

Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Rozdíly v pooperační soběstačnosti u pacientů
po operaci křečových žil**

Bakalářská práce

Vedoucí práce :
Mgr. Ivana Chloubová, R.N.

Autor :
Marie Strnadová, DiS.

2008

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Rozdíly v pooperační soběstačnosti u pacientů po operaci křečových žil“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 27.4.2008

.....
podpis

Poděkování :

Nejvíce bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Ivaně Chloubové, R.N.
za její motivaci, cenné rady a trpělivost při tvorbě mé bakalářské práce a dále
MUDr. J. Klimentovi za odbornou pomoc.

Děkuji Vám všem

Abstract

The varixies of the lower limbs belong among the civilizational deseases and according to the various statistics they afflict 10% - 50% of the population. When considering all types and all stages of this desease they belong to the most frequent desease within the population. The extent of the inconveniences often does not correspond to the extent of the handicap and within different phases the morphological, the functional marks and the cosmetic point of view combine mutually. As this illness occurs twice so often at women than at men, complaints about the appearance of the lower limbs very often dominate, chiefly at younger women.

The surgery of the varixies of the lower limbs belongs to the often performances at the surgical wards. But in the past not always a corresponding attention has been given them. The cosmetic side was very often underestimated and the majority of the surgeons preferred the so called big surgeries. But the surgery of the varixies requires patiente, care and often a very exacting preparation to get an optimal result.

The last decade has brought an improvement of the diagnostics of varixies with the utilization of the present-day procedures, especially of the medical examination by the ultrasound scan. This has enabled a much more purposeful approach to the therapy and to the utilization of the miniinvasional procedures. The possibilities of the non surgical treatment and of the use of the laser have extended. One of the modern methods is also the radiofrequency ablation.

This radiofrequency ablation is based on the insertion of a conductor into the vena saphena magna within the course of the sonographical puncture check-up by the Seldinger technology, or after the dissect out of there from the small incision in the locality of the lower third o the thing.

The advantage of this method belongs notably in the early return of the client to the normal life and in the short time of his hospitalization. In view of this new chirurgical method I have decided to do a research work on the subject venous varixies and the operation by the radiofrequency ablation.

The aim of my bachelor's work was to follow-up the after operation self-sufficiency of the client after the classical operation of the varixies and the self-sufficiency of the client after the radiofrequency ablation. The further aim was to make a map of the education role of the nurse in the post-operational regime of the client after the operation of the varixies.

For this work I have determined 3 hypotheses. After the classical operation of the varixies the patients are on the 1. post operation day not self-reliant in the sphere of the hygiene (H1). After the radiofrequency ablation the patients are on the 1. post operation day self-reliant in the sphere of the hygiene (H2). The sisters inform the patients insufficiently about the specific care for the operated limb (H3).

To get the necessary figures for the accomplishment of the set goals and for the analysis of the dates the technique of the quantitative data collection by anonymous questionnaires and by observations have been used. The observed ensemble were the medical staff members and I have observed their educational ability and the level of the information of the clients. Three anonymous questionnaires were information of the clients. Three anonymous questionnaires were set up. One for the nurses, and two for clients.

The aims of my work have been carried out as I have succeeded to collect all the needed dates for the execution of the research work. The hypotheses H1 and H2 have been confirmed as the research has shown that the clients after the radiofrequency ablation are earlier self-sufficient than the clients after the classical operation. The hypotheses H3 has been invalidated as the results have shown that the nurses educate and inform the clients sufficiently.

By this research I have come to the conclusion that the new method of the radiofrequency ablation has got a positive influence on the self-sufficiency of the clients. A further benefit is the earlier aptibility and the inclusion into the routine life in comparison with the classical operation of the vein varixies.

This work to be utilized also in practice it would be expedient to place this work with the senior nurse of the surgical ward to enable the medical staff to get acquainted with the results of this research work and to utilize these facts in their practice.

Obsah

1. Anatomie a fyziologie cév	4
1.1 Žilní varixy	4
2. Vznik žilních varixů	5
2.1 Diagnostika.....	6
2.2 Rizikové faktory.....	7
2.2.1 Varixy v závislosti na věku.....	7
2.2.2 Komplikace varikózního onemocnění.....	9
2.3 Léčba žilních varixů.....	10
2.3.1 Medikamentózní léčba.....	10
2.3.2 Kompresivní léčba.....	10
2.3.3 Sklerotizační léčba.....	11
2.3.4 Klasická chirurgická léčba.....	11
2.3.5 Pooperační komplikace chirurgické terapie.....	12
2.3.6 Léčba radiofrekvenční ablací.....	13
2.4 Péče o klienta před operací.....	14
2.5 Péče o pacienta po operaci.....	17
2.6 Základní rehabilitace v cévní chirurgii.....	19
2.7 Edukace u klientů s cévním onemocněním v oblasti rehabilitační léčby.....	19
2.8 Specifická rehabilitace v cévní chirurgii.....	21
2.9 Podpora sebepéče a soběstačnosti u klienta po operaci varixů.....	22
2.10 Ošetřovatelská diagnostika.....	23
3. Cíle práce a hypotézy	25
3.1 Cíle.....	25
3.2 Hypotézy.....	25
4. Metodika	25
4.1 Metodika práce.....	25
4.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	26

5. Výsledky	27
5.1 <i>Výsledky dotazníků A, B</i>	27
5.2 <i>Výsledky dotazníku C</i>	40
5.3 <i>Výsledky pozorování</i>	50
6. Diskuze	53
7. Závěr	60
8. Seznam použité literatury	62
9. Klíčová slova	64
10. Přílohy	65

Úvod

Varixy dolních končetin patří mezi civilizační choroby a postihují podle různých statistik 10-50% populace. Počítáme-li všechny stupně a typy tohoto onemocnění, pak patří k nejčastějším chorobám v populaci. Míra obtíží často neodpovídá rozsahu postižení a v různém stupni se kombinují projevy morfologické, funkční a hledisko kosmetické. Protože se onemocnění vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů, velmi často dominují stížnosti na vzhled dolních končetin, zejména u mladších žen.

Operace varixů dolních končetin patří k častým výkonům na chirurgických odděleních. Ne vždy jim však v minulosti byla věnována odpovídající pozornost. Kosmetické hledisko bylo často podceňováno a většina chirurgů dávala přednost tzv. velkým operacím. Operace varixů však vyžadují trpělivost, pečlivou a často náročnou preparaci, aby bylo dosaženo optimálního výsledku.

Poslední desetiletí přineslo zlepšení diagnostiky varixů s využitím moderních postupů, především vyšetření ultrazvukem. To umožnilo daleko cílevědomější přístup k léčbě a využití miniinvazivních postupů. Rozšířily se i možnosti neoperativní léčby a užití laseru.

Většinou se jedná o onemocnění neakutní. U části nemocných převažuje hledisko kosmetické, další přicházejí s nadějí na vyřešení dlouhodobých potíží. Ve svých pokročilých stádiích vede onemocnění k omezení pacienta v běžném životě a může být příčinou i dlouhodobé a opakované pracovní neschopnosti. Jedná se tedy o onemocnění závažné nejen pro pacienta, ale ve svých socioekonomických důsledcích i pro celou společnost (3).

Pracuji na chirurgickém oddělení a každodenně ošetřuji pacienty po operaci varixů. V Oblastní nemocnici Příbram, a. s. se používá moderní technologie při operaci varixů – radiofrekvenční ablace, která má pozitivní vliv na včasnou aptibilitu klientů.

Žilní systém je nedílnou součástí cévního systému, což je vlastně systém uzavřených trubic, jehož centrálním bodem je srdce. Dělí se na dvě samostatné soustavy: malý oběh, tj. srdce – plíce – srdce a velký oběh zajišťující distribuci krve tkání. Jeho hlavním úkolem je tepenným systémem dodat tkáním okysličenou krev s výživnými látkami a jinými působky na žilní a lymfatický systém, který do žilního systému ústí, vrátit využitou krev spolu s produkty metabolismu zpět do srdce. Kromě toho má klíčovou roli v homeostáze a termoregulaci. Žilní systém je velkokapacitní a neelastický, čemuž odpovídá i histologická stavba žilní stěny. Ta je složená ze tří vrstev. U velkých žil je tvoří tunica intima s endotelem z buněk a s tenkou subendotelovou vrstvou vaziva s elastickými vlákny a dále pak tunica media, která se skládá jen z několika vrstev cirkulárně uspořádaných buněk hladného svalstva s minimem podélně uspořádaných kolagenních vláken a je podstatně tenčí než u tepen. Nejmhutnější vrstvou je zevní tunica adventicia, ve které nacházíme vazivo s podélně uspořádanými snopci hladné svaloviny. Do zevní vrstvy vedou vazokonstrikční adrenergní motorická vlákna ze sympatiku.

Žilní systém začíná na venózní straně kapilár, drobnými venulami, které se postupně spojují ve větší kmeny provázející stejnojmenné tepny. V některých oblastech, zvláště pak na dolních končetinách, jsou tyto žíly zdvojeny. Funkčně velmi důležité jsou četné preformované arteriovenózní zkraty mezi arterioly a venulami, které se otvírají dle momentální situace. Centrálním směrem se žíly z dolních dvou třetin spojují v dolní dutou žílu a jsou na končetinách a pánevním řečišti opatřeny soustavou poloměsíčitých chlopní, jejichž počet periferním směrem přibývá. Žíly z horní třetiny těla se spojují v horní dutou žílu, která spolu s dolní dutou žílou ústí do pravé síně srdeční. Mezi jednotlivými tělními krajinami existují různé rozdíly v anatomické stavbě a ve fyziologických vztazích (6).

1. Anatomie a fyziologie cév

1.1 Žilní varixy

Varixy jsou rozšířené, elongované, vinuté žíly. Mohou být primární (idiopatické), sekundární a kongenitální. K typickým příznakům patří bolesti, křeče,

snadná únavnost končetin, pocit těžkých nohou, v pokročilých stádiích pak perimaleonární otoky.

Potíže se objevují zejména při delším sezení nebo stání. Zlepšení přináší chlad a komprese. Ke zvýraznění potíží může dojít u žen při menzes. U velmi pokročilých stavů dochází k rozvoji trofických změn, vzniku bérceových ulcerací a k žilním klaudikacím. Velikost subjektivních obtíží nemusí korelovat s velikostí varixů. Velké varixy mohou být zcela asymptomatické a naopak nevýrazný nález na dolních končetinách může být provázen velkými subjektivními potížemi pacienta (3).

2. Vznik žilních varixů

Žilně svalová pumpa je unikátní hemodynamické zařízení pracující na principu stlačení intramuskulárních sinusů a hlubokých žil mezi pevnými strukturami (fascie, kostní klenba). Podmínkou funkčnosti celého systému jsou neporušené chlopně v žilách a perforátorech. Právě insuficience chlopní, zejména v hlubokém a perforátorovém žilním systému, vede k poruše žilního návratu k srdci. Následná „venózní hypertenze“ je hlavním patogenetickým faktorem všech varikózních změn.

Primární varixy – vznikají v důsledku vrozené méněcennosti pojivové tkáně, dochází k oslabení a dilataci žilní stěny a následné insuficienci chlopní. Vzniká reflux krve do povrchových žil. Přepřňováním povrchového žilního systému dochází k jeho dilataci.

Sekundární varixy – vznikají v důsledku poškození nebo uzávěru hlubokého žilního systému včetně perforátoru. Příčinou je nejčastěji trombóza. Časem dochází k rekanalizaci, zůstává však destrukce chlopní hlubokých žil. Následná chronická žilní insuficience vede k refluxu do povrchového žilního systému, který ještě zesiluje při zapojení žilně-svalové pumpy. Žilní krevní tok ztrácí svůj směr z periferie do centra a krev se neefektivně přelévá mezi hlubokým a povrchovým žilním systémem. Dochází k chronickému přepřňování žil a k postupné dilataci a vzniku varikozit. Chronická žilní insuficience často progreduje až do stádia ulcerací (3).

2.1. Diagnostika

Cílem klinického vyšetření u primárních varixů je určení typu a rozsahu postižení žilního systému a z toho plynoucí terapie, ať již konzervativní či chirurgická. Obě se často kombinují.

Anamnéza:

Již odebráním anamnézy se často rozliší, jde-li o onemocnění žilní, tepenné nebo jiné než cévní. Pátrá se po familiární dispozici ke vzniku křečových žil, po prodělaných chorobách, které mohou být v úzkém vztahu s následným rozvojem varixů po úrazech a operacích. Zjišťuje se dosavadní terapie varixů, počet těhotenství a hormonální antikoncepce. Potíže žilní etiologie se projevují spíše ve stoje, arteriální při chůzi, často po určité vzdálenosti (klaudikační interval). Typický pro žilní onemocnění je pocit tíhy a unavených nohou, zejména po delším stání či sezení. Úlevu přináší elevace končetin, chůze a aplikace chladu.

Klinické vyšetření:

Inspekce – pacient se vyšetřuje ve stoje a vždy obě dolní končetiny zepředu i zezadu. Hodnotí se typ a rozsah varixů, přítomnost trofických změn, pigmentací, barva kůže.

Palpace – je důležitou součástí vyšetření. Vyšetřuje se celý průběh veny sapheny magny a veny sapheny poplitey. Při palpaci se vnímá kožní teplota i reverzní tok při chlopní insuficienci.

Funkční testy:

Testů je celá řada. Každý vyšetřující si zvolí svůj diagnostický postup. Navíc nejsou zcela spolehlivé.

Vyšetření ultrazvukem:

Touto metodou lze prokázat insuficienci velké a malé safény přímo v některém z jejích segmentů, případně v některém z jejích přítoků. Vyšetření spolehlivě detekuje

žilní anatomické anomálie. Pro kvantitativní a kvalitativní vyšetření krevního toku je nezbytný Dopplerův efekt. Používá se pro výpočet rychlostí krevního toku.

3D ultrasonografie:

S rozvoje výpočetní techniky došlo k výraznému zkvalitnění sonografických přístrojů. Tato metoda umožňuje lépe zobrazit anatomii i patologii a urychluje stanovení diagnózy.

Flebografie:

Je invazivní metoda využívající kontrastní látku a vystavující pacienta rentgenovému záření. Toto vyšetření podává přesný anatomický obraz zobrazeného žilního řečiště, lokalizuje trombózu a určuje její rozsah (3, 5,14). Na toto vyšetření je nutná příprava pacienta. Nejméně 6 hodin před vyšetřením pacient nepřijímá tuhou stravu. Příjem tekutin není omezen. Vzhledem k aplikaci kontrastní látky intra venózně je důležitá alergická anamnéza. Z laboratorních vyšetření jsou nutné čerstvé výsledky Quickova testu, APTT, urey, kreatininu a glykémie. Vhodné je též interní konzilium k posouzení eventuelních kontraindikací. Samozřejmostí je též psychologická příprava, kde jsou pacientovi podány podrobné informace o povaze a průběhu vyšetření. Klient musí být schopen na základě poučení podepsat informovaný souhlas k provedení výkonu.

2.2 Rizikové faktory

2.2.1 Varixy v závislosti na věku

Souvislost mezi věkem a nárůstem prevalence varixů potvrzují všechny epidemiologické studie shodně u obou pohlaví nezávisle na jiných rizikových faktorech.

Vliv pohlaví

Ženské pohlaví je jedním z hlavních rizikových faktorů. Poměr žen k mužům je 2:1. V těhotenství je kritické období pro žilní systém dolních končetin. Jako příčina se

uvádí zvýšení žilního tlaku v důsledku nárůstu krevního volumu, nezanedbatelným faktorem je útlak iliakálního venózního řečiště v pozdějších fázích těhotenství. Hlavní podíl na vznik varixů v těhotenství se však přisuzuje hormonálním faktorům, kdy v důsledku estrogenu klesá tonus hladného svalstva žilní stěny.

Vliv pracovního zařazení

Varikózní žíly byly zjištěny u lidí, kteří ve svém zaměstnání při práci stáli oproti zaměstnancům v kancelářích.

Dědičné vlivy

Varixy se mohou vyskytnout i v dětském věku (méněcennost pojivové tkáně) a to zejména v případě pozitivní rodinné anamnézy.

Geografické vlivy

Varikozity přicházejí s moderní civilizací. Za jednu z hlavních příčin tohoto fenoménu je považována změna životního stylu a stravovacích návyků ve vyspělých zemích, zejména nedostatek vlákniny ve stravě, což indikuje obstipaci a zvýšení nitrobřišního tlaku (3).

Vlivy kouření

Mezi negativně působící vlivy na naše zdraví a na vznik kardiovaskulárních onemocnění patří kouření. Je obecným zjištěním, že odvykání kouření je mimořádně těžké a pro mnoho lidí téměř nedosažitelné. Nejlepší formou zabránění tomu, aby se kouření nemuselo odvykat, je předcházet jeho vzniku. Měli být prevence účinná, měla by začít v co nejmladším věku. Druhým požadavkem je zaměření prevence tak, aby byla přiměřená tomu, co se děje v psychické i fyzické stránce potenciačního kuřáka (7).

2.2.2 Komplikace varikózního onemocnění

Komplikaci varikózních onemocnění dolních končetin představují především změny kožní, které žilní městky pravidelně provázejí již od časných projevů. Navíc doprovázejí varixy často další komplikující kožní projevy. Jednak v terénu porušené výživy kůže a při zpomaleném krevním toku je sklon k infekci. Může se jednat o drobné hnisavé projevy vázané na okolí chlupů, které se mohou rozšířit na větší kožní plochy s hnisáním a mokváním, místy zasychajícím ve strupy. Tady je nutná antiseptická místní léčba. V těžkých případech se lékař rozhoduje i pro podání antibiotik.

Nezřídka se může objevit erysipel. Je to bakteriální infekce vyvolaná mikroblem streptokokem. Infekce vstupuje nejčastěji drobnými oděrkami nebo prasklinami kůže na nohou, zejména když je předtím napadená mykotickou infekcí. Kůže na dolních končetinách je zarudlá, horká, prosáklá a na dotyk výrazně bolestivá. Jsou často zvětšené a bolestivé místní uzliny, které jdou nahmatat v třísech. Nasazují se dostatečně vysoké dávky antibiotik.

Dalším viditelným důsledkem je zvětšení otoku končetiny a změna jejího vzhledu. Charakter otoku se mění, je tuhý, bledý, většinou nesouměrný ve srovnání s druhou končetinou. Přechází na hřbet nohy a prsty a stává se víceméně trvalým. Tento stav se nazývá lymfedém.

Podobně jako u infekčních komplikací vzniká na stejném podkladu i kožní ekzém. Jde pravděpodobně o imunitní reakci nebo o odpověď organismu na zánětlivé kožní změny. Podílet se může i alergická reakce na místně podávané léky. Projevy ekzému jsou různorodé. Většinou se projeví intenzivním zčervenáním na drobných plochách, které mohou splývat do větších ploch, pokožka je napjatá a lesklá, někdy pokrytá šupinami. Objevuje se to v okolí varikózně rozšířených žil, většinou kolem vnitřního kotníku a na přední straně bérce. Způsobuje svědění, pálení i bolesti.

Křečové žily mohou být téměř u každého postiženého jedince provázeny tromboflebitidou s různým rozsahem a intenzitou. V průběhu žilních městků je hmatný horký, tuhý, na pohmat výrazně bolestivý pruh nebo uzel. Otok je omezen pouze na okolí zanícené žíly. Tato komplikace má zpravidla příznivý průběh. Projevy zánětů mizí do několika týdnů a průchodnost žíly se většinou obnoví. Jde stejně jako u hluboké žilní

trombózy o zaplnění vnitřku žíly trombem. Někdy prorůstá trombus vazivem a v místě proběhlého zánětu zůstává tvrdý uzlík. Léčení spočívá v podávání protizánětlivých léků.

Někdy může být dramatickou komplikací prasklý varix v důsledku úrazu nebo samovolně. Vzniklé krvácení je rychlé a mohutné. Dobře se zastavuje stlačením v místě výronu krve. Nutné je končetinu zvednout a transportovat postiženého k chirurgickému ošetření.

Nejzávažnější komplikací vleké žilní nedostatečnosti zůstává vznik bércevého vředu. Typická lokalizace je opět v oblasti vnitřního kotníku a nad ním. Vředy mají sklon k šíření po celém obvodu končetiny. Asi ¼ bércevéch vředů má i složku tepennou. Na jejich vzniku se částečně podílí i nedostatečné zásobení dolních končetin tepennou krví pro sklerotické zužování přírodních tepen. V těchto případech je hojení pomalejší a složitější. Léčení bércevého vředu je dlouhodobé, svízelné a je potřeba s ním začít včas. Léčba musí být komplexní (9).

2.3 Léčba žilních varixů

2.3.1 Medikamentózní léčba

Subjektivní potíže pacientů s varixy mohou být ovlivněny podáváním látek, které jsou označeny jako venofarmaka. Jde o přípravky různého složení, jejichž hlavní účinek se projevuje na úrovni mikrocirkulace – snížením kapilární propustnosti, kapilární fragility, krevní viskozity, protizánětlivým působením. Ovlivnění subjektivních potíží a antiedematózní působení bylo hodnoceno v celé řadě klasických studií. Vymizení varikózně změněných žil nebo prevenci jejich vývoje nelze používání těchto preparátů očekávat (10).

2.3.2 Kompresivní léčba

Elastické punčochy odstraňují příznaky, ukřívají prominující žíly a předcházejí zhoršení, nemají však vysloveně léčebný efekt. Pevná komprese na dolní části nohy je

nezbytná k prevenci komplikací a měla by být postupně snižována od kotníku, kde jsou vždy problémy nejčastější. Dostupné typy jsou k dispozici v širokém výběru. Některé z nich mají spíše kosmetický význam. Punčochy s vysokým tlakem (40mmHg) jsou určeny pro zamezení posttrombotického syndromu a pro kompresi po sklerotizační léčbě. Metody měření tlaku punčoch jsou nyní standardizovány. Doporučené gradienty jsou následující: Lýtkový tlak by neměl být větší než 75% tlaku na kotníku a tlak na stehně ne více než 50%. Publikace uvedených standardů podnítila Ministerstvo zdravotnictví k zařazení elastických punčoch jako jednu ze skupin ceníku léků. Cílem nových tarifů je obrácení pozornosti k významu punčoch a zjednodušení jejich předpisu (17).

2.3.3 Sklerotizační léčba

Sklerotizace se používá k léčení malých křečových žil (metlicovitých a pavoukovitých), kde představuje nejvhodnější metodu. Také ji lze použít k odstranění varikózně změněných větvích hlavních žilních kmenů, zbytkových křečových žil po provedeném chirurgickém zákroku. Záleží zde na jejich velikosti, stupni žilního refluxu, věku pacienta, stupni přítomnosti žilní nedostatečnosti a také na přání klienta. Principem metody je vstříknutí sklerotizačního roztoku do žíly v určitém místě. Roztok poškozují vnitřní buněčnou výstelku a vyvolá zánětlivou reakci, která má za následek vyplnění cévy vazivem. Výběr sklerotizačního prostředku je závislý na velikosti a průběhu žíly. Roztok má různou koncentraci a výběr se řídí velikostí varixů. Velká pozornost se během výkonu musí věnovat přísně nitrožilnímu podání léku, neboť únik roztoku mimo žílu může vést k zánětu okolní tkáně nebo i k místní nekróze (9).

