60	62-68
	2++							60-63	69-76
	3							53-58	61-66
	3+	27-30	27-30	33-36	42-46	40-44	43-47	59-65	67-74
	3++							66-73	75-82
4	31-35	31-35	35-38				59-65	67-74	
Kompresivní punčochy - polostehenní (A-F)	1	22-24	22-24	28-31	37-40	34-37	36-39	46-51	
	1+							52-57	
	2	24-26	24-26	30-33	39-43	37-40	39-43	49-54	
	2+	25-27	25-27					55-60	
	3	27-30	27-30	33-36	42-46	40-44	43-47	53-58	
	3+							59-65	
4	31-35	31-35	35-38				59-65		
Kompresivní punčochy - lýtkové (A-D)	1	22-24	22-24	28-31	37-40	34-37			
	1+				40-42	38-40			
	2	24-26	24-26	30-33	39-43	37-40			
	2+	25-27	25-27		43-45	40-43			
	3	27-30	27-30	33-36	42-46	40-44			
	3+				46-49	45-47			
4	31-35	31-35	35-38	46-49	45-47				

Délkové míry	Krátká (K)	Dlouhá (D)
A-T, A-G	66-70	71-75

Délkové míry	Krátká (K)	Dlouhá (D)
A-F	53-56	57-60

Délkové míry	Krátká (K)	Dlouhá (D)
A-D	34-37	38-40



Obvodové míry (cm)

- t obvod pasu
- h obvod přes boky
- g obvod přes stehno (5 cm pod rozkrokem)
- f obvod v půli stehna
- e1 obvod 10 cm nad kolenem
- e obvod nad kolenem
- d obvod pod kolenem
- c obvod přes lýtko
- b1 obvod 10 cm nad kotníkem
- b obvod nad kotníkem
- a obvod přes patu a nárt
- a1 obvod chodidla za prsty

Délkové míry (cm)

- A-T punčochy stehenní s upínáním v pase
- A-G punčochy stehenní
- A-F punčochy polostehenní
- A-D punčochy lýtkové

Kompresivní třída	kPa/cm ²	mm Hg
I.	2,4 - 2,8	18 - 21
II.	3,1 - 4,3	23 - 32
III.	4,5 - 6,1	34 - 46

Pozn. Základní svěr „obvodu b“

Léčebného účinku kompresivního výrobku je dosaženo vytvořením potřebného svěru nad kotníkem (obvod b), který se směrem nahoru postupně snižuje.

Mimo uvedené standardní velikosti je možné zhotovit kompresivní punčochy na míru dle individuálních potřeb pacienta a v souladu s doporučením odborného lékaře.



CON EN ISO 9001:2008



DEONA MEDI s.r.o.

Železničního vojska 1485
757 01 Valašské Meziříčí
Česká republika

Tel.: +420 571 618 200
Fax: +420 571 618 205
Mobil: +420 736 486 819
Email: info@deonamedí.cz
www.deonamedí.cz

PŘÍLOHA P III: KOMPRESIVNÍ ELASTICKÉ PUNČOCHY

Obrázek 4 KEP stehenní s otevřenou špičkou



Zdroj: vlastní

Obrázek 5 KEP lýtková s uzavřenou špičkou



Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA P IV: NÁVOD NAVLÉKÁNÍ KEP

Tabulka 23 Návod oblékání KEP



Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA S KŘEČOVÝMI ŽILAMI

Dotazník kvality života s křečovými žilami

Vážená paní/Vážený pane,

jmenuji se Jana Bezroučková a jsem studentkou 4. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Dovolujeme si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí bakalářského výzkumu. Cílem tohoto dotazníku je zjistit kvalitu života s chronickou venózní insuficiencí. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné.

Předem děkujeme za Vaši ochotu se výzkumu účastnit.

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

1. Pohlaví:

- muž žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- do 20 let 41-50 let
 21-30 let 51-60 let
 31-40 let víc jak 60 let

3. Dosažené vzdělání:

- základní střední vysoké

4. Při činnosti Vašeho zaměstnání:

- převážně sedím převážně chodím
 sedím i chodím stojím na místě

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

- výtečné docela dobré dobré
 velmi dobré špatné

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

- mnohem lepší než před rokem poněkud horší než před rokem
 poněkud lepší než před rokem mnohem horší než před rokem
 přibližně stejné jako před rokem

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

	ano, omezuje	ano, ome-	ne, vůbec
Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těž-	1	2	3
Středně namáhavé činnosti jako posouvání	1	2	3
Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
Chůze po ulici několik desítek metrů	1	2	3
Koupání doma nebo oblékání bez cizí po-	1	2	3

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

	Ano	Ne
Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti		
Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?		
Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?		
Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např.) jste		

9. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

	Ano	Ne
Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2

Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

10. 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?