2.3.4 Klasická chirurgická léčba

Stripping a ligace v celkové anestezii jsou dosud standardními metodami u rozsáhlých kmenových varixů. Jedná se dnes o nejběžnější chirurgický zákrok prováděný při špatné funkci velké safény a jejích přítoků. Provádí se na vena saphena magna. Nejprve se provede malý nářez v třísele, pečlivě se vypreparuje ústí velké safény

do femorální žíly a ústí je řádně ligováno. Z téhož nářezu se zavádí žílou mechanický stripper až těsně pod koleno. Tam se nahmatá hrot stripperu a u něho se provede další nářez. Konec žíly v tříse se pak přiváže ke stripperu a žíla se i se stripperem vytáhne nad kolenem. Přítoky a bočné větve se přitom odtrhnou od hlavního kmene. Menší přítoky se zavřou samy, u větších je třeba krvácení stavět hemostaty nebo speciálními flebektomickými háčky. Z hlediska prevence větší krevní ztráty je vhodné současně s výkonem nakládat od periferie kompresivní obinadlo, takže po likvidaci varixů je končetina celá v kompresivním obvazu, ale se stripperem v té či oné saféně. Teprve v této fázi se stripping ukončí a po kontrole krvácení se sešije centrální operační rána (5, 6).

2.3.5 Pooperační komplikace chirurgické terapie

Hematom:

Hematom se nejčastěji vyskytuje v průběhu velké safény na lýtku a bérce. Malé hematomy se vstřebávají bez větších problémů. U rozsáhlejších hematomů dochází ke vzniku infiltrátu, často bolestivých, s nebezpečím jejich infekce. Prevencí je šetrná operační technika, nakládání elastické bandáže. U rozsáhlejších výkonů je nutná pooperační komprese longetou přes kůži nebo jejím vsunutím do rány. Hematom v tříse vzniká při nešetrné preparaci v této oblasti z poranění většího bulbu nebo samotné safény. Vzácněji pak z poranění femorálních cév.

Neurologické komplikace:

Nejčastější neurologickou komplikací jsou parestázie v bérce, způsobené poraněním nervus saphenus.

Lymfatická píštěl:

Lymfatická píštěl se vyskytuje v tříse, častěji u reoperací než u primárních výkonů. Příčinou bývají dlouhé příčné incize v jizevnaté tkáni.

Dehiscence rány:

Dehiscence rány v tříse je vzácná komplikace. Nevýhodou je prodloužení doby léčení.

Tromboflebitida:

Vzácně může postihnout periferní část kmene veny sapheny magny, veny sapheny parvy při limitovaném stripingu nebo podvazu varixů, které nebyly kompletně odstraněny.

Flebotrombóza a plicní embolie:

Pravděpodobně zde není souvislost s užíváním hormonálních preparátů včetně kontraceptiv.

Kožní pigmentace:

Jsou zevním projevem ukládání hemosiderinu v podkoží buď při jeho mechanickém poškození nebo přetrvávají po vstřebávání většího včas neošetřeného hematomu. Mají význam pouze kosmetický, ale snižují kvalitu výsledku (3, 6).

Sestra svými intervencemi může zabránit vzniku infekce v ráně. Je nutné pravidelně kontrolovat prosakování obvazu operované končetiny a zajistit sterilní krytí, aby nedošlo ke vzniku infekce. Dále je velmi důležitá kontrola přiložení elastické bandáže na operované končetině. Ostatní komplikace sestra svými intervencemi neovlivní.

2.3.6 Léčba radiofrekvenční ablací

Radiofrekvenční ablace spočívá v endovasculárním ošetření varikózně změněné veny sapheny magny. Tradiční stripping se provádí v celkové nebo regionální anestezii a bývá spojen s pooperačním výskytem hematomu, poruchou hojení rány v tříslé, bolestivostí a neuropatií v důsledku postižení nervus saphenus. Radiofrekvenční ablace spočívá v zavedení vodiče do veny sapheny magny za průběžné sonografické kontroly punkční Seldingerovou technikou nebo po předchozím jejím vypreparování z malé incize v oblasti dolní třetiny stehna. Vodič je umístěn k safénofemorální junkci a následně instalován katétr pro radiofrekvenční ablaci. Pomocí bipolárního radiofrekvenčního proudu, který je přenášen do žilní stěny, dochází k jejímu smrštění a v důsledku termoregulace i k následnému uzavření veny sapheny magny. Pracovní teplota bývá kolem 85°C. Tím vzniká stejný efekt jako při stripingu, kdy jsou

z funkčního hlediska vyřazeny patologicky změněné žíly bez jejich odstranění z těla pacienta. Po dosažení konce katétru místa rozvětvení, kde je žíla částečně dilatována, teplota rychle klesne. Konec se v takovém případě ponechá na místě dokud teplota nestoupne na 85°C a nevydrží konstantní asi 5 sekund. Poté se opět katétr vytahuje jako před tím. Zřídka pacient cítí náhlý pocit tepla, když se konec katétru přiblíží k místu, na které je přilepen nerv. Pokud se to stane, je katétr rychle povytažen asi 1 cm za takové místo, aby se minimalizovalo riziko poškození nervu. Okamžitě po zákroku ukazují bioptické vzorky podstatné zredukování velikosti žilního lumenu, obnažení endotelu, zesílení žilní stěny, ztrátu kolagenního dvojlohu a zánětlivé změny. Zóna termálního poškození je limitována do 2mm kolem místa dotyku elektrod. U více než 90 % pacientů ukazují bioptické vzorky kompletní okluzi žilního lumenu 6 týdnů po zákroku. Radiofrekvenční ablace se provádí nejčastěji v epidurální anestezii. Pacient se vrací k běžné činnosti následující den. Je to nová metoda s velmi dobrými výsledky, ale je nutno počítat i s možnými komplikacemi. Mezi nejzávažnější patří výskyt hluboké žilní trombózy. K možným nežádoucím účinkům patří perforace cévy, hematoma, infekce, parestézie a popáleniny kůže (6, 19, 20, 21; příloha 6,8,9,10).

2.4. Péče o klienta před operací

Operačnímu zákroku předchází předoperační příprava. Skládá se z předoperačního vyšetření a z vlastní předoperační přípravy. Jestliže cévní lékař indikuje operační řešení varixů dolních končetin, přichází klient na standardní chirurgické oddělení ke krátkodobé hospitalizaci, která ve většině případech není delší než 3 dny.

První rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem začíná vzájemným představením, při kterém sestra či lékař sdělí pacientovi nejen své jméno, ale snaží se hned od začátku získat jeho důvěru, třeba prohozením několika neformálních vět. Potom mu vysvětlí své úkoly a cíle při jeho ošetřování. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Sestra se musí s klientem nejen domluvit, získat a předat informace, ale i ho povzbudit a dát mu naději. Je třeba si uvědomit, že pacient

přicházející do nemocnice je rozrušen a schopnost jeho soustředění je snížena, takže pravděpodobně řadu informací zapomene nebo přeslechne. Zdravotník je profesionál, který důvěrně zná prostředí nemocnice. Ten musí být vůdčí osobností tohoto prvního kontaktu a hlavně na něm záleží, jaké dojmy, poučení a předsevzetí si z tohoto prvního kontaktu pacient odnese. A také jak se bude další vztah a spolupráce mezi klientem a zdravotníkem odvíjet.

Klient přichází na plánovaný příjem s komplexními laboratorními výsledky krve a moče, s interním předoperačním vyšetřením, které nesmí být starší 14ti dnů. Předoperační příprava celková zahrnuje všechny činnosti a úkony, které se týkají somatické, psychické a sociální stránky. Se všemi léčebnými postupy vyjadřuje klient písemný souhlas, který je součástí dokumentace.

Myšlenka na operaci vyvolá u každého člověka zvýšené psychické napětí, a to i v situacích, kdy operační výkon nepředstavuje svou povahou riziko překračující únosnou míru. Událost prožívá každý v intenzích svých rozumových a citových vlastností a připravuje se na ni na základě své dosavadní zkušenosti (případně nezkušenosti) a pod tlakem kladných nebo záporných vlivů okolí. Rozhodující roli v modelaci postojů mají lékař i sestra. Na základě znalostí individuálních vlastností pacienta lékař vysvětlí důvody, které k rozhodnutí operovat vedly a o plánovaném záměru sdělí nezbytná fakta. Jak lékař, tak i sestra mají povinnost zabránit psychické traumatizaci pacienta ze strany ostatních členů zdravotnického personálu, nemocničního prostředí, spolupacientů nebo rodiny (rozporné informace od ošetřujícího personálu, pohled na chirurgické instrumentální vybavení, podivné a znepokojující popisy zákroku od spolupacientů, maladaptivní chování členů rodiny). Projeví-li pacient přání být se zákrokem seznámen podrobněji a existuje-li reálný předpoklad, že to jeho psychice prospěje, není důvod mu nevyhovět.

V poslední době se prosazuje pojetí nemocniční péče, která bere informační potřeby pacientů v úvahu jako plně oprávněné, a podle toho se zlepšuje informovanost klientů. Naslouchání pacientům se též zlepšuje. Klade se přitom důraz na co nejúplnější vyslechnutí klienta a pochopení zdrojů jeho obav a úskalí. Vychází se tak vstříc někdy skrytým, ale vždy přítomným otázkám pacientů o záměrech, cílech a smyslu všeho, co

se s nimi děje. V nemocnici bdí celý zdravotnický tým nad stavem pacienta. V řadě pokusů se zjistilo, že tam, kde člověk nemá možnost řídit běh dění, je to pro něho těžká situace. Ukazuje se, že tam, kde pacient má možnost něco sám řídit, jeho psychický stav se zlepšuje. U klientů po operaci varixů se jejich zdravotní stav mění poměrně rychle k lepšímu a zpravidla nevznikají u nich žádné psychické problémy (8,11,13,16).

Bezprostřední příprava k operaci

Klient s plánovanou operací je zařazen do operačního programu. K hospitalizaci se přijímá nejpozději 24 hodin před zákrokem. Pacient, který je připravený k operaci je klidný. K zajištění duševního klidu se podává večer před operací lék se zklidňujícím nebo hypnotickým účinkem dle ordinace anesteziologa. Podaná látka potlačí nadbytečnou psychickou aktivitu a zajistí klidný a nerušený spánek. Podává se per os. Duševní klid je nutné podporovat i vhodným slovem a přirozeným chováním k nemocnému v průběhu celého ošetrovatelského procesu, počínaje prvním kontaktem při příjmu (16). Pacient se večer i ráno vysprchuje. Ženy mají odlakované nehty a jsou nenalíčené. Akceschopný, fyzicky zdatný pacient se myje sám, na sestře zůstává diskrétní kontrola. Sestra připraví operační pole. Spočívá to v šetrném, ale důkladně oholeném třísele a dolní končetině. Holení se provádí v místnosti k tomu určené, aby se ochránila intimita klienta. Sestra nezapomene zkontrolovat, zda pacient nemá plísňové onemocnění v třísele. Pokud neplatí zvláštní ordinace, dostává pacient den před operací oběd i večeři. Pitný režim končí zpravidla 4 hodiny před operací. Dále už nesmí podat nic per os. Povinností sestry je informovat nemocného o naprosté nezbytnosti požadovaných opatření a dohlížet na jejich dodržování. Před operací varixů se klient vyprazdňuje pomocí glycerinového čípku.

Bezprostřední příprava před operací spočívá v kontrole dokumentace a plnění ordinací chirurga i anesteziologa. Sestra zkontroluje, zda klient nepoužil krémy a kosmetické přípravky, odložil si šperky a protetické pomůcky. Lékař si pozve klienta na převazovnu, kde v poloze vestoje si u něj barvou na kůži označí místa operačního zákroku. Na neoperovanou dolní končetinu si klient za pomoci sestry navlékne

kompresivní punčochu, tím je zabezpečena prevence tromboembolické nemoci. Odvozem na operační sál končí předoperační příprava. V průběhu intraoperační fáze je ošetřování klienta zabezpečeno zdravotnickým odborným personálem operačního sálu. Cílem celého kolektivu je předat na operační sál klienta dobře somaticky připraveného, ale i bez stresu a obav z nadcházejícího výkonu (4,16).

2.5. Péče o pacienta po operaci

Na ošetrovací jednotku přiváží operovaného sanitář v doprovodu sestry. Sestra, která přijímá pacienta do trvalé péče, se nejprve pohledem přesvědčí o dostatečnosti dýchání (viditelné dýchací pohyby, růžová kůže a sliznice), ověří stav vědomí a pohledem na obvaz zjistí, zda neprosakuje krví. Teprve potom se věnuje uložení operovaného na lůžko. Jakmile je pacient uložený, vyšetří sestra fyziologické funkce a dále plní ordinace určené pro bezprostřední pooperační období. Ordinace jsou zaznamenané v dekurzu a sestra je přijímá současně s pacientem. Operovanou dolní končetinu sestra podloží molitanovou dlahou. Poučí pacienta o možnosti použití signalizačního zařízení. Podle potřeby klienta sestra aplikuje dle ordinace lékaře analgetika a sleduje jejich účinek. O pacienta pečuje s maximální profesionalitou a laskavostí.

Následná pooperační péče

Sestra pravidelně kontroluje elevaci operované dolní končetiny, zda obvaz neprosakuje. Sleduje hybnost dolní končetiny a elastickou bandáž, aby vyhovovala jak požadavkům operátora, tak i pacientovi. Musí být zavázaná od prstů přes patu až do třísla. Dle typu podané anestézie se řídí podáváním tekutin. Pokud byl pacient operován v celkové anestézii, tekutiny se podávají za 4 hodiny po operaci. Po spinální nebo epidurální anestézii může pít ihned po návratu. Po spinální anestézii, která se nyní často využívá u operačních výkonů, je anestetikum aplikováno za přísně sterilních podmínek do oblasti páteřního kanálu (do prostoty subarachnoidálního nebo epidurálního). Klienta uložíme do pohody na zádech, upozorníme ho, že se může otáčet pouze na boky. Je

zakázáno si sedat na lůžku a zakázáno vstávání po dobu 12 hodin. Dále sestra monitoruje citlivost dolních končetin. Mohou se objevit parestezie a potíže s inkontinencí. Sleduje u klienta potencionální možnost bolesti hlavy, problémy s hybností a zvracení. Sestra sleduje snášenlivost podaných tekutin, zda pacient po požití nemá nauzeu nebo nezvrací. Dále sleduje, zda klient v průběhu 6-8 hodin po výkonu močil. Pokud se v této době nevymočí, provede jednorázové vycévkování. Ženy cévkuje sestra, muže lékař za asistence sestry.

Výživa je ordinována dle stavu klienta. U diabetiků kontrolujeme glykémie a dle výsledků a ordinace lékaře sestra podává infuzi glukózy s insulinem. První strava je podána večer. Pacient má dietu jako před operací, není nijak omezen. Je pobízen k dostatečnému příjmu tekutin.

První vstávání z lůžka je pod dohledem sestry nejdříve za 12 hodin pro případné komplikace (závratě, mdloby, krvácením z operované končetiny). Jestliže klient zvládá vše bez potíží, může se sám bez doprovodu pohybovat po oddělení. Zajištění hygienické péče je dáno pohybovým režimem nemocného. Aktivita sestry při uspokojování základních potřeb je daná motorickými možnostmi klienta a mírou jeho akceschopnosti. Slovem i praktickým návodem má sestra usilovat o zachování a zvyšování samostatnosti klienta v samoobslužných úkonech i v podmínkách omezeného pohybového režimu. S rostoucí nezávislostí se upravuje jeho sebevědomí a spolu s tím i ochota nepodléhat operaci (16).

Do základního rehabilitačního programu patří dechová gymnastika, pasivní a aktivní cviky končetin, nácvik sedu, stoje a chůze. Prevence tromboembolických komplikací je součástí jak předoperační přípravy, tak i pooperačního ošetřování. Městnání krve v žilním řečišti lze předcházet aktivními cviky dolních končetin. U nemocných s varixy je to elevace končetin a zásadní význam má včasné vstávání (16, 18).

Převaz se provádí dle rozhodnutí lékaře a dle druhu operace první nebo druhý pooperační den. Sestra znovu zabandážuje operovanou končetinu elastickým obinadlem. Kontroluje, zda bandáž je správně přiložená a neprosakuje. Komplikace ihned hlásí lékaři.

2.6 Základní rehabilitace v cévní chirurgii

Při rehabilitaci v cévní chirurgii vycházíme ze zásady, že hnací silou pro návrat krve zpět k srdci jsou:

1. Svalová činnost dolní končetiny, zejména lýtkových svalů. Při pohybu končetiny jsou žíly svalstvem a kůží stlačovány, krev je vypuzována směrem k srdci a při uvolnění se odsává do tkání. Obojí se rytmicky opakuje a umožňuje pravidelné proudění krve k srdci (například při chůzi).
2. Pohyby bránice a hrudníku při dýchání vytvářejí podtlak v hrudní dutině. Například při nádechu se bránice pohybuje směrem dolů, a to usnadňuje návrat krve z povrchního žilního systému do hlubokého (1).

2.7 Edukace u klientů s cévním onemocněním v oblasti rehabilitační léčby

Edukace pacientů je aktivní proces, do kterého je zapojen multidisciplinární tým zdravotníků, pacient a jeho rodina. O tom, že edukace pacientů není nic nového svědčí již doklady z minulosti z 19. století od průkopnice ošetrovatelství Florence Nightingaleové. Ta již zdůrazňovala, že nestačí pacientům informace o jejich nemoci jen předávat, ale je potřeba zároveň je uschopnit, aby mohli tyto informace využít v péči o své zdraví. Hlavními cíly současné zdravotní péče se stává podpora zdraví, prevence nemocí a rehabilitace. Tento nový pohled pak vede ke zdůraznění nové role zdravotníků – edukátorů.

Tato nová role klade na zdravotníky mnohé požadavky. Aby zdravotník mohl být dobrým edukátorem, musí vědět, v které oblasti potřebuje klient naši radu a pomoc. Dalším předpokladem pro úspěch činnosti je schopnost navázat důvěryhodný vztah s pacientem, schopnost respektovat jeho osobnost, ochota mu pomoci, schopnost poradce a trpělivost. Mezi hlavní zásady výuky patří: nepřetěžovat pacienta informacemi, zvolit správný čas a způsob edukace. Dnešní pacient již není pouhým pasivním příjemcem naší péče. Má spoustu možností pro získání informací o své

nemoci a postupech léčby. Mnohdy se na nás se získanými informacemi z různých zdrojů obrací na radu. Zkracování pobytu v akutním lůžkovém zdravotnickém zařízení, vede k tomu, že pacient nemá mnoho času na získání informací potřebných pro zvládnutí péče po propuštění (2).

Různá rehabilitační cvičení jsou u nemocných s žilními chorobami indikována především u chronické žilní insuficience, ať již na podkladě varixů s nedostatečností žilních kmenů a spojek, či na podkladě posttrombotického syndromu. Smyslem je pomoci zapojením svalové pumpy odtoku krve z končetin, dosáhnout zmenšení odtoku, a tak ulevit i subjektivním potížím pacienta. Svůj význam má i v primární a sekundární prevenci, neboť lze u predisponovaných osob určitými opatřeními oddálit jak vznik varikózního komplexu, tak zabránit jeho zhoršování. Z jednoduchých prostředků je nutná redukce tělesné hmotnosti a nošení správné obuvi s pevnou podrážkou (event. ortopedické – nevhodné jsou např. tenisky, bačkory, apod.). Je-li nemocný nucen delší dobu stát, doporučuje se přešlapování z jedné nohy na druhou nebo výstupy na špičky. Nevhodné je rovněž dlouhé sezení s kompresí zadních ploch stehen (vznik tzv. televizních edémů) nebo delší jízda autem bez přestávek, či vlakem bez přecházení. Nejdůležitějším úkolem v primární prevenci je zabránit u dlouhodobě ležících, zvláště nemocných vyššího věku a po operacích, vzniku hluboké trombózy. Aktivním, event. i pasivním cvičením, stejně tak bandážováním dolních končetin je možno u všech těchto nemocných příznivě ovlivnit urychlení cirkulace. Proto se považuje za nezbytné provádění dorzálních nebo plantárních flexí nohou po dobu 2-5 minut každou hodinu, zvláště tam, kde není z různých důvodů možná miniheparinizace.

V rehabilitační léčbě chronické žilní insuficience se zatěžuje veškeré svalstvo celé dolní končetiny (což má rovněž důležitý význam v zabránění vzniku svalových hypotrofií při dlouhodobém bandážování), např. stoupáním na špičky za současného podřepu, překřížení jedné končetiny přes druhou zároveň s podřepem nebo poskoky na jedné noze, samozřejmě při správném přiložení kompresivního obvazu (při nesprávném může pacient pociťovat při cvičení i mírnou bolest). Polohové cviky vykonává nemocný zvednutím postižené končetiny nad úroveň těžiště, jindy pak po počáteční flexi a

extenzi prstů přes plantární a dorzální flexi nohou, inverzi a everzi kotníků, se zakončením krouživými pohyby v hleznu při mírně zvednutých končetinách. Jde o aktivní cvičení lýtkového svalstva a nožní klenby. Jiným typem jsou polohové cviky s výdrží, např. flexe prstů po čtvrtinu minuty, jejich extenze a opětná čtvrtminutová flexe – opakovat 15-20krát. Izometrické kontrakce (vložit polštářek mezi koníky, pomalu zapínat svalstvo dolních končetin, pomalé uvolnění) jsou vhodným doplňkem. Totéž je možno provádět s překříženými končetinami.

Nemocní s chorobami žil by měli cvičit alespoň 2krát denně. Příjemným zatěžováním svalstva dolních končetin je vykonávání podřepů a výstupů na špičky po dobu přibližně 20 minut v bazénu, ve vodě asi 24°C teplé. Poté je nutno ihned řádně bandážovat. Účinným prostředkem jsou též podvodní masáže, prováděné alespoň 1krát denně. V celotělové lázni 36-37°C teplé masíruje postižený sprchou pod vodou dolní končetiny ze všech stran, a to vždy od periferie k centru (5,17,18).

2.8 Specifická rehabilitace v cévní chirurgii

Po operaci varixů je velmi důležitá těsná bandáž dolní končetiny od prstů až po stehno, což plní funkci tlakové komprese, která ovšem nesmí nikde škrtit. Tuto bandáž (nebo elastickou punčochu) nosí pacient i doma. Obvykle 2-5 týdnů, záleží na stavu pacienta a ordinaci lékaře. Dlouhodobě se tyto pacienti mají vyvarovat takových poloh, kdy vážne odtok krve z dolní končetiny.

Rehabilitací pacienta podporujeme návrat hybnosti a obnovujeme soběstačnost. Je nutné začít co nejdříve. Způsob a intenzita je individuální. Důležitá je spolupráce celého zdravotnického týmu.

2.9 Podpora sebeděče a soběstačnosti u klienta po operaci varixů

Pojem sebeděče jako jeden ze způsobů ošetrovatelské péče definuje péči zajištěnou vlastními silami. Soběstačnost vyjadřuje samostatnost nebo závislost nemocného při vykonávání denních aktivit.

Do kategorie sebeděče se zahrnují základní každodenní činnosti, hygiena, oblékání, vyprazdňování, stravování, které pomáhají udržovat zdraví. Zdravý dospělý člověk je při zvládnutí těchto aktivit soběstačný, každodenní činnosti vykonává samostatně, pravidelně, bez pomoci druhé osoby. Nemocný člověk může mít aktuálně i potencionálně sníženou schopnost vykonávat každodenní činnosti. Úroveň sebeděče hodnotí sestry v lůžkových zařízeních při příjmu v rámci ošetrovatelské anamnézy. Informace získávají pozorováním nemocného, v rozhovoru s ním a s rodinnými příslušníky. Zdrojem informací je také dřívější dokumentace. Shromážděné informace je třeba vyhodnotit a interpretovat tak, aby bylo možno stanovit míru soběstačnosti nemocného a potřebu ošetrovatelských činností. Zásadně je nutné klasifikovat funkční úroveň nemocného tak, aby se podporovala jeho nezávislost. Denní činnosti jsou součástí návyků, ve své podstatě odpovídají aktivitě denního života základním biologickým potřebám člověka. V Maslowově pyramidě potřeb tvoří základnu (příloha 5). Správné a přesné ohodnocení úrovně sebeděče a soběstačnosti nemocného je výchozím momentem nejen pro jednotlivé ošetrovatelské intervence a ošetrovatelský plán, ale i pro veškeré diagnostické a terapeutické zákroky.

Používá se například klasifikace funkčních úrovní sebeděče v modelu M. Gordonové, Barthelův test základní všedních činností ADL (aktivity daily living); (příloha 4).

Potřeba čistoty, hygieny je základní biologickou potřebou. Osobní hygiena je záležitostí každého jednotlivce, je daná individuálními hodnotami a návyky. U různých lidí je potřeba hygieny různě vyjádřena. To co, pro jednoho člověka bude standard, dostatečná péče o čistotu těla, může jiný považovat za nedostačující. Potřeba hygieny je individuální a zcela odlišný bude i způsob, jak jedinec vyjádří neuspokojenou potřebu. Pro většinu lidí je čistota výchozím, základním předpokladem pro pocit osobní pohody.

Pokud je klient hospitalizován v nemocnici, je velice důležité dodržení intimity při provádění hygienické péče.

Soběstačnost je velmi důležitý aspekt pro každodenní uspokojování potřeb nemocného. Zejména u plánovaných výkonů je vhodné provedení funkčního zhodnocení pacienta pomocí anamnestického ověření úrovně fyzické aktivity, mobility a zvládnání každodenních činností. Ke zjištění úrovně nezávislosti klienta se používají různé testy a škály, jejichž výsledky jsou důležité nejen pro lékaře, ale zejména pro sestry, které na základě zjištěných výsledků sestavují plán ošetřovatelské péče.

Negativní emocionální stavy spojené s narušením soukromí a intimity člověka vznikají u ležících pacientů, kteří jsou nuceni vyprazdňovat se na lůžku. Pocit studu může sestra zmírnit zajištěním soukromí (nemocný je při vyprazdňování na pokoji sám), dále pak empatickým přístupem a vhodnou komunikací. Opakované nerespektování intimity a soukromí u nemocného i zdravého člověka, může vést k poruchám v oblasti sebekoncepce a snížení sebeúcty (12).

2.10 Ošetřovatelská diagnostika

Problém v oblasti soběstačnosti je v diagnózách NANDA zahrnut pod názvem *Porucha soběstačnosti (sebepéče)* v oblasti hygieny, výživy, vyprazdňování, oblékání a týká se člověka se sníženou nebo žádnou schopností provádět aktivity v jednotlivých oblastech péče o sebe sama. Sestra hodnotí schopnosti a funkce člověka ve všech čtyřech oblastech a stanoví úroveň participace, které je jednotlivec schopen. Cílem bude udržet tyto funkce, popř. zvýšit nezávislost.

Očekávané výsledky:

Nemocný s poruchou tělesné pohyblivosti:

- při přechodně omezené pohyblivosti se postupně vrací k hybnosti, odpovídající funkční schopnosti a věku
- umí se správně posadit na lůžku, vstávat z lůžka

Nemocný s deficitem sebeděče v oblasti hygieny, oblékání, výživy a vyprazdňování:

- provede hygienu optimálně podle očekávání
- má pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty
- je postupně schopen sebeděče při hygieně
- bude prokazovat zvýšenou schopnost sám se obléci
- je schopen sdělit, že potřebuje někoho, kdo mu pomůže při oblékání
- prokáže schopnost naučit se používat pomůcky, aby dosáhl optimální nezávislosti při oblékání
- prokazuje zvýšenou schopnost sám se najíst
- prokazuje zvýšený zájem sám se najíst
- prokazuje zvýšenou schopnost sám se vyprázdnit (dojít si na toaletu)
- verbalizuje problémy, které mu brání v samostatném použití toalety

Pohyb je biologickou potřebou všech živých bytostí. Podobně jako u ostatních biologických potřeb má každý člověk individuální nároky na kvantitu pohybové aktivity i na způsob, jak potřebu uspokojit. Rozdílná je také psychická odezva na neuspokojenou potřebu pohybu. Pohyblivost je základem nezávislosti (12).

Cílem moderního ošetřovatelství je celková psychická, fyzická a sociální pohoda ošetřovaného člověka. Kolektivní orientace ošetřovatelské péče se stává stále více záležitostí společně vznikajících skupin zdravotníků, kteří tvoří funkčně závislý tým, v němž mají sestry vymezenou samostatnou roli, vlastní odbornou funkci a míru odpovědnosti a pravomoci (11).

3. Cíle práce a hypotézy

3.1 Cíle

Cíl 1. Sledování pooperační soběstačnosti pacienta po klasické operaci varixů

Cíl 2. Sledování pooperační soběstačnosti pacienta po radiofrekvenční ablaci

Cíl 3. Zmapování edukační role sestry v pooperačním režimu u pacienta po operaci varixů

3.2 Hypotézy:

H1 : Pacienti po klasické operaci varixů jsou 1.pooperační den nesoběstační v oblasti hygieny

H2 : Pacienti po radiofrekvenční ablaci jsou 1.pooperační den soběstační v oblasti hygieny

H3: Sestry nedostatečně informují pacienty o specifické péči o operovanou končetinu

4. Metodika

4.1 Metodika práce

Pro získání potřebných údajů k dosažení vytýčených cílů a analýze dat bylo použito techniky kvantitativního sběru dat formou anonymních dotazníků a pozorováním. Pozorovaným souborem byli zdravotničtí pracovníci. Toto pozorování bylo cílené a pozorovala jsem proces edukace u sester, jejich edukační schopnosti a úroveň informování klientů.

Byly vytvořeny tři anonymní dotazníky, přičemž dva byly pro klienty a jeden pro zdravotníky.

První dva dotazníky určené klientům (A a B) obsahovaly 21 otázek. Z celkového počtu bylo 17 otázek uzavřených a 4 polootevřené. K polootevřeným otázkám mohli respondenti označit více možností. Prvních 5 otázek se týkalo informací o dotázaných klientech . Otázky 6 a 7 se týkaly úrovně soběstačnosti klientů před operací. Otázky 8 – 11 se týkaly vlastní operace, přičemž otázky 9,10 a 11 byly pro každý dotazník individuální. Otázky 12 a 13 se vztahovaly k hospitalizaci, respektive k její délce. Na

informovanost klientů byly zaměřeny otázky 14-16, které se přímo týkaly hypotézy č. 3. Ostatní otázky se vztahovaly k soběstačnosti a úrovni sebezpečí klientů po operaci, tzn. k hypotézám 1 a 2. Výzkum byl proveden v průběhu měsíců únor až duben 2008.

Třetí dotazník (C) byl určen pro zdravotníky a skládal se z 19 otázek. Jedna otázka byla pootevřená a ostatní uzavřené. Prvních 5 otázek se vztahovalo k získání údajů o respondentech. Ostatní otázky byly zaměřené na znalosti sester v oblasti zkoumaného oboru a jejich schopnosti edukace. Jinými slovy byly zaměřeny na hypotézu 3. Tento výzkum byl proveden společně s pozorováním v měsíci březnu 2008.

4.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor jsem rozdělila do tří skupin A, B a C.

Skupinu A tvořili klienti po klasické operaci žilních varixů. Této skupině bylo rozdáno celkem 30 dotazníků. Vzhledem k tomu, že jsem dotazníky respondentům rozdala a následně zase vybrala osobně, a že jsem všem podrobně vysvětlila způsob jejich vyplnění, návratnost a tudíž i použitelnost byla 100%. Výzkumný soubor skupiny A tedy tvořilo 30 respondentů .

Skupinu B tvořili klienti po operaci radiofrekvenční ablací. I v této skupině bylo rozdáno 30 dotazníků se stejnou návratností a použitelností 100%. Takže výzkumný soubor ve skupině B byl tvořen ze 30 klientů (100%). Všichni klienti byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení Oblastní nemocnice Příbram, a.s.

Výzkumný soubor skupiny C tvořili zdravotničtí pracovníci z chirurgického oddělení Oblastní nemocnice Příbram, a.s.

Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků. Z celkového počtu dotazníků se vrátilo 28 a 3 dotazníky musely být vyřazeny pro neúplnost. Výsledky byly tedy zpracovány na základě 25 (100%) kompletně vyplněných dotazníků. .

Výzkumný soubor tvořilo 25 (100%) sester chirurgického oddělení.

Pro analýzu pozorováním jsem vybrala vzorek 10 sester (100%) a 10 klientů (100%) na chirurgickém oddělení Oblastní nemocnice Příbram, a.s., kde pracuji jako staniční sestra.

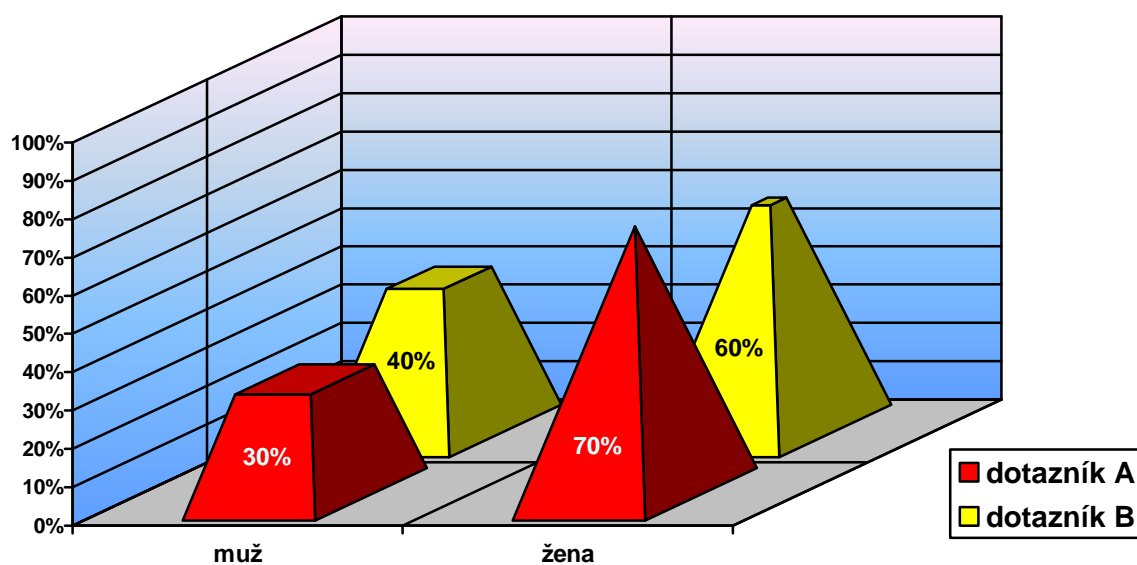
5. Výsledky

5.1. výsledky dotazníků A, B

(Soubor A tvoří klienti po klasické operaci)

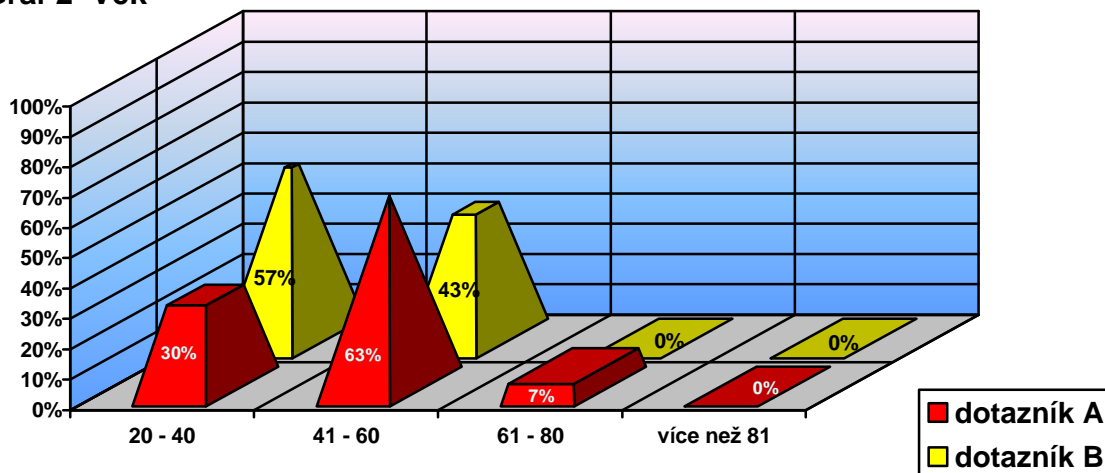
(Soubor B tvoří klienti po operaci radiofrekvenční ablací)

Graf 1 Pohlaví



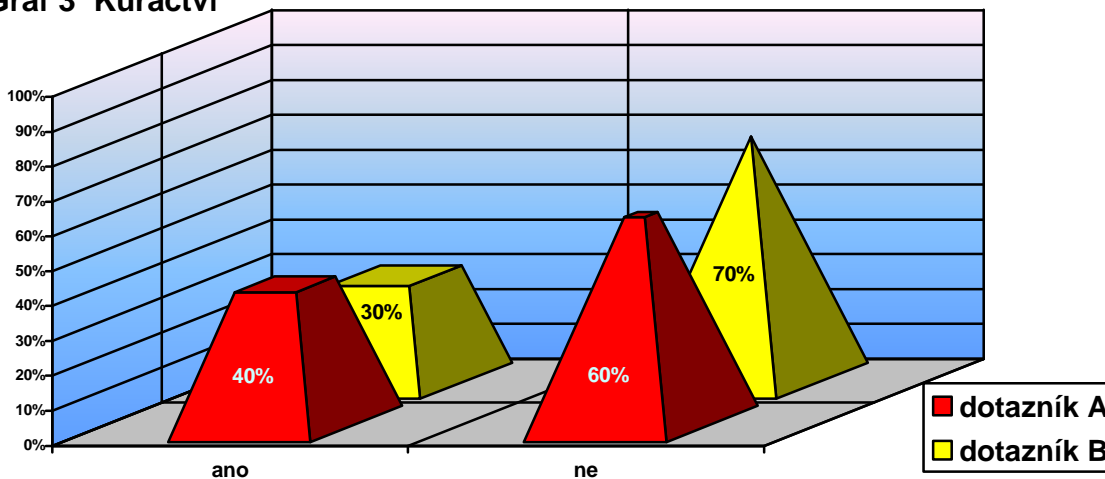
Z celkového počtu 30 respondentů ve skupině A převažuje počet žen 21 (70%), přičemž mužů je 9 (30%). Ve skupině B je ze stejného počtu 30 zastoupeno 18 (60%) žen a 12 (40%) mužů.

Graf 2 Věk



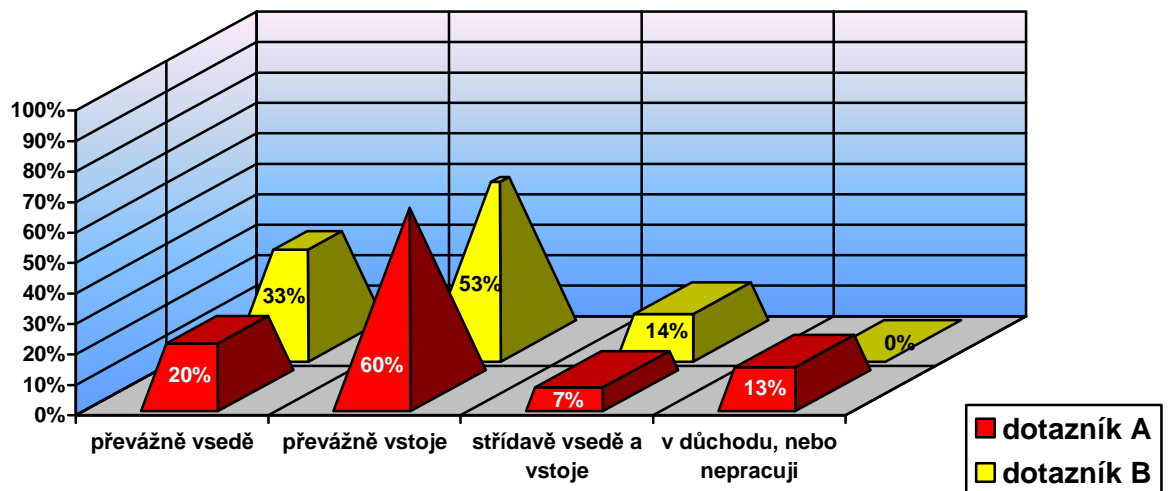
Největší počet respondentů ve skupině A je ve věku 41-60 v počtu 19 (63%), dále 20-40, kterých je 9 (30%), pak věk 61-80 v počtu 2 (7%); starších 81 let není nikdo. Ve skupině B je nejvíce dotazovaných ve věku 20-40 s počtem 17 (57%), pak věk 41-60 kterých je 13 (43%); starší respondenti než 61 let nejsou zastoupeni.

Graf 3 Kuřáctví



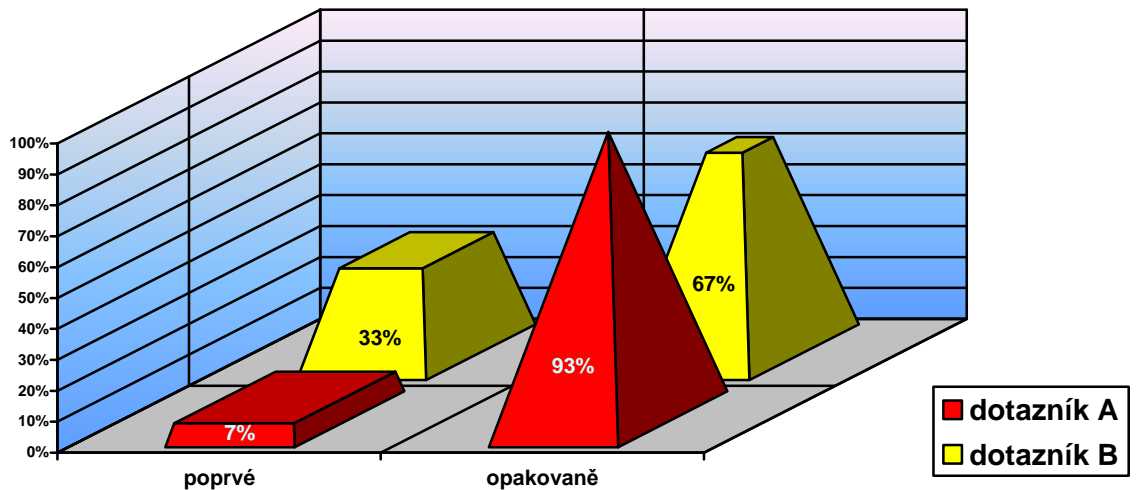
Na otázku kuřáctví odpovědělo ve skupině A kladně 12 (40%) respondentů a záporně 18 (60%). Ve skupině B je kuřáků 9 (30%) a nekuřáků 21 (70%).

Graf 4 Zaměstnání



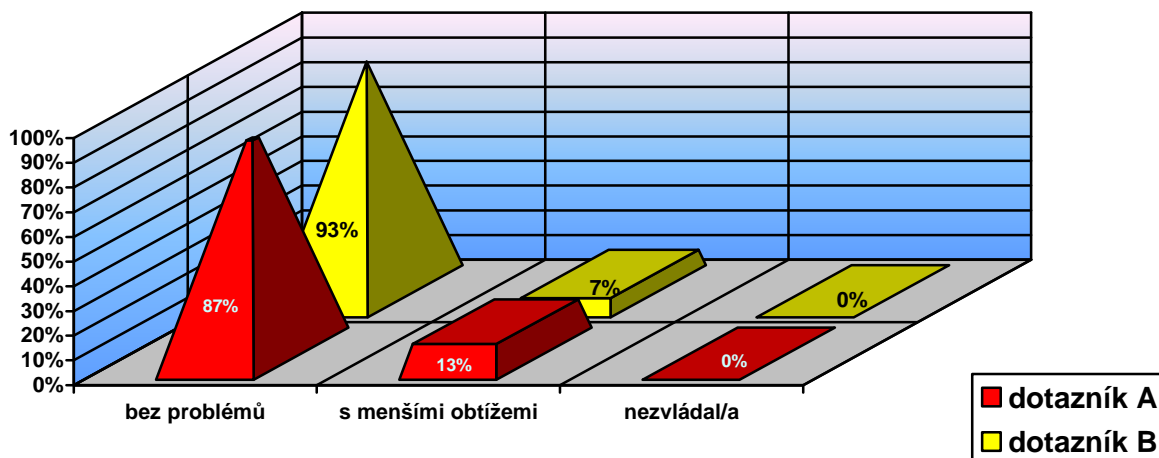
Jak ukazuje graf ve skupině A pracuje převážně vsedě 6 (20%) respondentů; 18 (60%) převážně vstoje; 2 (7%) pracují střídavě vsedě a vstoje a 4 (13%) jsou v důchodu nebo nepracují. Ve skupině B pracuje převážně vsedě 10 (33%) dotazovaných; převážně vstoje 16 (53%) respondentů; střídavě vsedě a vstoje pracují 4 (14%) a k poslední skupině se nehlásí žádný respondent.

Graf 5 Četnost hospitalizací



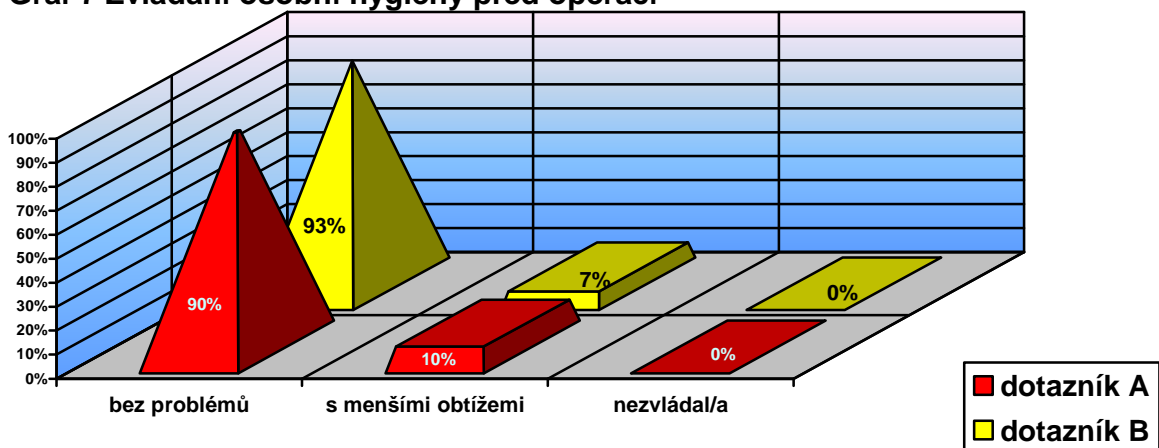
Tento graf ukazuje, že ve skupině A jsou poprvé hospitalizováni jen 2 (7%) klienti a opakovaně 28 (93%) klientů. Ve skupině B má první zkušenost s hospitalizací 10 (33%) klientů a 20 (67%) respondentů je hospitalizováno opakovaně.

Graf 6 Zvládání denních aktivit



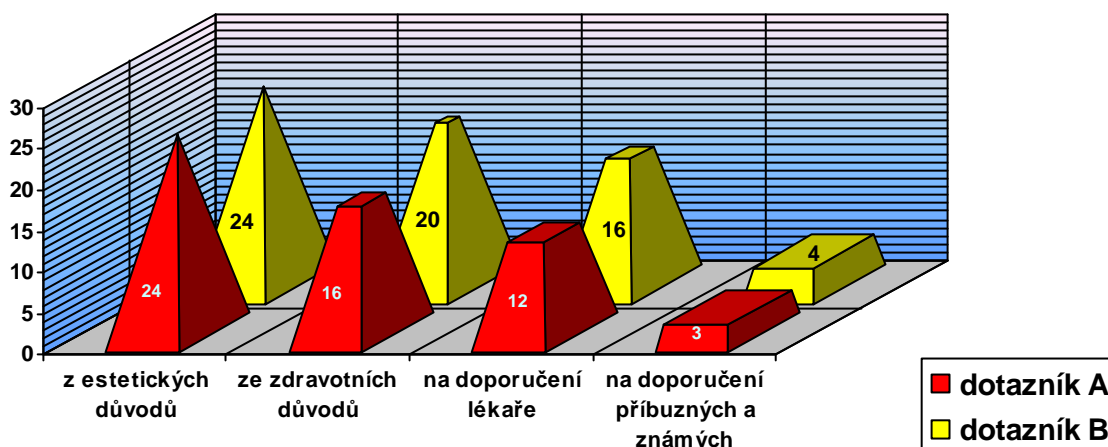
Denní aktivity před operací zvládalo ve skupině A bez problémů 26 (87%) dotazovaných; 4 (13%) s menšími obtížemi a ke třetí možnosti se nehlásí nikdo. Ve druhé skupině tj. ve skupině B zvládalo denní aktivity bez problémů 28 (93%) klientů; 2 (7%) klienti s menšími obtížemi a třetí možnost je stejná jako ve skupině A tj. 0 klientů.