- Vůbec ne Poměrně dost
 Trochu Velmi silně
 Mírně

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

- Žádné Střední
 Velmi mírné Silné
 Mírné Velmi silné

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

- Vůbec ne Poměrně dost
 Trochu Velmi silně
 Mírně

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

Jak často v posledních 4 týdnech...

	Pořád	Většinou	Dost	Občas	Málokdy	Nikdy
jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
jste měl(a) takovou depresi, že Vás	1	2	3	4	5	6

jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
jste pociťoval(a) pesimismus a	1	2	3	4	5	6
jste se cítil(a) vyčerpan(a)?	1	2	3	4	5	6
jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
jste se cítil(a) unaven(á)?	1	2	3	4	5	6

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

- Pořád
 Málokdy
 Většinu času
 Nikdy
 Občas

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

	Určitě	Většinou	Nejsem si	Většinou	Určitě
Zdá, se že onemocním (jakouko-	1	2	3	4	5
Jsem stejně zdrav(a) jako kdoko-	1	2	3	4	5
Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Děkujeme za Váš čas a ochotu.



Tento dotazník je vytvořen z validovaného dotazníku SF-36, který je doplnění o otázky týkajících se základních údajů o respondentovi.

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - PRAKTICKÝ LÉKAŘ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

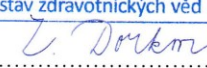
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Jana Bezroučková	
Téma bakalářské práce	Kvalita života s chronickou venózní insuficiencí	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koucký	
	 podpis	
Skupina respondentů	Pacient s chronickou venózní insuficiencí	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
MUDr. Marie Mathonová – Praktik s.r.o., Jánáčkova 308/1 Přerov – Předmostí , 751 24	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne **3.1.-01-2018..**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd




92 PRAKTIK PŘEDMOSTÍ s.r.o.
054 MUDr. Marie MATHONOVÁ
000 praktický lékař
Jánáčkova 308/1, Přerov - Předmostí
Tel. 773 021 155 IČ 025 48 011

PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM – CÉVNÍ AMBULANCE

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Jana Bezroučková	
Téma bakalářské práce	Kvalita života s chronickou venózní insuficiencí	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s chronickou venózní insuficiencí	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodí se škrtněte)	Podpis
Středomoravská nemocniční a. s. – Nemocnice Přerov, cévní ambulace	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím
	 Dvořákova 75, 751 52 Přerov	
		

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne **2.1.03. 2018**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-



.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Středomoravská nemocniční a.s.
NEMOCNICE PŘEROV
Dvořákova 75, 751 52 Přerov



.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ – CÉVNÍ AMBULANCE

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

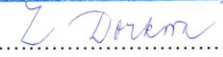
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění kvalitativního šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Jana Bezroučková		
Téma bakalářské práce	Kvalita života s chronickou venózní insuficiencí		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koučecký		
	 podpis		
Skupina respondentů	Pacient s chronickou venózní insuficiencí		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Středomoravská nemocniční a.s. - Nemocnice Přerov – cévní ambulace	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	 VALOUŠEK EMILIOV, DiS.
	Souhlasím <input type="checkbox"/>	Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/>	Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 21-03-2018

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Středomoravská nemocniční a.s.
NEMOCNICE PŘEROV
Dvořákova 75, 751 52 Přerov


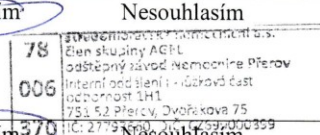
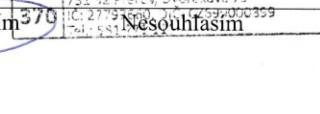

Bc. BUDINOVÁ Bronislava

PŘÍLOHA P IX: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ – INTERNÍ ODDĚLENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

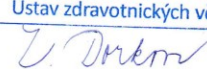
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Jana Bezroučková	
Téma bakalářské práce	Kvalita života s chronickou venózní insuficiencí	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koucký	
	 podpis	
Skupina respondentů	Pacient s chronickou venózní insuficiencí	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Středomoravská nemocniční a.s. - Nemocnice Přerov – interní oddělení I	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
		
Středomoravská nemocniční a.s. - Nemocnice Přerov – interní oddělení II	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
		

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 31-01-2018

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-



 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Středomoravská nemocniční a.s.
NEMOCNICE PŘEROV
 Dvořákova 75, 781 02 P.
 Bc. BUDINOVÁ Bronislava