Graf 7 Zvládání osobní hygieny před operací



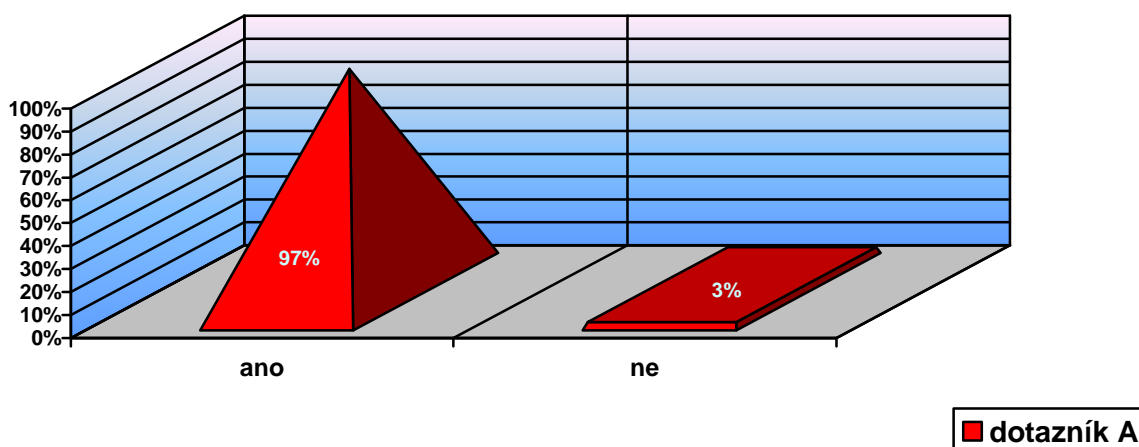
Na otázku osobní hygieny odpovědělo ve skupině A 27 (90%) respondentů, že ji zvládalo bez problémů a 3 (10%) s menšími obtížemi. Ve skupině B zvládalo bez problémů 28 (93%) dotázaných a 2 (7%) s menšími obtížemi. Třetí varianta není zastoupena ani v jedné skupině.

Graf 8 Důvod k operaci žilních varixů



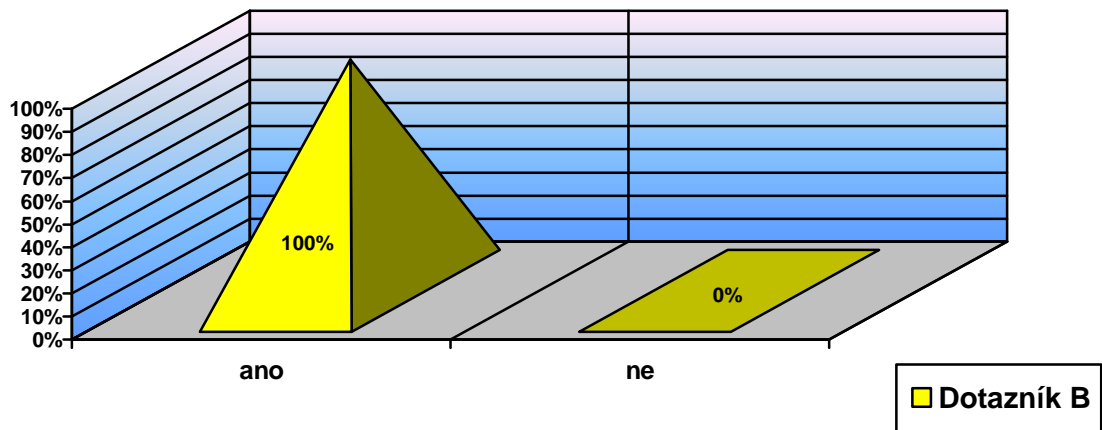
Jako důvod k operaci varixů ve skupině A zaškrtnulo estetické důvody 24; zdravotní důvody 16; 12 na doporučení lékaře a 3 klienti na doporučení příbuzných a známých. Ve skupině B označilo estetické důvody 24 klientů; 20 ze zdravotních důvodů; na doporučení lékaře 16; známí a příbuzní doporučili operaci 4 klientům.

Graf 9 Informace o možnosti odstranění varixů radiofrekvenční ablací



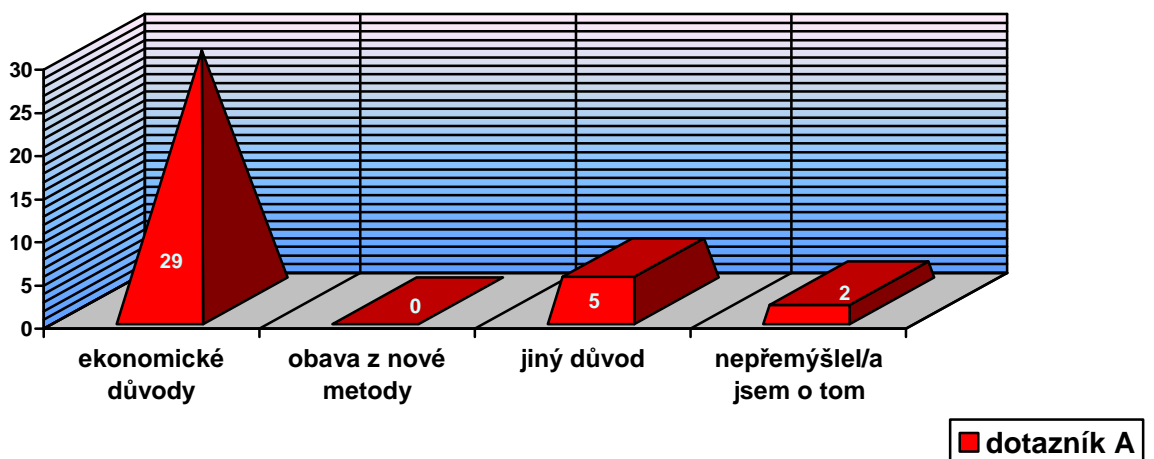
Ve skupině A ví o metodě radiofrekvenční ablace 29 (97%) respondentů a 1 (3%) respondent neví.

Graf 10 Informace o možnosti odstranění varixů jinou metodou, než radiofrekvenční ablací



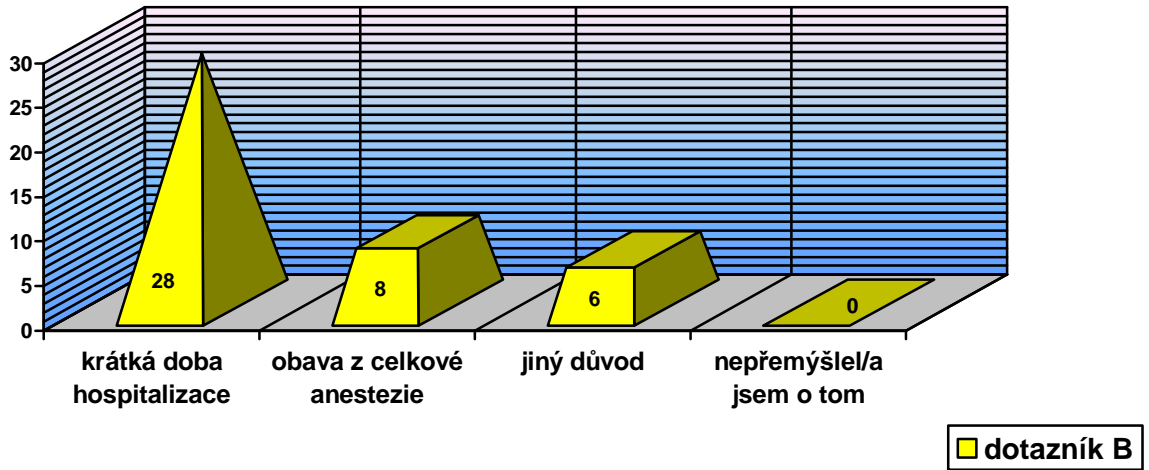
Ve skupině B věděli všichni dotázaní tj. 30 (100%) o jiné metodě, než radiofrekvenční ablací.

Graf 11 Důvod k rozhodnutí pro klasickou operaci



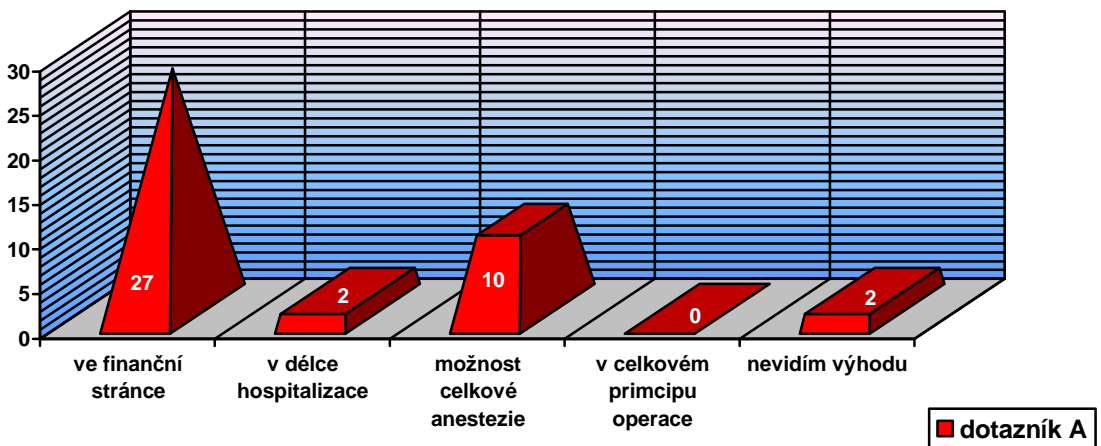
Pro klasickou operaci byly důvodem ve skupině A zejména ekonomické důvody 29 respondentů; nikdo neměl obavy z nové metody; 5 označilo jiný důvod a 2 o tom nepřemýšleli.

Graf 12 Důvod k rozhodnutí pro radiofrekvenční ablací?



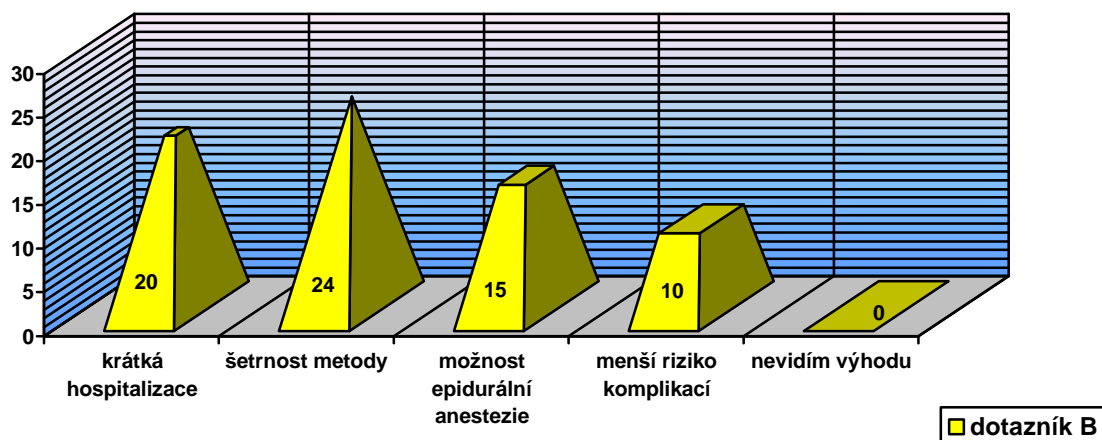
Ve skupině B bylo rozhodnutí pro radiofrekvenční ablací motivováno zejména krátkou dobou hospitalizace 28 respondentů; obavu z celkové anestezie mělo 8 respondentů a 6 mělo jiný důvod. Čtvrtou možnost neoznačil nikdo z dotázaných.

Graf 13 Výhoda klasické operace



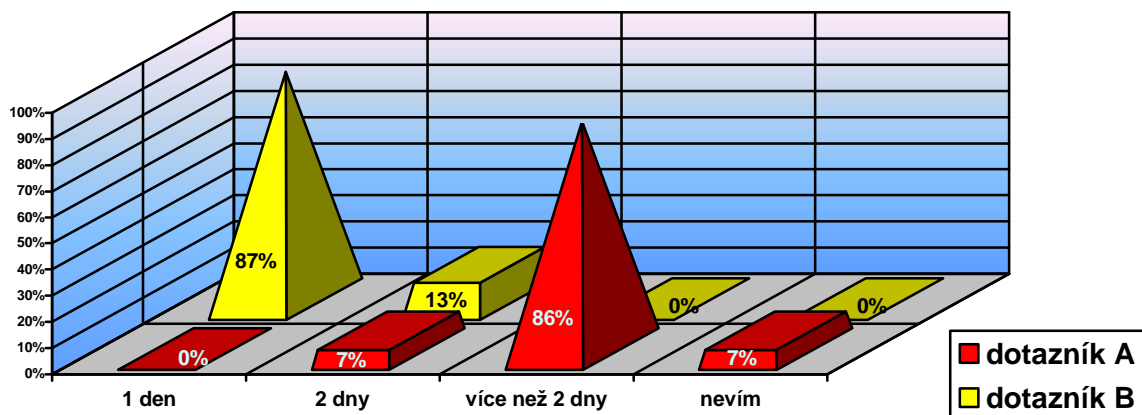
Největší výhodou klasické operace je dle klientů ze skupiny A finanční stránka 27 dotázaných; pro 10 respondentů možnost celkové anestezie; 2 nevidí výhodu; v délce hospitalizace a v celkovém principu operace nevidí výhodu žádný respondent.

Graf 14 Výhoda radiofrekvenční ablace



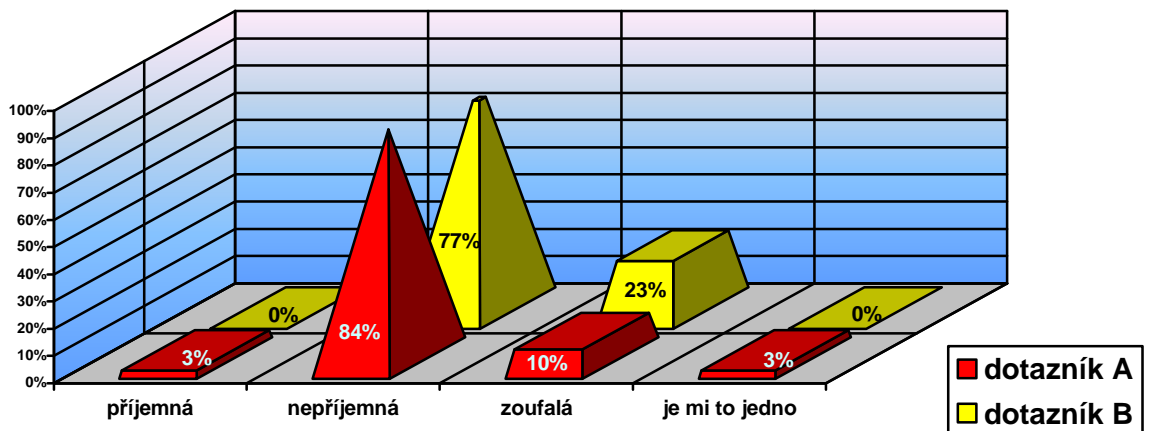
Respondenti ze skupiny B vidí největší výhodu radiofrekvenční ablace v šetrnosti metody 24; v krátké době hospitalizace 20 ; 15 krát byla označena možnost epidurální anestezie a 10 krát menší riziko komplikací.

Graf 15 Předpokládaná doba hospitalizace



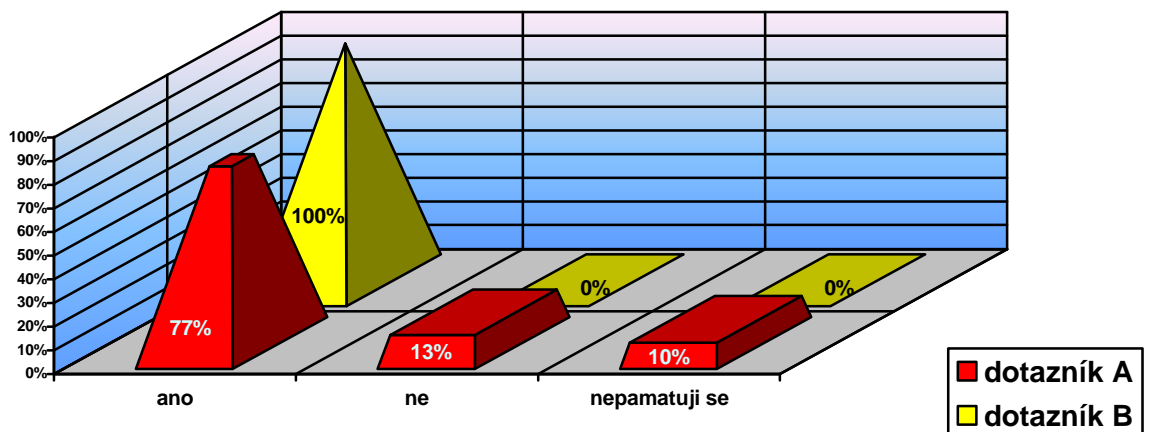
Ve skupině A ani jeden klient nepředpokládá, že by byl hospitalizován jeden den; 2 dny předpokládají 2 (7%) respondenti; 26 (86%) předpokládá více než 2 dny a 2 (7%) respondenti neví. Oproti tomu ve skupině B většina tj. 26 (87%) respondentů předpokládá hospitalizaci 1 den; 2 dny předpokládají 4 (13%) dotázaní a zbylé dvě možnosti neoznačil nikdo.

Graf 16 Pohled na delší dobu hospitalizace



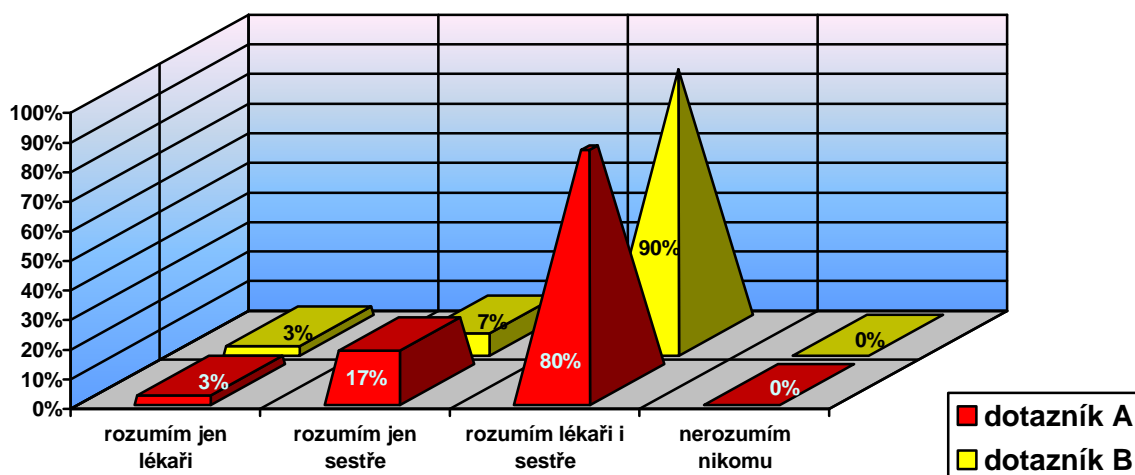
Delší doba hospitalizace je ve skupině A pro 1 (3%) klienta příjemná; pro 25 (84%) nepříjemná; 3 (10%) ji pokládají za zoufalou a 1 (3%) je to jedno. Ve skupině B není delší doba příjemná nikomu; 23 (77%) ji pokládá za nepříjemnou; 7 (23%) respondentů za zoufalou a k poslední možnosti se nikdo nepřihlásil.

Graf 17 Seznámení s postupem operace při příjmu



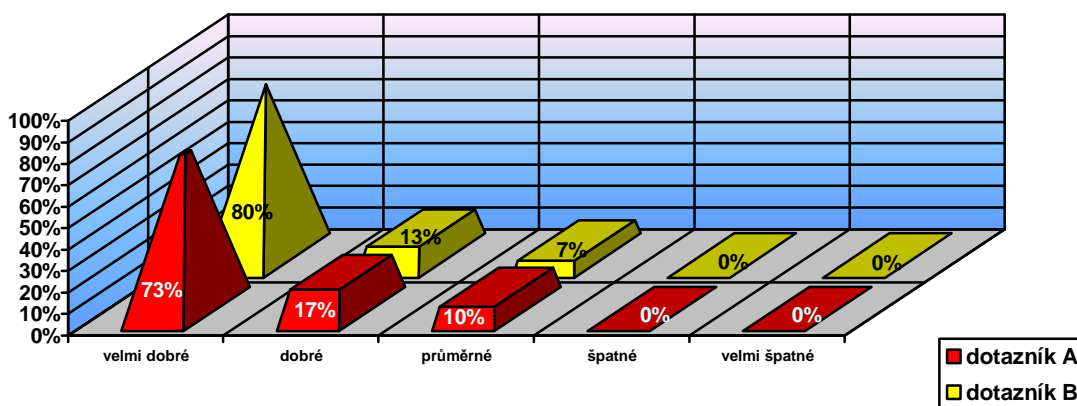
Seznámení s postupem operace při příjmu ve skupině A bylo 23 (77%) dotázaných; 4 (13%) nebyli a 3 (10%) si nepamatují. Ve skupině B, jak ukazuje graf bylo s postupem seznámeno všech 30 (100%) dotázaných.

Graf 18 Schopnost rozumět zdravotníkům



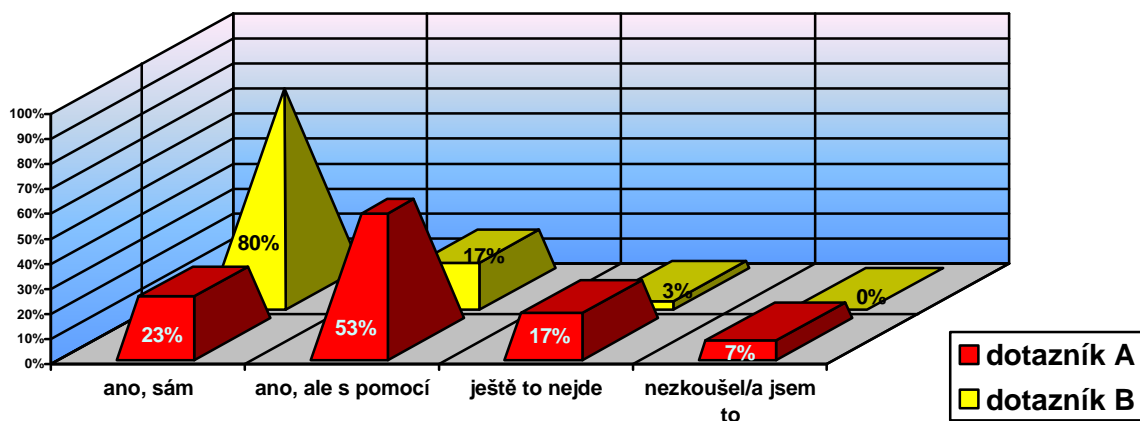
Z celkového počtu 30 respondentů ve skupině A rozumí 1 (3%) jen lékaři; 5 (17%) rozumí jen sestře a 24 (80%) rozumí lékaři i sestře. Ve skupině B je 1 (3%) respondent, který rozumí jen lékaři; 2 (7%) rozumí jen sestře a 27 (90%) si myslí, že rozumí lékaři i sestře; ani v jedné skupině se nenašel klient, který by nerozuměl nikomu.

Graf 19 Hodnocení sdělených informací



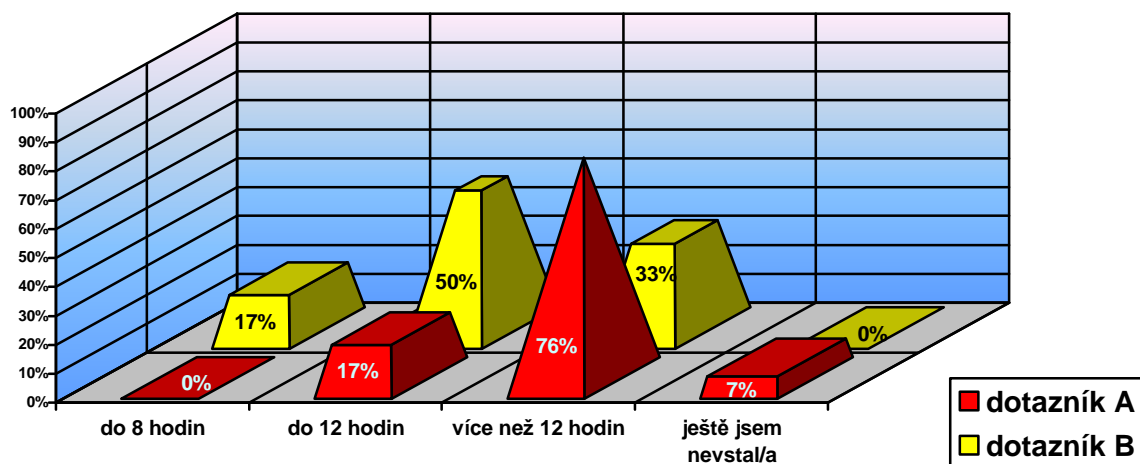
Sdělené informace klienti ve skupině A hodnotí v počtu 22 (73%) jako velmi dobré; 5 (17%) jako dobré a 3 (10%) hodnotí jako průměrné. Ve skupině B hodnotí 24 (80%) klientů poskytnuté informace jako velmi dobré; 4 (13%) jako dobré a 2 (7%) klienti jako průměrné. Jako špatné a velmi špatné informace nehodnotí žádný respondent z obou skupin.

Graf 20 Možnost vstát z lůžka



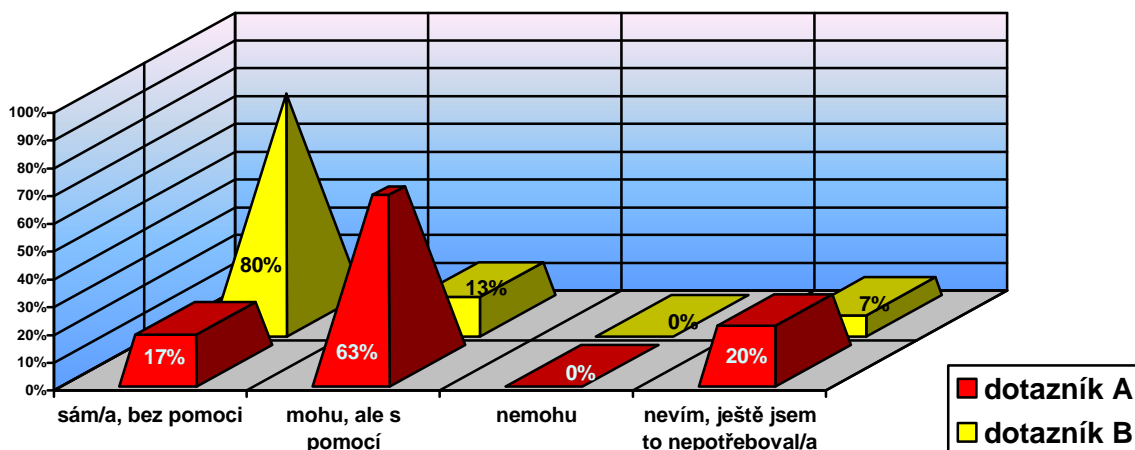
7 (23%) respondentů ze skupiny A mohou vstát sami z lůžka; 16 (53%) s pomocí; 5 (17%) dotázaným to ještě nejde a 2 (7%) to ještě nezkoušelo. Ve skupině B může samo vstát z lůžka 24 (80%) dotázaných; 5 (17%) s pomocí a 1 (3%) respondentovi to ještě nejde; poslední možnost neoznačil nikdo z této skupiny.

Graf 21 Doba za jakou klient po operaci jste vstal



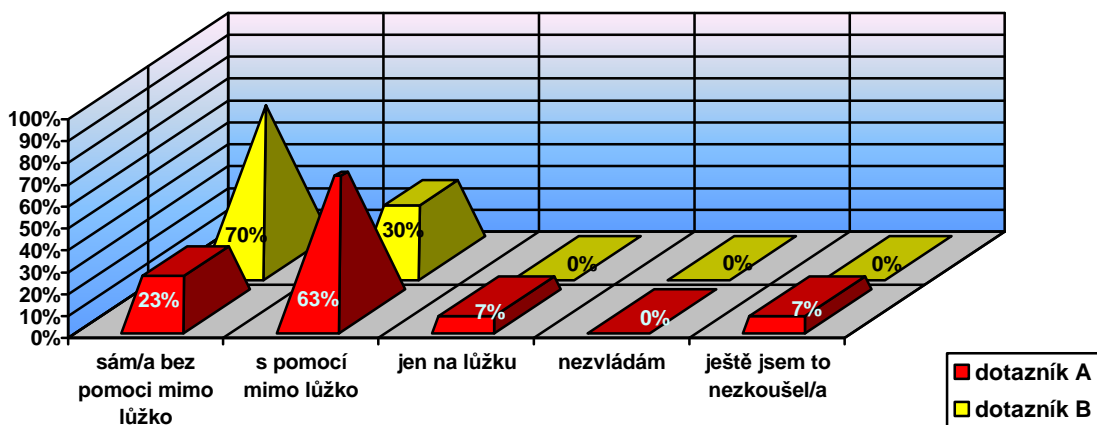
Ve skupině A nebyl ani jeden z dotázaných, který by vstal do 8 hodin po operaci; do 12 hodin vstalo 5 (17%); 23 (76%) vstalo po více než 12 hodinách a 2 (7%) ještě nevstali. Z druhé skupiny B vstalo do 8 hodin 5 (17%) respondentů; 15 (50%) vstalo do 12 hodin; 10 (33%) vstalo více než po 12 hodinách a na poslední možnost nikdo nereagoval.

Graf 22 Možnost si dojít na toaletu



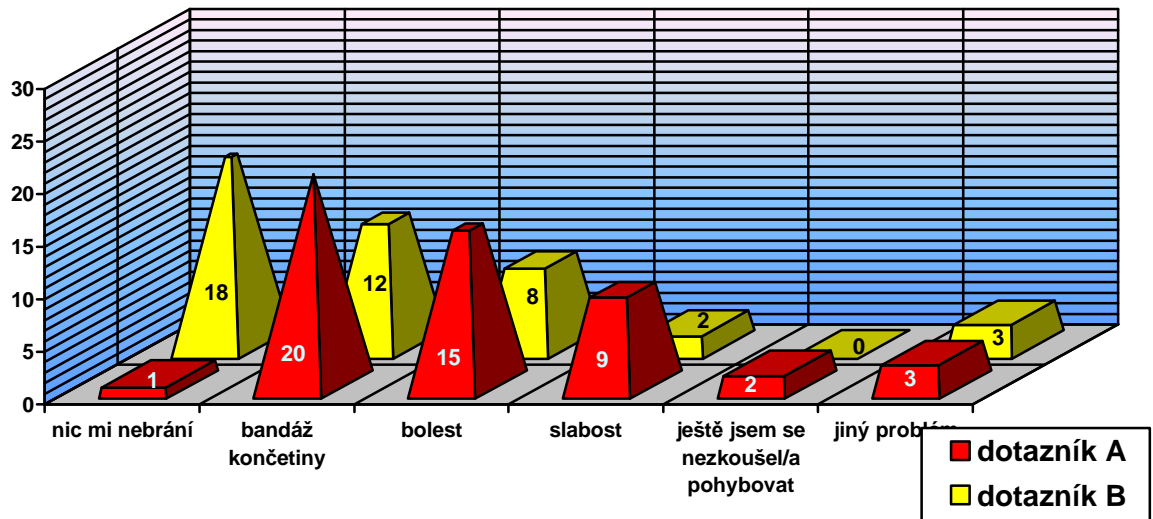
Na toaletu si ve skupině A může dojít bez pomoci 5 (17%) dotázaných; s pomocí 19 (63%) a 6 (20%) to ještě nepotřebovalo. Ve skupině B na toaletu může bez pomoci 24 (80%) dotázaných; 4 (13%) mohou s pomocí a toaletu nepotřebovali 2 (7%) klienti. Ani v jedné skupině není nikdo, kdo by nemohl na toaletu.

Graf 23 Zvládání osobní hygieny



Osobní hygienu ve skupině A zvládá bez pomoci mimo lůžko 7 (23%) dotázaných; 19 (63%) s pomocí mimo lůžko; 2 (7%) jen na lůžku; žádný, který by nezvládal a 2 (7%) to ještě nezkoušeli. Ve skupině B zvládá bez pomoci hygienu 21 (70%) klientů; 9 (30%) respondentů ji zvládá mimo lůžko s pomocí a k dalším možnostem se nikdo nevyjádřil.

Graf 24 Největší překážka v pohybu

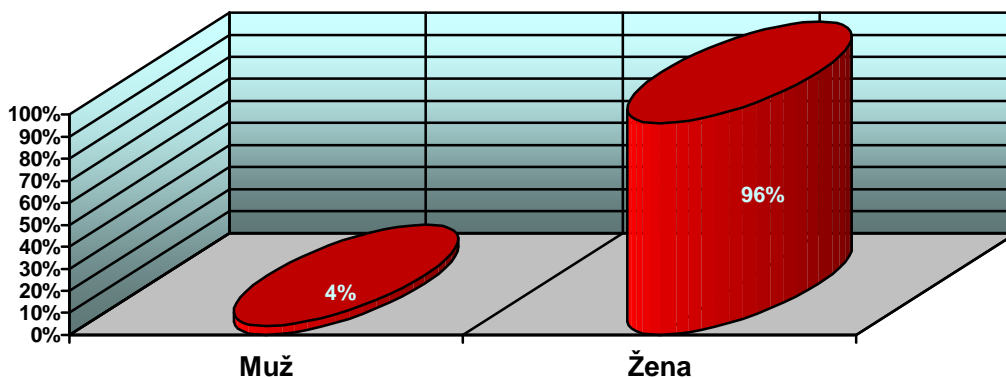


Ve skupině A nic nebrání v pohybu 1 klientovi; 20 respondentů udává jako největší překážku v pohybu bandáž končetiny; 15 bolest; 9 si stěžuje na slabost; 2 se ještě nezkoušeli pohybovat a 3 označilo jiný problém. Ve skupině B v pohybu nic nebrání 18 dotázaným; pro 12 je překážkou v pohybu bandáž končetiny; 8 si stěžuje na bolest; 2 na slabost; v této skupině není nikdo, kdo se ještě nezkoušel pohybovat a 3 %) klienti udávají jiný problém.

5.2. Výsledky dotazníku C

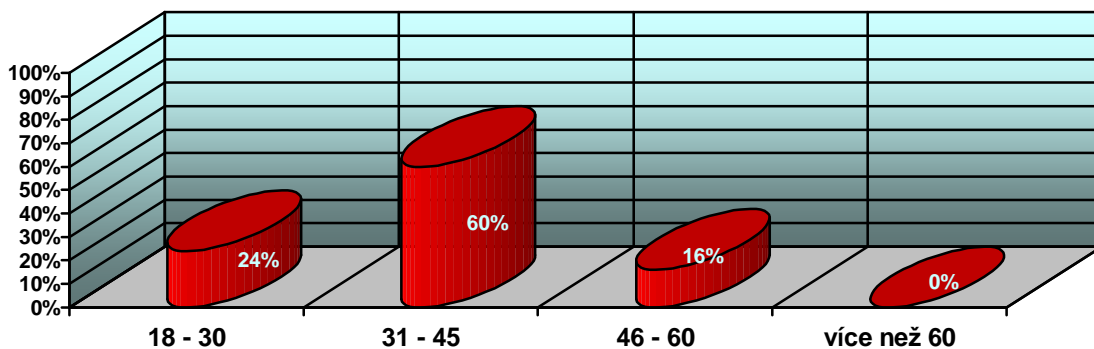
(Soubor C tvoří sestry chirurgického oddělení)

Graf 25 Pohlaví



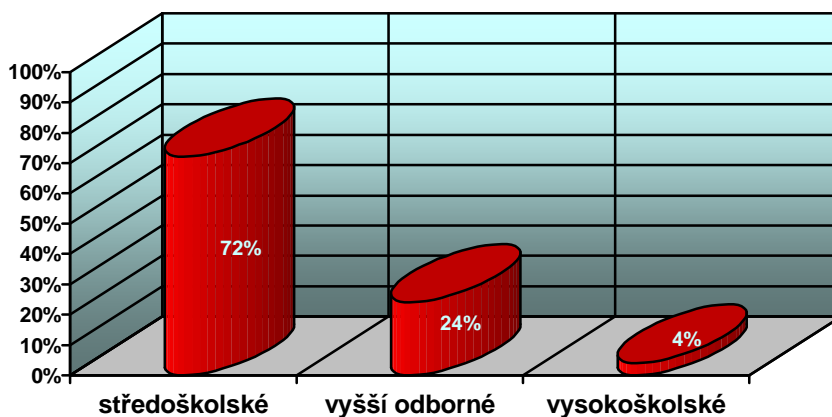
Z celkového počtu 25 respondentů bylo 24 (96%) pohlaví ženského, mužské pohlaví mezi respondenty bylo zastoupeno v počtu 1 (4%).

Graf 26 Věk



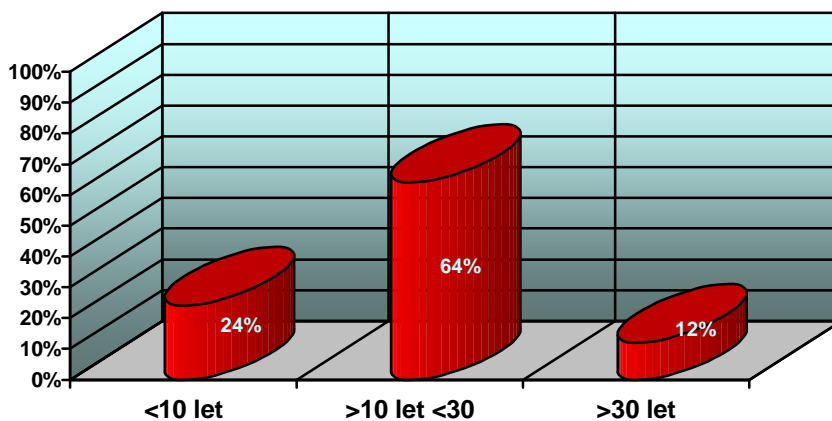
V otázce věku byla nejvíce zastoupena věková kategorie 31 – 45 let s 15 ti (60%) respondenty, následovala kategorie 18 – 30 let zastoupena se 6 ti (24%) respondenty a kategorie 46 – 60 let zastoupena se 4 (16%) respondenty, kategorie 60 a více let nebyla zastoupena vůbec.

Graf 27 Nejvyšší dosažené vzdělání



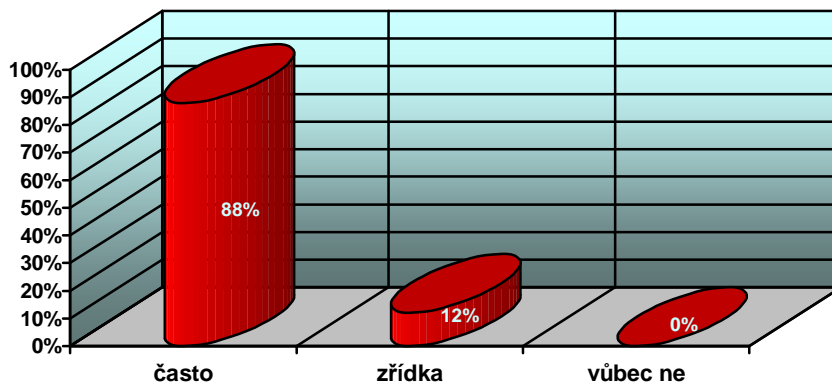
Z 25 respondentů bylo nejvíce zastoupeno středoškolské vzdělání s 18 (72%), následně vyšší odborné se 6 (24%) a vysokoškolské s 1 (4%) zástupcem.

Graf 28 Praxe ve zdravotnictví



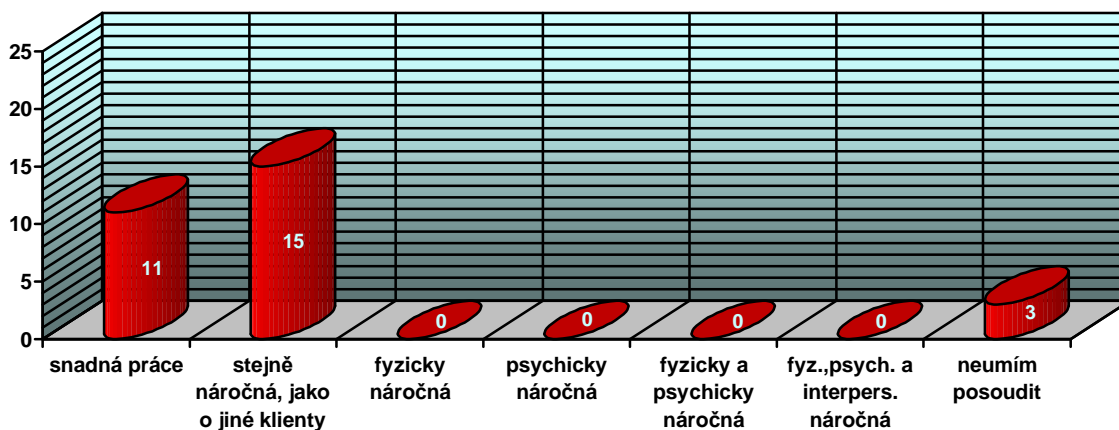
Ze všech respondentů pracuje ve zdravotnictví 6 (24%) méně než 10 let; 16 (64%) více než 10let, ale méně než 30 let; a více než 30 let pracují ve zdravotnictví 3 (12%) z odpovídajících.

Graf 29 Četnost setkání s klienty po operaci žilních varixů



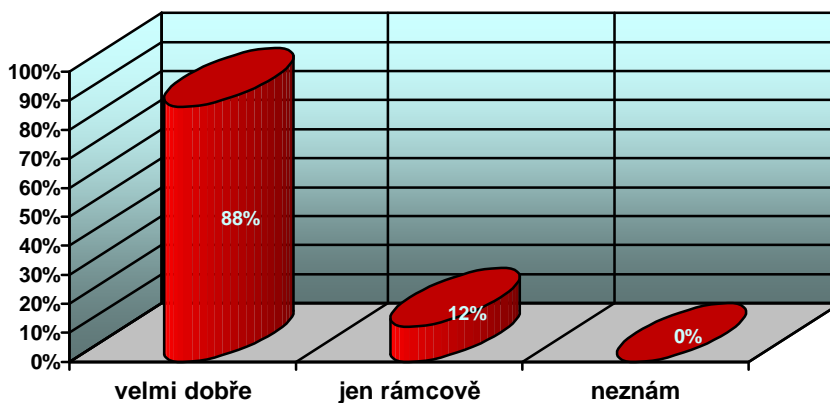
22 (88%) sester z celkového počtu 25 respondentů potvrdilo, že se setkávají s klienty po operaci žilních varixů často; 3 (12%) zřídka a odpověď vůbec ne nepotvrdil nikdo.

Graf 30 Náročnost péče o klienta po operaci žilních varixů



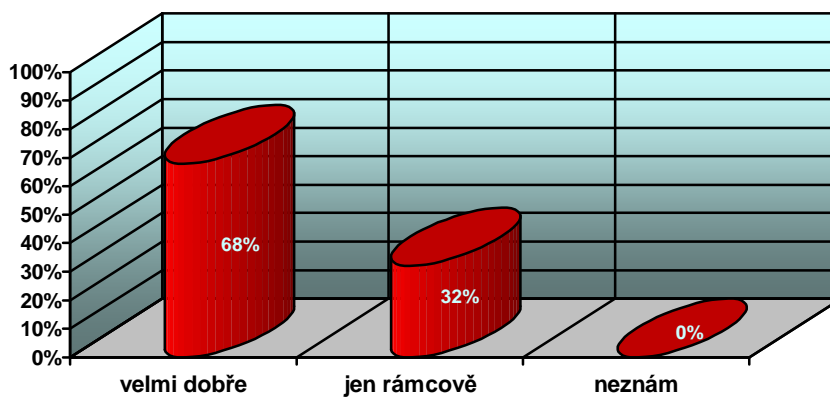
Z celkového počtu respondentů se 11 domnívá, že péče o klienta po operaci varixů je snadná práce; 15 že je stejně náročná jako o jiné klienty a 3 neumí posoudit; na ostatní otázky nikdo neodpověděl.

Graf 31 Znalost principu operace žilních varixů



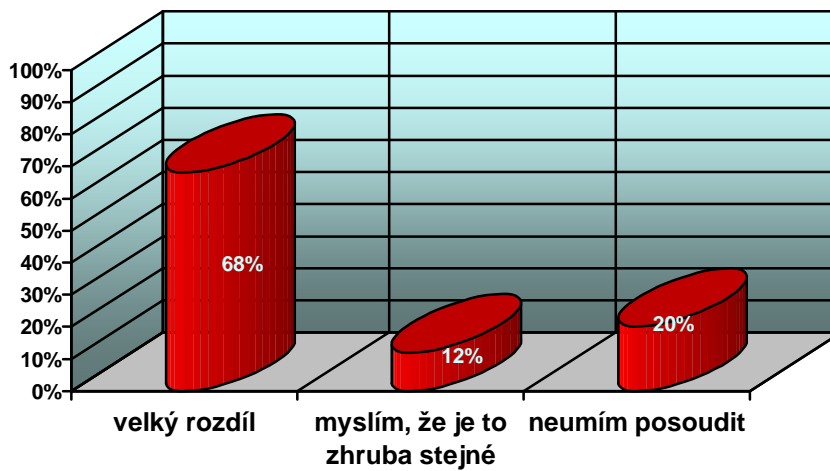
Z odpovědí vyplývá, že princip operace zná velmi dobře 22 (88%) dotazovaných; 3 (12%) jen rámcově a odpověď neznám nikdo neoznačil.

Graf 32 Znalost principu radiofrekvenční ablace



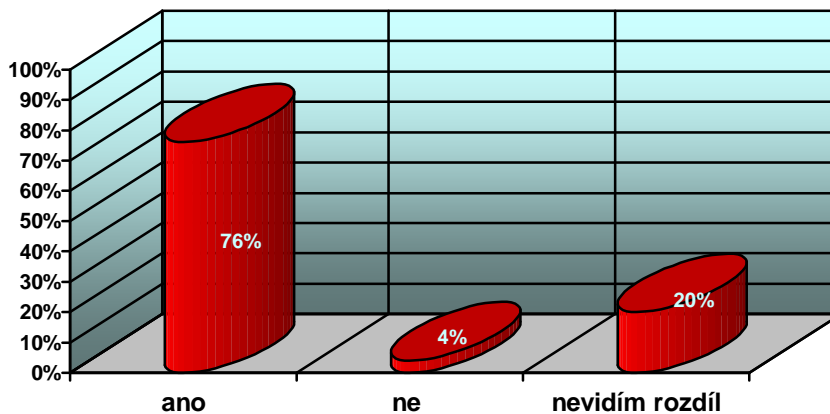
Princip radiofrekvenční ablace, dle odpovědí zná 17 (68%) respondentů velmi dobře; 8 (32%) respondentů jen rámcově a žádný z dotazovaných nevedl, že nezná.

Graf 33 Rozdíl v časném vstávání z lůžka u radiofrekvenční metody oproti klasické



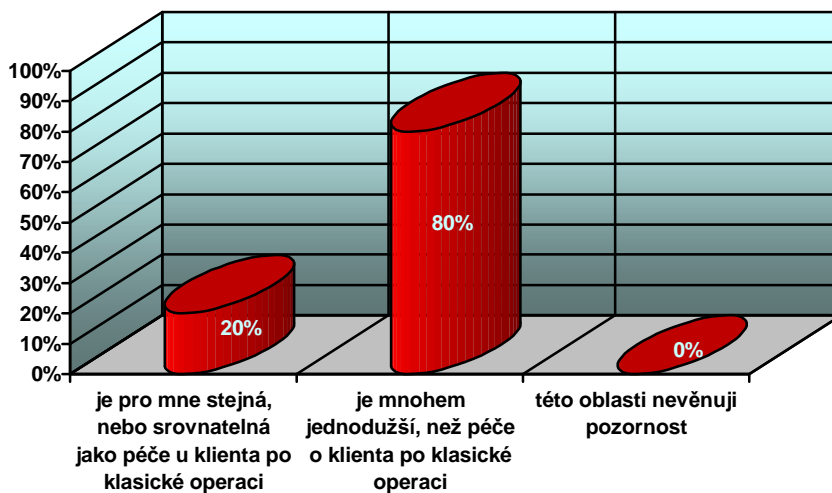
Ze všech dotázaných sester se 17 (68%) domnívá, že je velký rozdíl v časném vstávání z lůžka; 3 (12%) si myslí, že je to zhruba stejné a 5 (20%) sester neumí posoudit.

Graf 34 Rozdíl v péči o klienta po operaci radiofrekvenční ablaci a po klasické operaci varixů



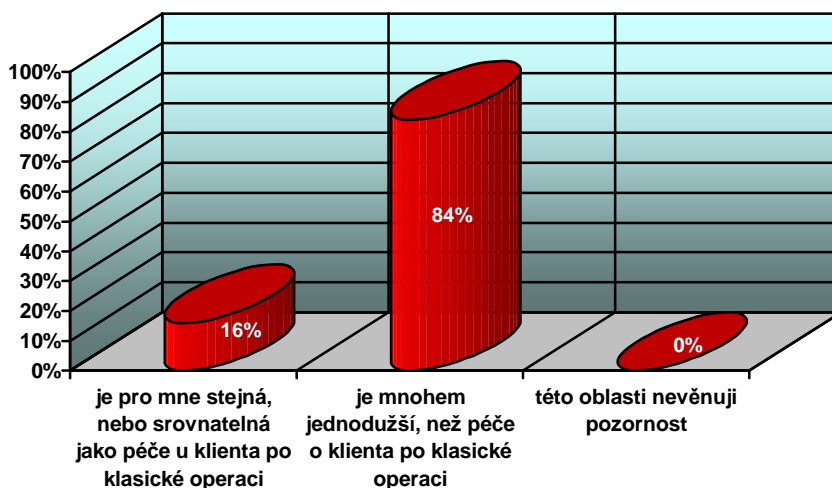
Na tuto otázku odpovědělo 19 (76%) respondentů ano; 1 (4%) respondent ne a 5 (20%) nevidí rozdíl.

Graf 35 Oblast oš. péče o hygienu klienta po radiofrekvenční ablaci



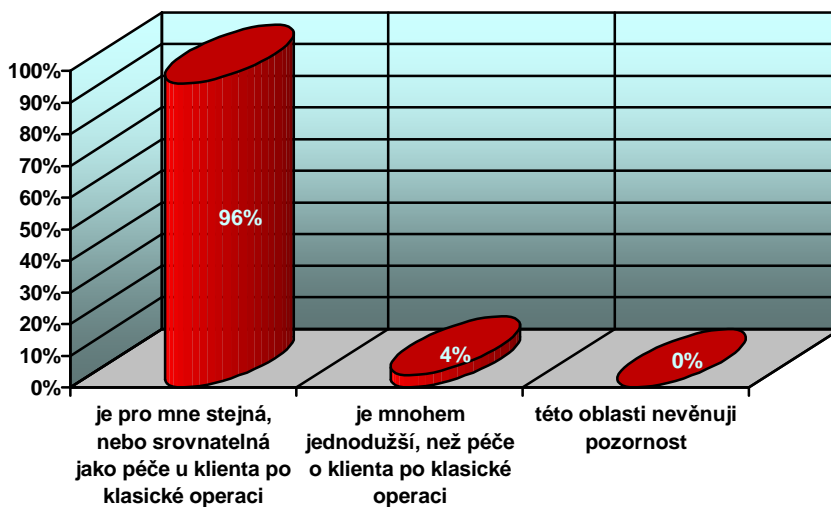
Z celkového počtu dotázaných 5 (20%) uvádí, že je péče o hygienu stejná, nebo srovnatelná jako u klasické operace; pro 20 (80%) je mnohem jednodušší a ani jeden respondent neodpověděl, že se této oblasti nevěnuje.

Graf 36 Oblast oš. péče o vyprazdňování klienta po radiofrekvenční ablaci



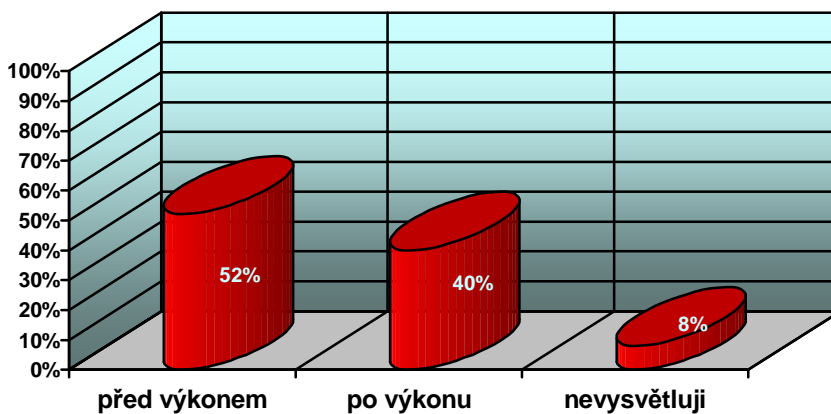
Pro 4 (16%) dotázané je péče o vyprazdňování stejná, nebo srovnatelná jako po klasické operaci; pro 21 (84%) je mnohem jednodušší; nenašel se žádný respondent, který této oblasti nevěnuje pozornost.

Graf 37 Oblast oš. péče o výživu klienta po radiofrekvenční ablaci



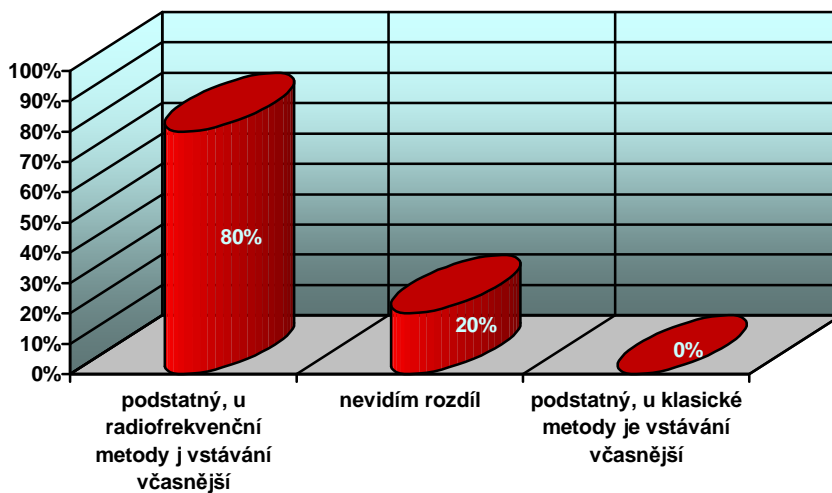
V oblasti péče o výživu se 24 (96%) sester domnívá, že je stejná, nebo srovnatelná jako u klasické operace; 1 (4%) respondent si myslí, že je mnohem jednodušší; že se této oblasti nevěnuje, neodpověděl nikdo.

Graf 38 Vysvětlení nutnosti bandážování končetin



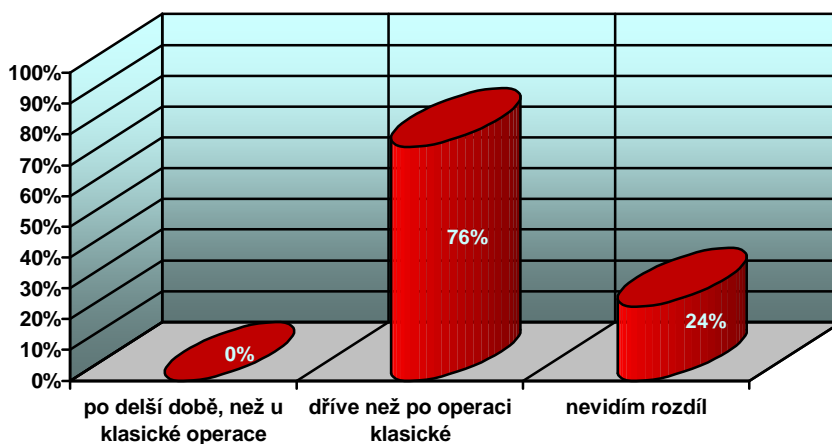
Ze všech dotázaných vysvětluje nutnost bandážování končetin 13 (52%) sester před výkonem; 10 (40%) sester po výkonu a 2 (8%) nevysvětlují.

Graf 39 Rozdíl mezi včasným vstáváním po radiofrekvenční ablací a po klasické operaci



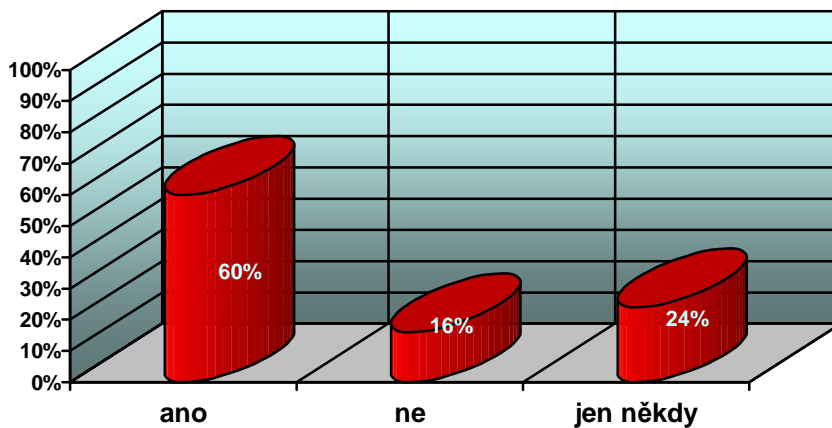
Rozdíl mezi včasným vstáváním vidí 20 (80%) podstatný a domnívá se, že u radiofrekvenční metody je včasnější; 5 (20%) nevidí rozdíl; že je u klasické metody vstávání včasnější si nemyslí žádný respondent.

Graf 40 Soběstačnost klienta po výkonu radiofrekvenční ablace



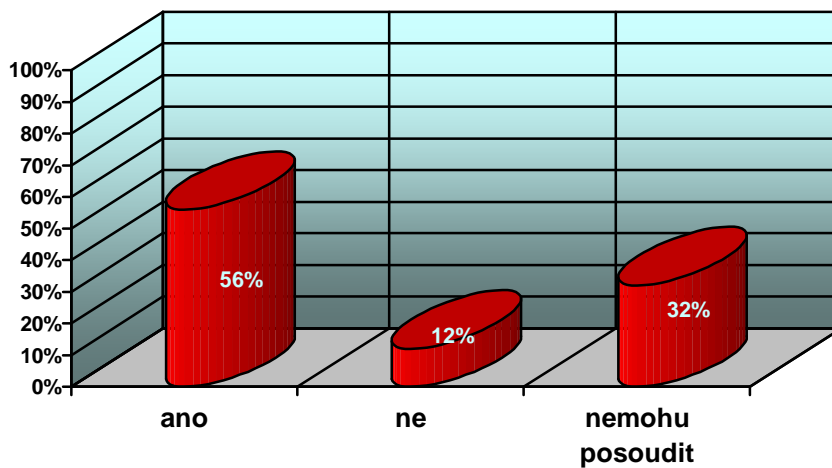
Z celkového počtu dotázaných se 19 (76%) domnívá, že je klient soběstačný dříve než po klasické operaci; 6 (24%) nevidí rozdíl a nikdo si nemyslí, že po delší době než u klasické operaci.

Graf 41 Zájem rodiny o edukaci



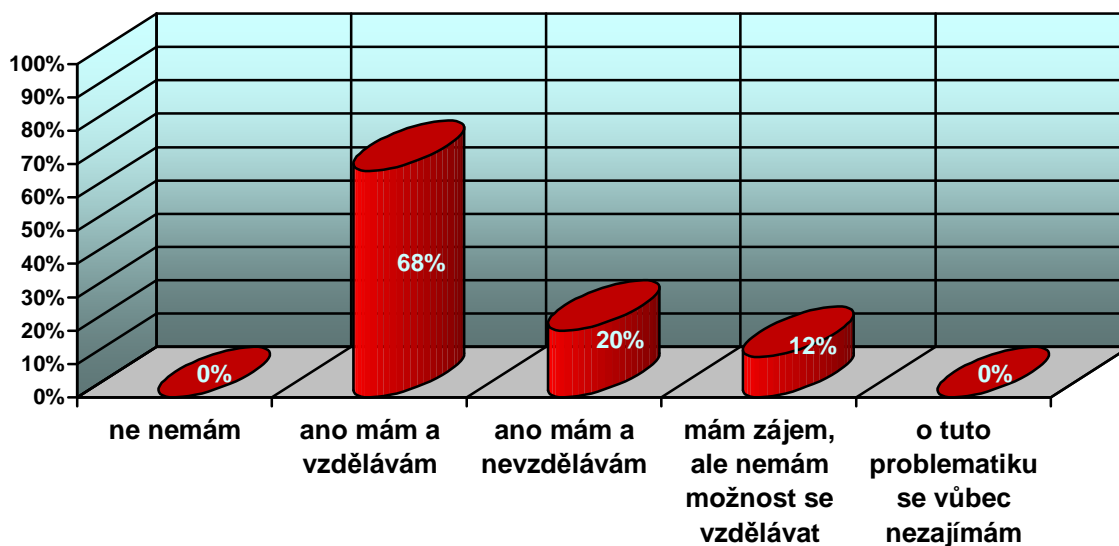
Ze všech 25 dotázaných 15 (60%) uvádí, že má rodina zájem o edukaci; podle 4 (16%) nemá a 6 (24%) si myslí, že jen někdy.

Graf 42 Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o klienty po operaci žilních varixů



Dostatečné zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o klienty po operaci varixů má 14 (56%) sester; 3 (12%) si myslí, že nemá a 8 (8%) nemůže posoudit.

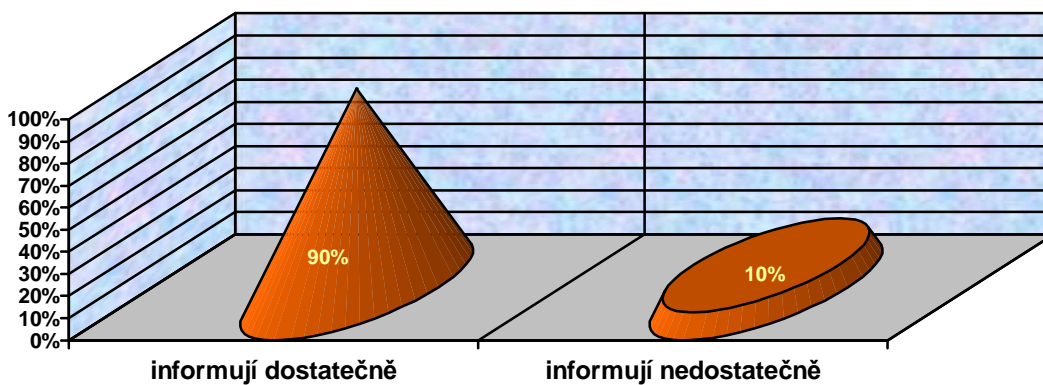
Graf 43 Možnost dalšího vzdělávání v problematice žilních varixů



V oblasti dalšího vzdělávání se většina dotázaných tj. 17 (68%) má možnost vzdělávat a vzdělává se; 5 (20%) respondentů se má možnost vzdělávat, ale nevzdělává; 3 (12%) mají zájem, ale nemá možnost se vzdělávat; a žádný respondent neuvádí, že by neměl možnost se vzdělávat, nebo že by se o tuto problematiku nezajímal.

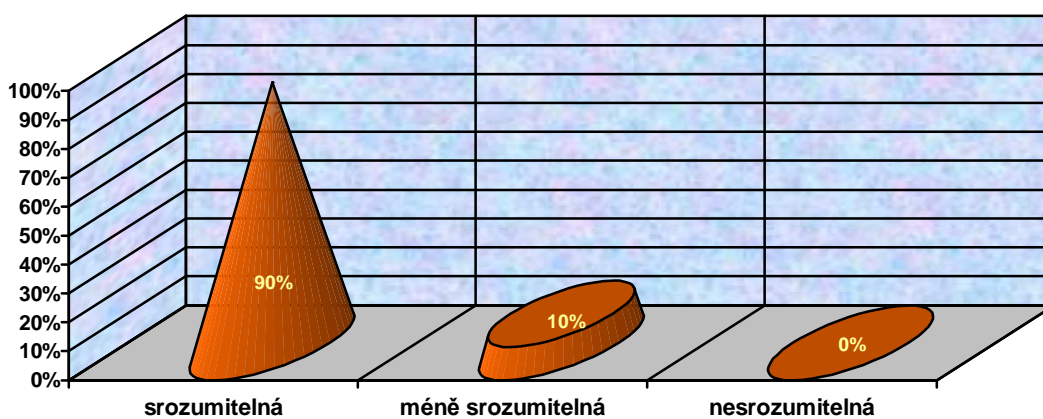
5.3. Výsledky pozorování

Graf 44 Informování klientů o péči o končetinu



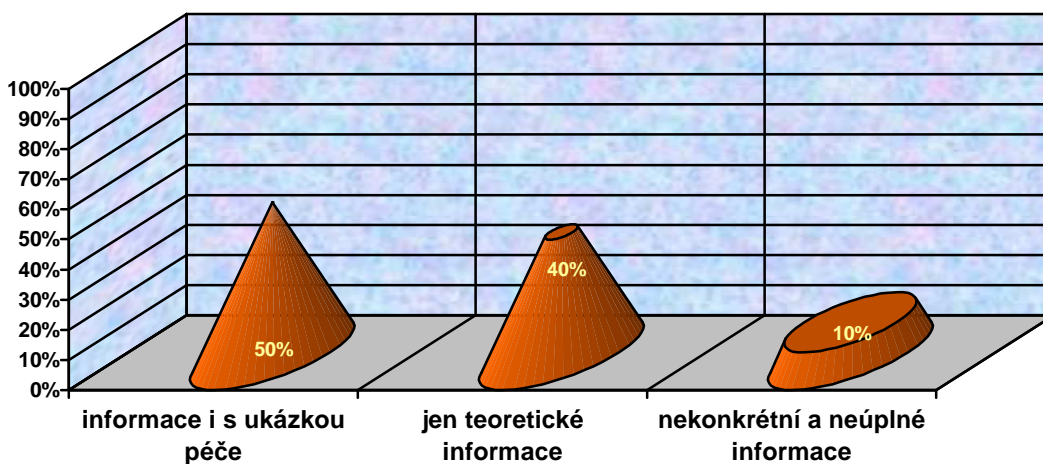
Během pozorování jsem zjistila, že z celkového počtu sledovaných sester 9 (90%) informují klienty dostatečně. 1 sestra (10%) informovala nedostatečně.

Graf 45 Forma podávání informací



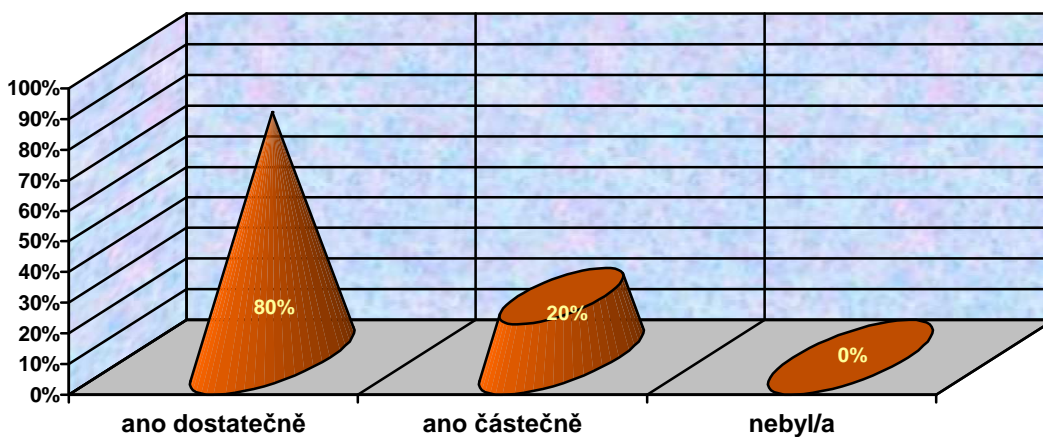
Vy pozorovala jsem, že 9 (90%) sester podává informace srozumitelně; 1 (10%) méně srozumitelně a žádná nesrozumitelně.

Graf 46 Podávání konkrétních informací



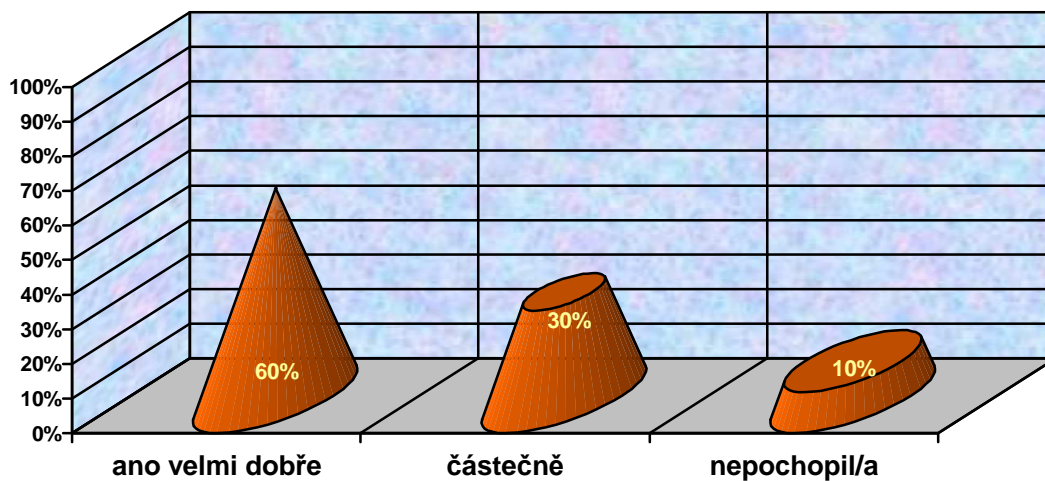
Z celkového počtu pozorovaných sester poskytlo 5 (50%) sester při podání informace i názornou ukázkou; 4 (40%) podaly jen teoretické informace a 1 (10%) podala informace nekonkrétní a neúplné.

Graf 47 Seznámení s péčí o končetinu



Z celkového počtu 10 klientů odpovědělo 8 (80%) na moji otázku, že byli dostatečně seznámeni s péčí o končetinu; pro 2 (20%) klienty byla informace jen částečná a nikdo neodpověděl, že poučen nebyl.

Graf 48 Pochopení informací týkajících se péče o končetinu



Na moji kontrolní otázku zda klienti pochopili podané informace odpovědělo 6 (60%), že velmi dobře; 3 (30%) se domnívá, že informaci rozumí částečně a 1 (10%) klient mi sdělil, že nepochopil.

6. Diskuze

V diskuzi hodnotím výsledky mého výzkumu. Pro mou výzkumnou práci jsem si vytvořila dva výzkumné vzorky. První vzorek tvořili klienti, které jsem rozdělila na dvě skupiny a to na klienty po klasické operaci varixů (skupina A) a na klienty po operaci radiofrekvenční ablaci (skupina B). Druhý vzorek byl tvořen ze zdravotnických pracovníků (skupina C) tří chirurgických oddělení příbramské nemocnice, kde byli všichni klienti operováni. Vlastní sběr dat pro výzkum byl pomocí dotazníků, přičemž u druhého výzkumného vzorku byl obohacen o přímé pozorování s následnou zpětnou kontrolou.

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zjistit, jaká je pooperační soběstačnost klienta po klasické operaci varixů, dále soběstačnost klienta po radiofrekvenční ablaci a zmapování edukační schopnosti sestry v pooperačním režimu u pacienta po operaci varixů.

V první části diskuze mé bakalářské práce se zaměřuji na první část výsledků dotazníkového šetření skupin A a B. Z výsledků vyplývá, že z celkového počtu 30 respondentů ve skupině A převažuje počet žen 70%, přičemž mužů je 30%. Ve skupině B je ze stejného počtu 30 zastoupeno 60 % žen a 40% mužů. To znamená, že se potvrzují informace z odborné literatury, o kterých se zmiňuje např. J.Herman, že žilními varixy trpí častěji ženy než muži. Při porovnání věku respondentů skupin A a B byla zjištěna zajímavá skutečnost, že zatímco ve skupině A je nejvíce klientů ve věku 41-60 v počtu 63%, je ve skupině B nejpočetněji zastoupena věková kategorie 20-40 s 57%. Ve skupině A jsou se 7% zastoupeni klienti ve věku 61-80, kdežto ve skupině B nebyl jediný respondent starší než 61 let. Z tohoto výsledku se lze domnívat, že radiofrekvenční ablaci preferují spíše mladší klienti.

Otázka kuřáctví přinesla další zajímavé zjištění, že kuřáků bylo ve skupině A 40% a nekuřáků 60% a ve skupině B je kuřáků méně (30%), než nekuřáků. Vycházíme-li z předpokladu, že všichni respondenti na tuto otázku odpověděli pravdivě, pak se nepotvrdilo, že žilními varixy trpí více kuřáci. J. Křivohlavý v knize „Psychologie zdraví“ velmi zajímavě popisuje prevenci kouření, která je v dnešní době pro mladé lidi velice důležitá.

Šetřením jsem dále zjistila, že ve skupině A pracuje převážně vsedě 20% respondentů, nejvíce 60% převážně vstoje dále 7% pracují střídavě vsedě a vstoje a 13% klientů je v důchodu, nebo nepracují. Ve skupině B pracuje převážně vsedě 33% dotazovaných; převážně vstoje 53% respondentů; střídavě vsedě a vstoje pracují 14% klientů a k poslední skupině se nehlásí žádný respondent. Z těchto výsledků lze konstatovat, že většina respondentů pracuje převážně vstoje, což, odpovídá teorii, že dlouhodobá vertikalizace může být jedním z faktorů způsobujících vznik žilních varixů.

Další výsledek mého výzkumu patrně souvisí s věkem klientů, a to, že obecně vzato s přibývajícím věkem jsou lidé častěji nemocní a proto i častěji hospitalizováni. Z mého šetření vyplývá, že ve skupině A bylo opakovaně hospitalizováno 93% klientů a ve skupině B 67% respondentů.

V další části sběru dat jsem se zaměřila na soběstačnost klientů před operací. Tato informace je pro výzkum velmi důležitá, zejména z důvodu objektivního srovnání soběstačnosti před a po operaci. V otázce soběstačnosti v denních aktivitách před operací lze z výsledků vyčíst, že zvládání denních aktivit nedělalo žádné problémy drtivě většině dotázaných, jak ve skupině A (87%), tak ve skupině B (93%). Stejný závěr se týká otázky osobní hygieny, kde opět téměř všichni klienti ve skupině A (90%) i ve skupině B (93%) tuto činnost zvládalo bez problémů.

Dalším zajímavým aspektem byl důvod k operaci varixů. Jak jsem předpokládala, nejsilnější motivací pro odstranění varixů byly estetické důvody, jak ukázal výsledek polootevřené otázky, kde se k této možnosti přihlásilo 80% klientů ze skupiny A i B. Na druhé straně se ukázaly být také podstatným motivem zdravotní důvody, ke kterým se ve skupině A hlásí 53 % a ve skupině B 67 %.

V následující části diskuse uvedu výsledky, které se vztahovaly k rozhodnutí klientů pro tu, či onu metodu operace. Jako první mne zajímalo, do jaké míry jsou klienti informováni o různých možnostech odstranění varixů. Ve skupině A vědělo o možnosti radiofrekvenční ablaci 97% klientů. Dle mého předpokladu ve skupině B vědělo o jiných možnostech 100% dotázaných. V další otázce jsem se zaměřila na důvody, které přesvědčily klienty o výběru metody, pro kterou se rozhodli. Nebylo těžké odhadnout, že ve skupině A byly nejsilnější motivací finanční důvody 97%. Můj

předpoklad v tomto směru pramenil z toho, že za výkon radiofrekvenční ablací musí klient zaplatit, neboť tento výkon není hrazen pojišťovnou. Stejně tak se dalo předpokládat, že ve skupině B byla hlavním důvodem kratší doba hospitalizace 93%. Shodný výsledek přinesla i otázka výhody jednotlivé metody, kdy ve skupině A vidělo 90% klientů výhodu opět ve finanční stránce, zatímco ve skupině B největší výhodou byla šetrnost metody zastoupena 80% respondentů. Svoji důležitost měla i následující otázka, prostřednictvím které jsem se pokusila zjistit, jak dlouho předpokládají klienti obou skupin, že budou hospitalizováni. Tato otázka se nepřímo vztahovala ke třetí hypotéze. Z výsledků, kdy ve skupině A předpokládá více než 2 dny 86% a ve skupině B 1 den 87% klientů, je zřejmé, že respondenti obou skupin byli v tomto směru informováni, čemuž odpovídá i výsledek otázky č. 14, kde většina klientů odpověděla, že byli seznámeni s postupem operace, a to v obou skupinách.

Pro většinu lidí je hospitalizace z nějakého důvodu nepříjemná, což se potvrdilo i v následujícím dotazu, kdy pro 84% klientů skupiny A a 77% klientů skupiny B delší doba hospitalizace není příjemná. Byla jsem potěšena výsledkem otázky zda a komu klienti rozumí při podávání informací. Ukázalo se, že ve skupině A 80% dotázaných rozumí lékaři i sestře a ve skupině B to bylo 90 % respondentů. Zároveň bylo příjemným zjištěním, že převážná většina klientů hodnotí sdělené informace jako velmi dobré. I tyto výsledky se nepřímo týkají hypotézy č. 3.

Následující soubor otázek se vztahuje přímo k hypotézám č. 1 a č. 2. Hlavním úkolem této práce bylo zjistit míru soběstačnosti klientů jak po klasické operaci, tak po operaci radiofrekvenční ablací. Jako základní bod pro posouzení soběstačnosti klienta jsem si stanovila otázku, zda je vůbec klient schopen vstát z lůžka, případně za jakých podmínek. Ukázalo se, že ve skupině A je zhruba polovina klientů (53%) odkázána na pomoc, zatímco ve skupině B většina, tedy 80% vstane bez pomoci. Stejně důležitá pro posouzení je i doba, po jaké byli klienti schopni vstát. Vyhodnocením výsledků zjišťuji, že ve skupině A nebyl ani jeden z dotázaných, který by vstal do 8 hodin po operaci. Tento fakt svědčí o tom, že základní úroveň soběstačnosti ve skupině A nedosahuje úrovně skupiny B.

Jednou ze základních fyziologických potřeb člověka je potřeba vyprazdňování, jak popisuje ve své literatuře např. Trachtová. Je to také potřeba nesoucí jisté psychoemocionální zatížení, zejména v případě, kdy je osoba upoutána na lůžko a odkázána na pomoc druhých, přičemž je narušena intimita nemocného. Proto mne v mém výzkumu zajímala také tato závažná otázka, zda jsou dotázaní schopni si sami dojít na toaletu. Z výsledků odpovědí je zřejmé, že ve skupině A tuto činnost zvládá bez pomoci jen 17% dotázaných, zatímco ve druhé skupině je to valná většina (80%) respondentů. Většina dotázaných ve skupině B je také plně soběstačná v otázce osobní hygieny, kterou zvládá bez pomoci druhých 70% klientů. Avšak na straně druhé ve skupině A tuto činnost zvládla opět menšina s 23 % zastoupením.

Ve výzkumu není důležité zjistit jen negativa a pozitiva, ale zejména příčiny, které je způsobují. Proto jsem uzavřela tuto první část výzkumu otázkou týkající se podstaty problému, pro který je omezena pohyblivost klientů. Analýzou odpovědí jsem získala zajímavý výsledek a sice, že ve skupině A 67% respondentů udává jako největší překážku v pohybu bandáž končetiny a 50% bolest. Na druhé straně ve skupině B většině 60% nic v pohybu nebrání.

Shrneme-li tyto výsledky a porovnáme-li výsledky soběstačnosti respondentů obou skupin, dospějeme k závěru, že klienti ve skupině A nejsou soběstační v oblasti hygieny 1. pooperační den, protože jejich samostatnost dle grafů nepřekračuje ani 50% hranici. *To znamená, že moje hypotéza č.1 se potvrdila. Na straně druhé klienti zařazení do skupiny B jak ukázal tento výzkum, jsou 1 pooperační den soběstační nejen v oblasti osobní hygieny, ale i v jiných denních aktivitách, což znamená, že se potvrdila i hypotéza č.2.*

Další část této diskuze a mého výzkumu se budu věnovat druhému výzkumnému vzorku (C) a tím je zdravotnický personál, respektive jeho edukační schopnosti a úroveň informování klientů.

Ve druhém výzkumném vzorku se naplnil můj předpoklad, že na lůžkových zařízeních pracují převážně zástupci ženského pohlaví. V tomto případě to bylo 96 % dotázaných. Ze zjištěných výsledků dále vyplývá, že na odděleních pracují převážně

sestry ve věku 31 – 45 let (60%). Co se týká vzdělání zdravotnických pracovníků, i nadále převažuje středoškolské vzdělání, což může být patrně ve vztahu k věkové kategorii. 64% tedy většina dotázaných sester pracuje ve zdravotnictví od 10 do 30 let. Tato informace je důležitá, protože se jedná o středně dlouhou dobu. Domnívám se, že během této doby sestry mají již značné zkušenosti, ale na druhé straně nejsou příliš profesionálně deformovány. Dalším důležitým pro tento výzkum a dle výsledku pozitivním zjištěním, byl většinový počet těch, kteří se často setkávají s pacienty po operaci žilních varixů, kterých bylo 88%. Většina sester považuje péči o klienta po operaci varixů jako snadnou, nebo stejně náročnou jako o jiné klienty. Aby mohly sestry kvalitně edukovat klienty, je nutné, aby velmi dobře znaly princip operace. Tato skutečnost se v mém výzkumu potvrdila, když 88 % dotázaných odpovědělo, že zná princip operace velmi dobře. Další otázka se týkala úrovně znalosti radiofrekvenční metody. I z těchto odpovědí lze vyvodit pozitivní závěr, protože tuto metodu zná velmi dobře 68% dotázaných, což je opět většina. S naprosto stejným výsledkem jsem se setkala v otázce rozdílu včasného vstávání u klientů po radiofrekvenční ablaci oproti klasické operaci, kdy 68 % respondentů uvedlo, že je velký rozdíl v včasném vstávání u radiofrekvenční metody. Zajímavý výsledek přinesla otázka č.10, ve které se táží sester, zda je pro ně rozdíl v péči o klienta po radiofrekvenční ablaci oproti péči o klienta po klasické operaci. Na tuto otázku odpovědělo 76 % respondentů kladně. Oblast ošetrovatelské péče o hygienu klientů po operaci radifrekvenční metodou je pro většinu sester jednodušší, než péče po klasické operaci, jak vyplývá z dalších výsledků. Stejně tomu tak je i v oblasti péče o vyprazdňování klienta. Odlišný výsledek byl v otázce výživy klientů, kde pro většinu sester (96 %) není rozdílu mezi operačními metodami. Další otázka se přímo vztahovala ke třetí hypotéze. Týkala se edukace klienta o nutnosti bandážování končetiny po operaci. V podstatě není příliš velký rozdíl v tom, zda klient je o tomto poučen před výkonem, nebo po výkonu. Důležité je, aby tuto informaci dostal. Jak ukázaly výsledky šetření, zhruba polovina sester nutnost bandážování vysvětluje před výkonem a 40% po výkonu. Podstatné však je, že 92 % dotázaných sester klienty v tomto směru poučuje. Otázka č. 15 byla spíše doplňující k 9. otázce. Výsledek ukázal, že 80 % respondentů se domnívá, že klienti po radiofrekvenční ablaci

vstávají z lůžka mnohem dříve, než klienti po klasické operaci. Ke stejnému výsledku jsem se dobrala prostřednictvím otázky, zda je klient soběstačný dříve po operaci radiofrekvenční metodou, než po klasické operaci. Pozitivní výsledek přinesla otázka směřující na spolupráci rodiny o edukaci. Většina dotázaných sester se shoduje, že rodina o edukaci má zájem. Ne příliš pozitivní výsledky přinesla otázka týkající se zkušeností sester s ošetrovatelskou péčí o klienty po operaci žilních varixů. Kladně se vyjádřilo k mému překvapení jen 56 % dotázaných. Avšak pokud beru v úvahu, že 32 % nemůže posoudit, je možné se domnívat, že tato část dotázaných vybrala tuto odpověď i z důvodu určité skromnosti. V každém případě více než polovina respondentů se domnívá, že má v tomto směru dostatečné zkušenosti, což je pro účely výzkumu rozhodující. Poslední otázka dotazníku C přinesla určité uspokojení, zejména v tom, že sestry mají zájem o další vzdělávání v této problematice. Vyhodnocení této otázky ukázalo, že nadpoloviční většina, tedy přesněji 68 % respondentů, má zájem nejen o další vzdělávání, ale vzdělávání se i aktivně účastní.

Druhý výzkumný vzorek jsem doplnila o vlastní pozorování. Pozorování bylo cílené a pozorovala jsem proces edukace u sester (příloha 13). Jak jsem již uvedla v metodice, jsem staniční sestra na jednom ze tří chirurgických oddělení. Z mé pozice jsem měla možnost pozorovat a hodnotit edukační schopnosti sester a také zpětně ověřit účinnost sesterské edukace přímo u klientů. Domnívám se, že výsledky pozorování byly objektivní, neboť jako staniční sestra jsem velmi často přítomna při práci sester, a proto ani v tomto případě nebyla má přítomnost nezvyklá. To znamená, že pozorované sestry prováděly každodenní pracovní činnosti, aniž by věděly, že jsou pozorovány a hodnoceny. V této výzkumné části nebyly použity dotazníky. Zpětné ověření bylo provedeno přímým dotazováním klientů. Zajímalo mne zejména, zda sestry podávají klientům dostatečné informace týkající se péče o operovanou končetinu, stejně jako informace směřující k následné péči a prevenci. Výsledek, který jsem vypožorovala mne mile překvapil, neboť 90 % pozorovaných informovalo klienty dostatečně. Aby klient mohl správně pochopit, co mu ošetřující personál sděluje, je nutné, aby byly informace podávány srozumitelně. To byla další oblast, která mne zajímala. I v tomto případě jsem byla s výsledkem velmi spokojená, protože i zde jsem shledala, že forma

podávání informací je u 90% sester srozumitelná. V posledním bodu jsem se zaměřila na způsob podávání konkrétních informací. S výsledkem jsem nebyla příliš spokojená, protože pouze polovina sester podávala klientům informace i s ukázkou a 40 % podávalo pouze teoretické informace. Tento nedostatek se patrně také projevil při následné zpětné kontrole, kdy při dotazu jak klienti pochopili informace týkající se péče o končetinu odpovědělo 30 % dotázaných, že jen částečně (graf č. 48). Kontrolní otázkou zda byli klienti seznámeni s péčí o operovanou končetinu se potvrdil i můj výsledek pozorování, protože 80 % dotázaných klientů se domnívalo, že byli dostatečně informováni v tomto směru.

Shrnutím výsledků nepřímých otázek v dotaznících A a B, dále otázek v dotazníku C, ale hlavně i výsledků, které vyplynuly z mého přímého pozorování, nezbývá než konstatovat, že sestry dostatečně edukují a mají jako celek dobré edukační schopnosti, které i z větší části využívají. Pozorované sestry uměly využívat postupy komunikace s klienty, které popisují ve své literatuře např. Venglářová – Mahrová v knize „Komunikace pro zdravotní sestry“. *Takový výsledek jsem nepředpokládala, což jinými slovy znamená, že se má třetí hypotéza nepotvrdila*

7. Závěr

Ošetrovatelský výzkum je neodmyslitelnou součástí moderního ošetrovatelství, zejména pokud se týká nové léčebné metody. Z tohoto důvodu jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala právě novou chirurgickou metodu. Při zavádění nové terapeutické metody je provedena spousta výzkumných kroků a analýz, ale většinou jen z hlediska lékařského, kde jsou zkoumány hlavně klinické a fyziologické efekty na klienta. Avšak, zde by právě měl jít ruku v ruce s lékařským výzkumem i výzkum ošetrovatelský. Jedním z hlavních pilířů ošetrovatelství je uspokojování potřeb nemocného. Nebylo by možné saturovat potřeby nemocného, pokud bychom neznali negativní vlivy, překážky a jiné faktory ovlivňující potřeby nemocných. Proto zde má velkou roli právě výzkum, pomocí kterého můžeme odhalit tyto nedostatky, identifikovat je a následně zajistit nápravné kroky, případně využít pozitiva ku prospěchu klienta. V mém výzkumu jsem se přesvědčila, že i v tak úzkospektré řešerši lze odhalit zajímavé a někdy i překvapivé výsledky.

Prvním cílem mé výzkumné práce bylo sledování pooperační soběstačnosti klienta po klasické operaci varixů. Jako druhý cíl jsem si stanovila sledování pooperační soběstačnosti klienta po operaci radifrekvenční ablaci. Tyto cíle byly splněny. Prostřednictvím kvantitativního šetření pomocí dotazníkové metody jsem dospěla k závěru, že nová metoda radiofrekvenční ablace má pozitivní vliv na soběstačnost klientů. Dalším přínosem je rychlá aptibilita a zařazení do normálního běžného života oproti klasické operaci žilních varixů. To má velmi pozitivní vliv na uspokojování potřeb nemocného. Mým třetím cílem bylo zmapování edukační role sestry v pooperačním režimu u pacienta po operaci varixů. I tento cíl byl splněn. V tomto případě jsem použila nejen dotazníkovou metodu, ale provedla jsem výzkum i vlastním přímým pozorováním. Shrnuté výsledky pro mne byli překvapivé, neboť jsem předpokládala, že u této nové metody nebudou mít sestry dostatečné edukační schopnosti a tudíž nebudou moci dostatečně informovat klienty o této problematice. Avšak výsledky mne přesvědčili o tom, že sestry i u nové metody jsou většinou schopny podávat adekvátní informace.

Aby tato práce mohla být využita i v praxi, bylo by vhodné tuto práci uložit u vrchní sestry chirurgického oddělení, aby mohl zdravotnický personál nahlédnout do výsledků tohoto výzkumu a tyto fakta využít ve své praxi.

Z celkového zhodnocení přínosu této nové metody pro uspokojování potřeb nemocných bych také navrhovala, aby byla provedena široká rešerše v celostátním měřítku za spolupráce Ministerstva zdravotnictví a její výsledky podrobně analyzovány. Na základě těchto výsledků provést důkladnou finanční analýzu a v případě jejího pozitivního výsledku, navrhnout zdravotním pojišťovnám zvážení plného hrazení této metody. Jak ukazují výsledky mého průzkumu, většina respondentů, kteří se rozhodli pro klasickou metodu, se tak rozhodla hlavně z finančních důvodů. Domnívám se, že pokud by tato metoda byla hrazena, byl by to přínos nejen pro klienty a díky brzkému návratu do zaměstnání i pro společnost, ale i pro zdravotní pojišťovny.

8. Seznam literatury

1. Časopis *Ošetřovatelství*. 2001, sv. 3, č. 1-2. ISSN 1212-723X
2. *Diagnóza v ošetřovatelství*. ročník III, číslo 10, prosinec 2007, str. 378. ISSN 1801-1349
3. Herman, J. et. al. *Chirurgie varixů dolních končetin*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2003. 200 s. ISBN 80-247-02525
4. Hlad, J. *Operace varixů dolních končetin*. časopis *Sestra* 5/1998 ročník VIII, Strategie Praha s.r.o., 32 s. ISSN neuvedeno
5. Karetová, D., Staněk, F. et. al. *Angiologie pro praxi*. 1. vydání Praha: Maxdorf, 2001. 301 s. ISBN 80-85912-52-X
6. Krajíček, M., Roček, M., Šebesta, P. et. al. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2007. 436 s. ISBN 978-80-247-0607-8
7. Křivohlavý J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-724-4
8. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
9. Lepší, P. *Křečové žíly*. 1. vydání Praha: nakladatelství Triton s.r.o., 2003. 502 publikace, 89 s. ISBN 80-7254-381-4
10. Puchmajer, V., Roztočil, K. et. al. *Praktická angiologie*. Praha: Triton 2003, 207 s. ISBN 80-7254-440-3

11. Šrámková, M. et. al. *Základy ošetrovatelství*. Praha 2006, Universita Karlova Praha – nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-1091-4
12. Trachtová, E. et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
13. Venglářová, M., Mahrová, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, a. s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
14. Vítovec, M., Frídl, P., Roztočil, K. *Vyšetřování žilního systému dolních končetin pomocí duplexního ultrazvuku*. Cor Vasa, 1995, p. 240-147 ISBN neuvedeno
15. Vučková, J. *Ošetrovatelství II*. 1. vydání Avicenum 1989, 176 s. ISBN neuvedeno
16. Vučková, J. *Ošetrovatelství III*. Praha: Fortuna 1996, 156 s. ISBN 80-7168-367-1
17. Wolfe, J.H.N. *ABC cévních onemocnění*. 1. vydání Scientia Medica spol. s r.o., 1994, 96 s. ISBN 80-85526-271
18. Zimová, E., Urbancová, S. *Rehabilitace v cévní chirurgii*. časopis *Ošetrovatelství* 2001, sv. 3, číslo 1-2. ISSN 1212-723X
19. http://www.artven.cz/zakroky_vnus.htm aktualizace ani jiné údaje neuvedeny
20. <http://www.locateadoc.com/articles.cfm/2825/1488> aktualizace ani jiné údaje neuvedeny
21. <http://www.sirweb.org/patPub/radiofrequencyAblation.shtml#4> aktualizace článku není uvedena, text vypracovala Society of Interventional Radiology

9. Klíčová slova

Radiofrekvenční ablace

Žilní varix

Klasická metoda

Edukace

10. Přílohy

1. Dotazník A pro klienty po klasické operaci žilních varixů
2. Dotazník B pro klienty po radiofrekvenční ablací žilních varixů
3. Dotazník C pro zdravotní sestry
4. Barthelův test všedních činností
5. Maslowova hierarchie potřeb
6. Princip operace radiofrekvenční ablací
7. Vzhled končetiny před výkonem a po výkonu
8. Přístroj a katetr používaný na operaci RFA
9. Stylet jehla používaná na operaci RFA
10. Operace varixů metodou RFA
11. Operační tým chirurgického oddělení
12. Léčba žilních varixů operační metodou radiofrekvenční ablací – foto před a po operaci
13. Pozorovací arch

Příloha č. 1

Dotazník A

(pro klienty po klasické operaci žilních varixů)

Dobrý den,

jmenuji se Marie Strnadová a studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Provádím průzkum ke své bakalářské práci na téma „Soběstačnost klienta po operaci křečových žil metodou radiofrekvenční ablace“. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění zcela anonymního dotazníku. Správnou odpověď prosím zaškrtněte křížkem. Předem děkuji za Vaši pomoc.

1. Jste:

- o muž
- o žena

2. Kolik je Vám let?

- o 20-40 let
- o 41-60 let
- o 61-80 let
- o více jak 81 let

3. Jste kuřák?

- o ano
- o ne

4. Jaké je Vaše zaměstnání?

- o převážně v sedě
- o převážně vstoje
- o střídavě vsedě a vstoje
- o v důchodu, nebo nepracuji

5. Jste hospitalizovaný/á v nemocničním prostředí poprvé?

- o poprvé
- o opakovaně

6. Před operací jste byl/a schopen/a zvládat všechny denní aktivity:

- o bez problémů
- o s menšími obtížemi
- o nezvládal/a

7. Před operací jste zvládal/a osobní hygienu:

- o bez problémů
- o s menšími obtížemi
- o nezvládal/a

8. Pro operaci žilních varixů jste se rozhodl/a (možno zaškrtnout více odpovědí):

- o z estetických důvodů
- o ze zdravotních důvodů
- o na doporučení lékaře
- o na doporučení příbuzných a známých

9. Víte o možnosti odstranění žilních varixů metodou radiofrekvenční ablace?

- o ano
- o ne

10. Pokud jste o této metodě slyšel/a, co Vás vedlo k rozhodnutí pro klasickou operaci? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- o ekonomické důvody
- o obava z nové metody
- o jiný důvod
- o nepřemýšlel/a jsem o tom

11. V čem vidíte největší výhodu klasické operace? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- o ve finanční stránce
- o v délce hospitalizace
- o možnost celkové anestézie
- o v celkovém principu operace
- o nevidím výhodu

12. Jak dlouho předpokládáte, že budete hospitalizován/a?

- o 1 den
- o 2 dny
- o více než 2 dny
- o nevím

13. Delší doba hospitalizace je pro Vás:

- o příjemná
- o nepříjemná
- o zoufalá
- o je mi to jedno

14. Byl/a jste při příjmu seznámen/a s postupem operace?

- o ano
- o ne
- o nepamatuji se

15. Rozumíte všemu co Vám zdravotníci řeknou?

- o rozumím jen lékaři
- o rozumím jen sestře
- o rozumím lékaři i sestře
- o nerozumím nikomu

16. Sdělené informace poskytované klientům hodnotím jako:

- velmi dobré
- dobré
- průměrné
- špatné
- velmi špatné

17. Můžete vstát z lůžka?

- ano, sám
- ano, ale s pomocí
- ještě to nejde
- nezkoušel/a jsem to

18. Za jak dlouho po operaci jste vstal/a ?

- do 8 hodin
- do 12 hodin
- více než 12 hodin
- ještě jsem nevstal/a

19. Můžete si dojít na toaletu?

- sám/a, bez pomoci
- mohu, ale s pomocí
- nemohu
- nevím, ještě jsem to nepotřeboval/a

20. Zvládáte osobní hygienu:

- o sám/a bez pomoci mimo lůžko
- o s pomocí mimo lůžko
- o jen na lůžku
- o nezvládám
- o ještě jsem to nezkoušel/a

21. Co je pro Vás největší překážkou v pohybu? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- o nic mi nebrání
- o bandáž končetiny
- o bolest
- o slabost
- o nevím ještě jsem se nezkoušel/a pohybovat
- o jiný problém

Děkuji za Váš čas strávený s vyplňováním tohoto dotazníku.

Příloha č. 2

Dotazník B

(pro klienty po radiofrekvenční ablaci žilních varixů)

Dobrý den,

jmenuji se Marie Strnadová a studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Provádím výzkum ke své bakalářské práci na téma „Soběstačnost klienta po operaci křečových žil metodou radiofrekvenční ablace“. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění zcela anonymního dotazníku. Správnou odpověď prosím zaškrtněte křížkem. Předem děkuji za Vaši pomoc.

1. Jste:

- o muž
- o žena

2. Kolik je Vám let?

- o 20-40 let
- o 41-60 let
- o 61-80 let
- o více jak 81 let

3. Jste kuřák?

- o ano
- o ne

4. Jaké je Vaše zaměstnání?

- o převážně v sedě
- o převážně vstoje
- o střídavě vsedě a vstoje
- o v důchodu, nebo nepracuji

5. Jste hospitalizovaný/á v nemocničním prostředí poprvé?

- o poprvé
- o opakovaně

6. Před operací jste byl/a schopen/a zvládat všechny denní aktivity:

- o bez problémů
- o s menšími obtížemi
- o nezvládal/a

7. Před operací jste zvládal/a osobní hygienu:

- o bez problémů
- o s menšími obtížemi
- o nezvládal/a

8. Pro operaci žilních varixů jste se rozhodl/a (možno zaškrtnout více odpovědí):

- o z estetických důvodů
- o ze zdravotních důvodů
- o na doporučení lékaře
- o na doporučení příbuzných a známých

9. Víte o možnosti odstranění žilních varixů jinou metodou než radiofrekvenční ablací?

- o ano
- o ne

10. Pokud jste o těchto metodách slyšel/a, co Vás vedlo k rozhodnutí pro radiofrekvenční ablaci? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- o krátká doba hospitalizace
- o obava z celkové anestézie
- o jiný důvod
- o nepřemýšlel/a jsem o tom

11. V čem vidíte největší výhodu radiofrekvenční ablace? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- o krátká hospitalizace
- o šetrnost metody
- o možnost epidurální anestézie
- o menší riziko komplikací po výkonu
- o nevidím výhodu

12. Jak dlouho předpokládáte, že budete hospitalizován/a?

- o 1 den
- o 2 dny
- o více než 2 dny
- o nevím

13. Delší doba hospitalizace je pro Vás:

- o příjemná
- o nepříjemná
- o zoufalá
- o je mi to jedno

14. Byl/a jste při příjmu seznámen/a s postupem operace?

- ano
- ne
- nepamatuji se

15. Rozumíte všemu co Vám zdravotníci řeknou?

- rozumím jen lékaři
- rozumím jen sestře
- rozumím lékaři i sestře
- nerozumím nikomu

16. Sdělené informace poskytované klientům hodnotím jako:

- velmi dobré
- dobré
- průměrné
- špatné
- velmi špatné

17. Můžete vstát z lůžka?

- ano, sám
- ano, ale s pomocí
- ještě to nejde
- nezkoušel/a jsem to

18. Za jak dlouho po operaci jste vstal/a ?

- do 8 hodin
- do 12 hodin
- více než 12 hodin
- ještě jsem nevstal/a

19. Můžete si dojít na toaletu?

- ano sám/a, bez pomoci
- mohu, ale s pomocí
- nemohu
- nevím, ještě jsem to nepotřeboval/a

20. Zvládáte osobní hygienu:

- sám/a bez pomoci mimo lůžko
- s pomocí mimo lůžko
- jen na lůžku
- nezvládám
- ještě jsem to nezkoušel/a

21. Co je pro Vás největší překážkou v pohybu? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- nic mi nebrání
- bandáž končetiny
- bolest
- slabost
- nevím ještě jsem se nezkoušel/a pohybovat
- jiný problém

Děkuji za Váš čas strávený s vyplňováním tohoto dotazníku.

Příloha č. 3

Dotazník C

(pro zdravotní sestry)

Vážená kolegyně, kolego,

jmenuji se Marie Strnadová a jsem studentkou bakalářského studia ZSF JČU oboru Všeobecná sestra v Českých Budějovicích. Ke své bakalářské práci na téma „Soběstačnost klienta po operaci křečových žil metodou radiofrekvenční ablace“ potřebuji provést průzkum a proto bych Vás chtěla požádat o spolupráci. Tento dotazník je anonymní.

Prosím Vás, abyste věnovali pozornost těmto otázkám a odpovědi zaškrtnli dle nabídnutých možností a svého uvážení.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Jste:

- muž
- žena?

2. Kolik je vám let?

- 18 – 30
- 31 – 45
- 46 - 60
- více než 60

3. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl(a)?

- středoškolského
- vyššího odborného
- vysokoškolského

4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví ?

- ≤ 10 let
- > 10 let ≤ 30
- > 30 let

5. Jak často se setkáváte s klienty po operaci žilních varixů?

- často
- zřídka
- vůbec ne

6. Péče o klienta po operaci žilních varixů je pro vás? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- snadná práce
- stejně náročná práce, jako o jiné klienty
- fyzicky náročná práce
- psychicky náročná práce
- fyzicky a psychicky náročná práce
- fyzicky, psychicky a interpersonálně náročná práce
- neumím posoudit

7. Princip klasické operace žilních varixů znám:

- velmi dobře
- jen rámcově
- neznám

8. Princip radiofrekvenční ablace znám:

- velmi dobře
- jen rámcově
- neznám

9. Myslíte si, že je rozdíl v časném vstávání z lůžka u radiofrekvenční metody oproti klasické?

- velký rozdíl
- myslím že je to zhruba stejné
- neumím posoudit

10. Vidíte rozdíl v péči o klienta po operaci radiofrekvenční ablaci a po klasické operaci žilních varixů?

- ano
- ne
- nevidím rozdíl

11. Oblast oše. péče o hygienu klienta po radiofrekvenční ablaci:

- je pro mě stejná nebo srovnatelná jako péče u klienta po klasické operaci
- je mnohem jednodušší, než péče o klienta po klasické operaci
- této oblasti nevěnuji pozornost

12. Oblast oše. péče o vyprazdňování klienta po radiofrekvenční ablaci:

- je pro mne stejná, nebo srovnatelná, jako péče o klienta po klasické operaci varixů
- je mnohem jednodušší, než péče o klienta po klasické operaci
- této oblasti nevěnuji pozornost

13. Oblast oše. péče o výživu klienta po radiofrekvenční ablaci:

- je pro mě stejná nebo srovnatelná jako péče o klienta po klasické operaci varixů
- je mnohem jednodušší, než péče o klienta po klasické operaci varixů
- této oblasti nevěnuji pozornost

14. Nutnost bandážování končetiny vysvětlují klientovi:

- před výkonem
- po výkonu
- nevysvětlují

15. Jaký vidíte rozdíl mezi včasným vstáváním po radiofrekvenční ablaci a po klasické operaci?

- podstatný, u radiofrekvenční metody je vstávání včasnější
- nevidím rozdíl
- podstatný, u klasické metody je vstávání včasnější

16. Po výkonu radiofrekvenční ablaci je klient soběstačný:

- po delší době než u klasické operace
- dříve než po operaci klasické
- nevidím rozdíl

17. Má rodina zájem o edukaci (například technika bandážování dolní končetiny po operaci)?

- ano
- ne
- jen někdy

18. Máte dostatečné zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o klienty po operaci žilních varixů?

- ano
- ne
- nemohu posoudit

19. Máte možnost dalšího vzdělávání v problematice žilních varixů ?

o ne, nemám

o ano mám, a vzdělávám

o ano mám, a nevzdělávám

o mám zájem, ale nemám možnost se vzdělávat

o o tuto problematiku se vůbec nezajímám

Děkuji za Váš čas strávený s vyplňováním tohoto dotazníku.

Příloha č. 4

Barthelův test všedních činností

Položka	hodnocení	počet bodů
1. Najedení, napití	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. Koupání	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Chůze po schodech	sám	10
	s pomocí	5
	nelze	0
9. Přesun lůžko-židle	sám	15
	s malou pomocí	10
	ev.vozík s dopomocí, vydrží sedět	5
	nelze	0
10. Chůze po rovině	nad 50m	15
	s pomocí	10
	na vozíku	5
	nelze	0

Hodnocení:

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

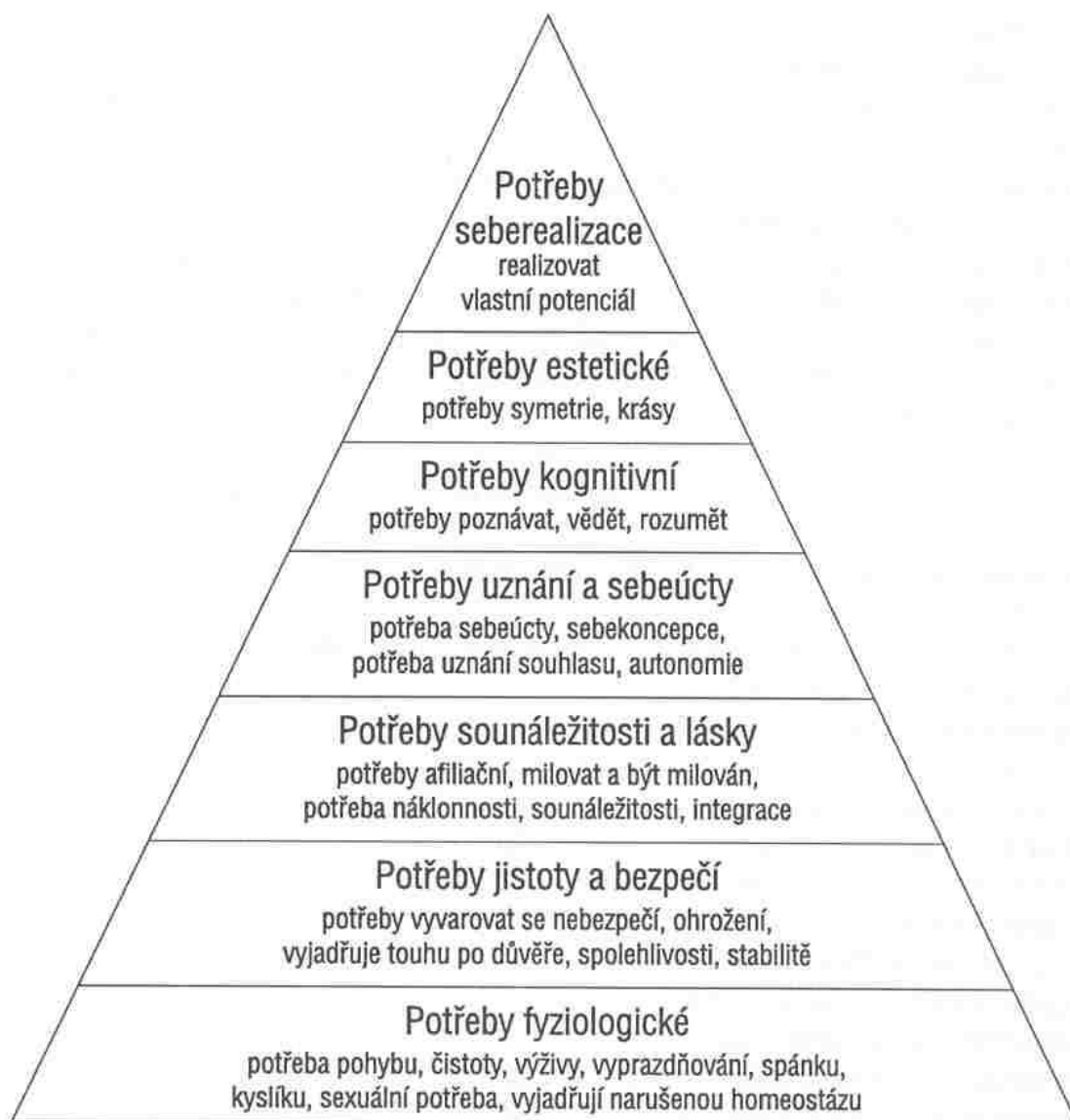
45 - 60 bodů závislý

nad 60 bodů závislost lehčího stupně

Zdroj: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2298.html ; autor, název článku, aktualizace neuvedeno

Příloha č. 5

Maslowova hierarchie potřeb

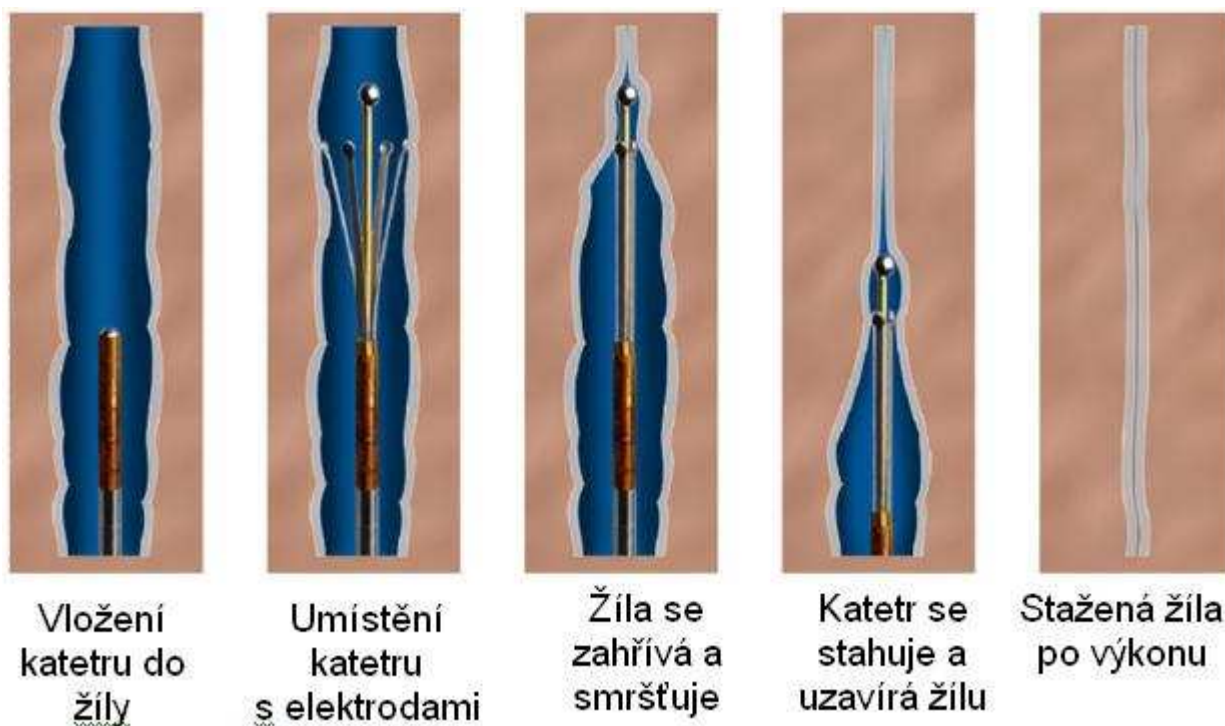


Zdroj:

TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4

Příloha č. 6

Princip operace radiofrekvenční ablace



Zdroj: <http://www.complexinfo.cz/obchod/publicita/viewtopic.php?t=2> ; aktualizace 6.1.2006, autor, název článku neuveden

Příloha č. 7

Vzhled končetiny před výkonem a po výkonu

Končetina před výkonem



Končetina po výkonu



Zdroj: <http://www.complexinfo.cz/obchod/publicita/viewtopic.php?t=2>
aktualizace 6.1.2006, autor, název článku neuveden

Příloha č. 8

Přístroj a katetr používaný na operaci RFA

Katetr Closure® Fast



Přístroj pro RFA varixů



Příloha č. 9

Stylet jehla používaná na operaci RFA



Foto z CD prezentace Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

Příloha č. 10

Operace varixů metodou RFA



Foto z chirurgického operačního sálu Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

Příloha č. 11

Operační tým chirurgického oddělení

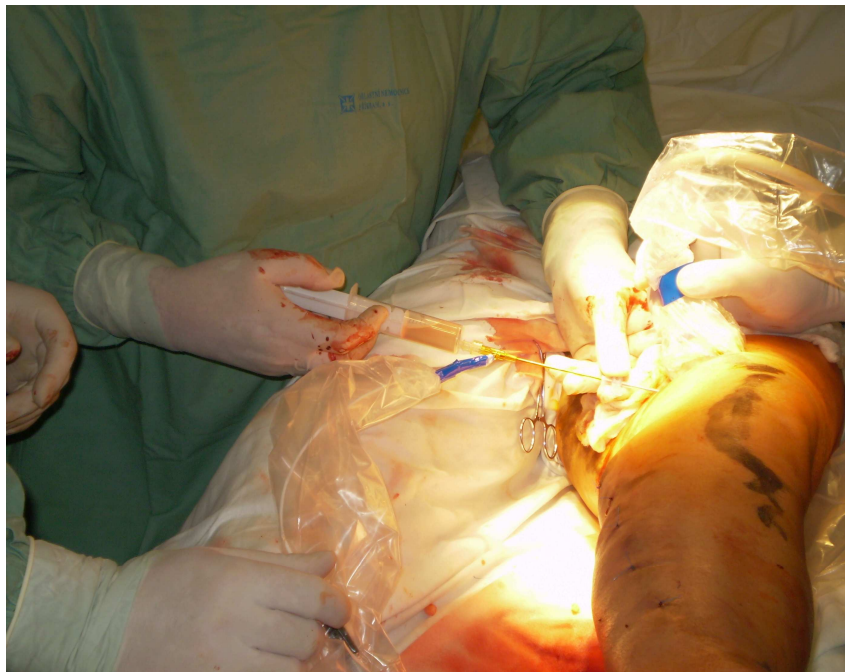


Foto z chirurgického operačního sálu Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

Příloha č. 12

Léčba žilních varixů operační metodou radiofrekvenční ablace – foto před a po operaci



před operací



10 dní po operaci



před operací



10 dní po operaci

Foto z chirurgického oddělení Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

Příloha č. 13

Pozorovací arch

Pozorování sestry

Kvalita podávaných informací o péči o končetinu sestrou

- Sestra informuje o bandážování končetiny
- Sestra informuje o pohybovém režimu
- Sestra informuje o hygieně končetiny
- Sestra informuje o bolesti
- Sestra informuje o dalších oblastech péče o končetinu

Jakou formou sestra podává informace

- Srozumitelně
- Méně srozumitelně
- Nesrozumitelně

Schopnost podávání konkrétních informací v péči o končetinu

- Sestra podává informace i s praktickou ukázkou
- Sestra podává jen teoretické informace
- Sestra podává nekonkrétní a neúplné informace

Zpětná kontrola účinnosti tázáním klientů

Jak byl klient seznámen s péčí o končetinu ?

- Klient si myslí, že byl s péčí seznámen dostatečně
- Klient si myslí, že byl seznámen s péčí částečně
- Klient si myslí, že nebyl seznámen s péčí o končetinu

Jak klient pochopil informace týkající se péče o končetinu?

- Klient pochopil informace velmi dobře
- Klient pochopil informace částečně
- Klient nepochopil podané informace